

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

В.В. Вшивков

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

С.И. Грачев (Тюмень)
И.И. Краснов (Тюмень)
Т.Л. Краснова (Тюмень)
А.Р. Курчиков (Тюмень)
А.В. Меринов (Рязань)
В.Н. Ощепков (Севастополь)
Л.Н. Руднева (Тюмень)
Н.В. Солдаткина (Ростов-на-Дону)
В.А. Урываев (Ярославль)
Н.М. Федоров (Тюмень)

Журнал зарегистрирован
в Федеральной службе по надзору
в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций
(Роскомнадзор) г. Москва
Св-во: ПИ № ФС 77-55782
от 28 октября 2013 г.

ISSN 2307-4701

Учредитель и издатель:
ООО «М-центр»
г. Тюмень, ул. Д.Бедного, 98-3-74

Адрес редакции:
г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, 81А,
оф. 200-201

Телефон: (3452) 73-27-45
Факс: (3452) 54-07-07
E-mail: note72@yandex.ru

Адрес для переписки:
625041, г. Тюмень, а/я 4600

Интернет-ресурсы:

<https://ajws.ru/>
www.elibrary.ru
<https://readera.ru/ajws>

Журнал включен
в Российский индекс
научного цитирования
(РИНЦ)

При перепечатке материалов ссылка
на "Академический журнал
Западной Сибири" обязательна

Редакция не несет ответственности за
содержание рекламных материалов
Редакция не всегда разделяет мнение
авторов опубликованных работ
Макет, верстка, подготовка к печати:
ООО «М-центр»
Дата выхода: 14.05.2019 г.

Заказ № 41 Тираж 1000 экз.

Цена свободная

Отпечатан с готового набора
в издательстве «Вектор Бук»

Адрес издательства:
625004, г. Тюмень, ул. Володарского,
д. 45, тел.: (3452) 46-90-03

16+

Выпуск посвящен Юбилею доцента
кафедры онкологии Тюменского ГМУ
Н.М. Фёдорова

Содержание

Онкология

- Н.И. Рожкова, И.И. Бурдина, С.Б. Запирова,
А.Д. Каприн, П.Г. Лабазанова, М.А. Мазо,
С.Ю. Микушин, С.П. Прокопенко, О.Э. Якобс*
Онкомаммоскрининг в реализации программ
активного долголетия 3
- Н.И. Рожкова, И.И. Бурдина, С.Б. Запирова,
А.Д. Каприн, П.Г. Лабазанова, М.А. Мазо,
С.Ю. Микушин, С.П. Прокопенко, О.Э. Якобс*
Направления профилактической работы с женским
населением против рака молочной железы 6
- Н.М. Федоров, А.И. Фадеева, В.И. Павлова, А.Р. Иванова*
Динамика заболеваемости и смертности от рака
молочной железы в Российской Федерации,
Тюменской области и Уральском Федеральном
округе за период с 2008 по 2017 гг. 9
- Н.М. Федоров, Д.З. Зайнетдинова, Е.Б. Подгальняя*
Анализ заболеваемости и смертности
от злокачественных лимфом в Тюменской области
в сравнении с Российской Федерацией и Уральским
федеральным округом за период 2008-2017 гг. 12
- Н.М. Федоров, А.В. Ковалик, Т.А. Гайсин*
Сравнительный анализ заболеваемости и смертности
от злокачественных опухолей рака шейки матки
населения Тюменской области, Уральского
Федерального округа и Российской Федерации
за период 2008-2017 гг. 15
- Е.А. Шмальц, Н.М. Федоров*
Эпидемиология рака легкого в Тюменской области
в период с 2008 по 2017 гг. 18
- А.И. Фадеева, Н.М. Федоров*
Динамика заболеваемости и смертности от рака
желудка в Российской Федерации, Тюменской
области и Уральском федеральном округе
за период 2008-2017 гг. 21
- И.И. Бакиев, Н.М. Федоров, А.Ю. Кудряков, Р.Ф. Байбикова*
Динамика заболеваемости и смертности
от рака гортани в Российской Федерации,
Тюменской области и Уральском Федеральном
округе за период 2008-2017 гг. 24

<i>К.И. Мишин, Н.М. Фёдоров, А.Ю. Кудряков, В.Н. Ощепков</i>	<i>Д.З. Зайнетдинова, Н.М. Федоров, М.М. Абалканова</i>
Динамика заболеваемости и смертности от рака предстательной железы в Российской Федерации, Тюменской области и Уральском Федеральном округе за период с 2008 по 2017 гг. 27	Анализ заболеваемости и смертности от рака яичников в Тюменской области в сравнении с Уральским федеральным округом и Российской Федерацией за период 2008-2017 гг. 43
<i>Р.Д. Хуснутдинов, Э.Н. Алехин, Н.В. Аверина, А.Ю. Кудряков, Е.Р. Бородин, Я.В. Новоженков</i>	<i>В.Г. Башкатова, Н.Г. Богданова, С.К. Судаков, Г.А. Назарова, Е.В. Алексеева</i>
Возможности методики биопсии сигнального лимфатического узла с использованием радиофармпрепарата «Технефит 99mTc» в лечении больных раком молочной железы 30	Особенности проявления анальгетического эффекта при остром введении этанола в одной дозе, но в разных объемах 45
<i>А.В. Чижиков, В.Ф. Чижиков, П.А. Григорьев, З.С. Абдуллин</i>	Урология
Реконструктивно-пластическая хирургия в лечении немелкоклеточного рака легкого 32	<i>Т.И. Раздолькина, Е.Ф. Московская, Е.А. Яушева, Т.И. Вешкина</i>
<i>А.В. Чижиков, С.А. Стефанов, П.А. Григорьев, Л.Р. Гатиятуллина</i>	Острое повреждение почек у детей Республики Мордовия 47
Опыт сочетанных операций в онкологии и сердечно-сосудистой хирургии 34	<i>В.Б. Бердичевский, Б.А. Бердичевский, Д.А. Барашин, Ф.Р. Расулов, А.В. Романова, И.В. Павлова, Е.В. Загорчик</i>
<i>Т.С. Басова, А.Г. Басов, А.А. Налетов, Л.А. Бахова</i>	Исследование метаболизма почек в режиме реального времени 49
Диагностика гепатоцеллюлярного рака (обзор литературы) 37	Юбилей
<i>Т.Б. Григоренко</i>	Поздравления 52
Случай комплексного лечения распространенного рака шейки матки с тотальным поражением мочевыделительной системы 40	



Полный текст «Академического журнала Западной Сибири» можно найти в базах данных компании EBSCO Publishing на платформе EBSCOhost. EBSCO Publishing является ведущим мировым агрегатором научных и популярных изданий, а также электронных и аудио книг.

«Academic Journal of West Siberia» has entered into an electronic licensing relationship with EBSCO Publishing, the world's leading aggregator of full text journals, magazines and eBooks. The full text of JOURNAL can be found in the EBSCOhost™ databases. Please find attached logo files for EBSCO Publishing and EBSCOhost™, which you are welcome to use in connection with this announcement.

ОНКОЛОГИЯ

ОНКОМАММОСКРИНИНГ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

*Н.И. Рожкова^{1,2}, И.И. Бурдина¹, С.Б. Запирова¹,
А.Д. Каприн^{1,2}, П.Г. Лабазанова¹, М.Л. Мазо^{1,2},
С.Ю. Микушин^{1,2}, С.П. Проконенко^{1,2}, О.Э. Якобс^{1,2}*

¹МНИОИ им. П.А. Герцена – ф-л ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский центр радиологии»
Минздрава России, г. Москва

²Российский университет дружбы народов, г. Москва

Перед гражданами России поставлена задача преодолеть 80-летний возрастной рубеж. Для этого необходимо решить целый ряд медицинских и социальных задач, среди которых следует акцентировать внимание на важность совершенствования социальной структуры общества, роста образовательного уровня, повышение уровня гигиенической культуры, искоренения вредных привычек, роста экологического сознания и духовности, акцентировать профилактическую направленность. При этом важнейшим является сохранение женского здоровья, борьба против злокачественных заболеваний. В большинстве стран мира уже более 30 лет активно осуществляется маммографический скрининг. Наибольший охват женского населения скринингом РМЖ отмечен в Финляндии – 89% и в Швеции – 81%, ниже в США – 70%. Достигнуто снижение смертности от 25 до 50%. В России, начиная с 2013 г., осуществляется федеральная программа диспансеризации взрослого населения благодаря которой с помощью маммографического скрининга достигнуто снижение одногодичной и общей летальности на 26-28%, стандартизованного показателя смертности на 17,5%, повышение выявляемости рака в 1-2 стадии до 70,4%, 5-летней выживаемости – с 50 до 60%. До 42% повысилась частота выявления раннего рака при проверочных обследованиях. Этому способствовало создание 3000 маммографических кабинетов, внедрение новейших диагностических, интервенционных стационароразмещающих технологий, а также активное развитие новых органосберегающих направлений в хирургии, лучевой терапии, таргетной химиотерапии, что привело к увеличению продолжительности и качества жизни.

Ключевые слова: онкоммаммоскрининг, лучевая диагностика, онкопластическая и реконструктивная хирургия молочной железы, лучевая терапия, химиотерапия, подготовка кадров

Настоящее время характеризуется высокой активностью государственных структур, направленной на увеличение продолжительности жизни граждан нашей страны. В Послании Президента России СФФС РФ от 01.03.2018 г. и в решении Заседания Совета по Стратегическому развитию

и приоритетным проектам от 21 марта 2017 г. поставлена задача преодолеть 80-летний рубеж.

Поставленная задача предусматривает решение множества вопросов, касающихся образа жизни и медицинской активности самих граждан, экологической ситуации, организации ранней диагностики и онкопрофилактики заболеваний, формирования современных правил информационной и коммуникационной политики, повышения эффективности использования финансовых, кадровых и материальных ресурсов медицинской службы, обеспечения своевременности лечения и доступности паллиативной помощи.

Тема здоровья во многом решается, но еще больше остается вопросов и задач, стоящих перед здравоохранением и обществом. Нередко достаточная по материально-технической оснащенности служба не обеспечивается оптимальными мероприятиями по управленческому планированию и рациональной организации. Недостаточная онкоподготовленность, онконастороженность медицинского персонала, отсутствие мотивации к профилактической работе снижает эффективность системы. Особенно это касается решения проблем женского здоровья, совершенствования медицинских знаний, повышения мотивации женщин к сохранению собственного здоровья и культуры ответственного отношения к своему здоровью.

Одной из важнейших проблем системы здравоохранения мирового сообщества на современном этапе является повышенное внимание к сохранению женского здоровья и, в частности, к проблемам ранней диагностики и профилактики онкологических заболеваний женщин. По данным ВОЗ и Международного агентства по изучению рака (МАИР) на него приходится 25,1% всех случаев заболевания и 14,7% смертей от рака. Растущая заболеваемость РМЖ чрезвычайно актуальна для большинства стран мирового сообщества, и она является не только медицинской, но и социальной проблемой. По данным ВОЗ и онкологической базы данных Globocan в 2018 г. в мире выявлено около 2,1 млн новых случаев рака молочной железы, что составило 24,2% от общего числа женщин, заболевших раком различной локализации. В 2018 г. рак стал причиной смерти около 627 тыс. женщин, что составляет 15% общей смертности от рака у женщин.

В этой связи в большинстве стран мира уже более 30 лет активно осуществляется маммографический скрининг. В соответствии со стратегией противораковой борьбы, разработанной ВОЗ, маммографический скрининг служит для доклинического выявления скрыто протекающего РМЖ. Наибольший охват женского населения скринингом РМЖ отмечен в Финляндии – 89% и

в Швеции – 81%, ниже в США – 70%. Достигнуто снижение смертности от 25 до 50 %. Наиболее высокий показатель выявляемости РМЖ был получен при скрининге в Великобритании – 8,2 на 1000 обследованных лиц, из них более 60% составили DCIS и инвазивный рак I стадии [11, 12].

В России показатель распространенности ЗНО молочной железы вырос за последние 10 лет на 34% и составил 456 на 100 тыс. населения. Особую обеспокоенность вызывает тенденция «омоложения» рака молочной железы. Так, за последние 10 лет показатель заболеваемости раком молочной у женщин в возрасте 14–45 лет вырос на 64% [5, 9, 10]. В этой связи, клиническая маммология – одно из активно развивающихся направлений отечественного здравоохранения.

За последние десятилетия качественно и количественно позитивно менялись показатели эффективности диагностики заболеваний молочной железы. Это явилось результатом издания приказа МЗ и СР РФ №154 от 15.03.06 г. «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы», а также приказа МЗ РФ № 869 от 2017 г. «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Кроме того, стала внедряться концепция системы скрининга и профилактики, построенная с учетом готовности женщин заниматься своим здоровьем. Для ее реализации активно использовали новые организационные формы информационно - просветительской работы с привлечением телемедицины – лекции, семинары, школы женского здоровья, обучение приемам самообследования и пр.

Также были проведены мероприятия по финансированию приоритетного национального проекта «Здоровья», в том числе направленные на охрану здоровья женского населения, что способствовало организации 3000 маммографических кабинетов, из них более 120 передвижных маммографических комплексов, подготовке медицинского персонала, что создало предпосылки для позитивных тенденций выявления ранних форм рака.

Создание суперсовременной дигитальной рентгеновской и ультразвуковой техники дало толчок развитию нового направления – интервенционной радиологии, различных вариантов пункционной биопсии, вакуумной биопсии молочной железы, позволяющих получать высокоинформативный материал для цитологического, гистологического, иммуногистохимического исследования, определяющего биологический вид опухоли, тканевые факторы прогноза, рецепторы гормонов и пр., влияющие на выбор лечебной тактики. Эти технологии в большинстве слу-

чаев являются стационарозамещающими и исключают необходимость проведения секторальных резекций с диагностической целью, дают возможность до операции установить точный диагноз и быть альтернативой секторальной резекции при доброкачественных заболеваниях.

В России, начиная с 2013 г., осуществляется федеральная программа диспансеризации взрослого населения. Благодаря системной работе по внедрению маммографического скрининга, в России за последние 10 лет достигнуто снижение однодневной и общей летальности на 26-28%, снижение стандартизованного показателя смертности на 17,5 %, повышение выявляемости рака в 1-2 стадии до 70,4%, 5-летней выживаемости – с 50 до 60%. До 42 % повысилась частота выявления раннего рака при проверочных обследованиях [1, 5, 6]. Вместе с тем, в РФ сохраняются неудовлетворительные показатели доли неинвазивного рака (in situ), которая составляет менее 1%, а РМЖ I стадии – всего 18,3% [1, 5, 6, 9].

Для проведения эффективного маммографического скрининга необходимо пополнение парка современного диагностического оборудования, в том числе цифровых маммографов, передвижных мобильных комплексов, приставок для стереотаксической биопсии непальпируемых опухолей, ультразвуковых аппаратов с высоким разрешением, а также активное участие в скрининге не менее 90% женского населения, подлежащего обследованию.

На эффективность профилактических мероприятий, кроме технической оснащенности, существенное влияние оказывает уровень подготовки медицинских кадров по клинической маммологии. В регионах России с оптимальной оснащенностью и подготовленными кадрами выявляемость РМЖ на I-II стадии превышает 75% [1, 9]. Современное развитие техники, переход на цифровой формат требует разработки новых стандартов ее использования, пересмотра алгоритмов проведения обследования. Изменились условия работы при переходе от аналогового оборудования к цифровому, в том числе, не только параметры получения изображения (ускорение получения снимка за счет исключения этапа проявки пленки), но и характер работы врача (работа не с рентгеновской пленкой, а на специальных мониторах, увеличение нагрузки при работе с томосинтетическими изображениями и пр.). Удлинилось время проведения ультразвукового исследования за счет необходимости использования широкого спектра высокоэффективных технологий. На сегодняшний день осуществляется пересмотр нормативных документов, регламентирующих работу врача-диагноста. С приходом цифровых технологий в радиологию изменились

подходы и алгоритмы ранней диагностики рака молочной железы [4, 7, 8, 10]

Переход от аналоговой маммографии к цифровой позволил включать учреждения в единое информационное поле (сеть), проводить on-line консультации между специалистами, проводить обучающие семинары. Одной из первоочередных задач является разработка концепции и реализация системы информационного обеспечения службы с учетом внедрения средств телемедицины, дистанционного мониторинга, компьютерной автоматизированной диагностики (КАД), компьютерных систем единого информационного внутри- и межбольничного пространства на основе как российских, так и мировых стандартов с учетом необходимости подготовки соответствующих кадров-программистов.

Необходимость освоения новых технологий с особой остротой ставит вопрос о подготовке медицинских кадров в области лучевой диагностики заболеваний молочной железы. Особенностью подготовки мультимодального специалиста по маммологии является необходимость знаний не только рентгенологической семиотики, но и ультразвуковой, что исключает интервальный рак, рентгенонегативный, ложно-положительные и ложно-отрицательные заключения и дает полную информацию о состоянии молочной железы в 98% случаев. Не менее важной составляющей обучения является необходимость освоения технологии интервенционной радиологии и приобретения практических навыков проведения инвазивных вмешательств для уточненной дооперационной диагностики, а также оказания лечебного пособия в амбулаторных условиях (различные виды биопсий, дуктография, склерозирование кист, внутритканевая маркировка и пр.). Работа мультимодального специалиста сокращает сроки получения окончательного диагноза до одного дня, что чрезвычайно важно для онкологических больных [7].

Для получения качественного образования по маммологии необходимы учебные базы, оснащенные современным оборудованием и квалифицированным преподавательским составом. Важным условием является унифицированные программы обучения с учетом опыта разных научных школ, разных взглядов на трактовку полученной информации.

Недостаточное внимание этому вопросу и анализ ряда показателей свидетельствует о том, что, несмотря на рост диагностических возможностей ЛПУ России, показатели запущенности при диагностике ЗНО молочной железы остаются высокими до 30,0%, показатели активного выявления ЗНО на ранних стадиях заболевания еще нельзя считать удовлетворительными. Сохраня-

ющийся уровень запущенности связан с целым рядом причин, среди которых – разный уровень развития здравоохранения в территориях нашей огромной страны, кадровый дефицит в первичной сети, недостаток технического оснащения, материальная незаинтересованность в освоении новых сложных технологий, несвоевременность обращения населения, отсутствие выездных форм работы, недостаточная согласованность между врачами разных специальностей.

Позитивные тенденции в повышении продолжительности и улучшении качества жизни женщин будут более заметны при высокой дооперационной точности диагностики ранних форм заболеваний, обеспечивающей органосохраняющее и функционально щадящее хирургическое лечение в комплексе с современными оптимизированными программами химиолучевого и гормонального лечения [3, 12].

В частности, в последнее десятилетие технические возможности лучевой терапии заметно расширились – используется множество различных высокоэффективных технологий: до операции, после операции, меняются дозы облучения, разные виды излучения, высокая прецизионность (точность попадания пучка излучения, не нарушая окружающие ткани). Появились современные медицинские ускорители электронов, снабженные автоматическими системами коллимации терапевтических пучков и синхронизации облучения с дыханием, созданы совершенные комплексы КТ-МРТ топометрического и 3-4D дозиметрического планирования, внедрены в клинику системы верификации облучения, работающие в реальном масштабе времени.

Тем не менее, лучевая терапия рака молочной железы и по сей день остается одной из наиболее сложных задач в радиационной онкологии, обусловленных подвижностью органа, необходимостью высокодозного облучения больших объемов тканей, близлежащих к жизненно важным органам. Для повышения эффективности технологий разработаны протоколы, персонализировано подобраны для каждого пациента [5, 10].

Химиотерапия и лекарственное лечение нередко включаются в терапевтический комплекс. В рутинную практику уже вошли такие критерии для каждой опухоли, которые необходимо учитывать при назначении лечения – экспрессия рецепторов эстрогена (ЭР) и прогестерона (ПР), экспрессия или амплификация HER2/neu, уровень Ki67. Исходя из возможных комбинаций этих факторов, выделенные молекулярные подтипы РМЖ лечатся по-разному. Учет биологической разновидности рака ставит на качественно новый уровень возможности более эффективного лече-

ния с учетом гематогенной диссеминации отдаленных субклинических микрометастазов – источников потенциального прогрессирования процесса. Возможность проводить "таргетную" терапию, действующую точно в цель с учетом всех этих разновидностей опухоли, способствует увеличению продолжительности жизни.

Вакциноterapia и генная терапия в ближайшей перспективе будут обязательными составляющими как программ профилактики, так и комбинированных программ лечения. Это обеспечит отечественное высокотехнологичное производство для борьбы с социально значимыми болезнями.

Заключение.

Таким образом, современная медицина располагает большими возможностями, направленными на увеличение продолжительности и повышение качества жизни женщины за счет новых технологий диагностики и лечения. Однако остается серьезный разрыв между огромными возможностями и существующей реальностью. Для ускорения внедрения новейших технологий ранней диагностики рака и других заболеваний молочной железы с целью сохранения женского здоровья необходимо основные усилия медиков и общества направить на профилактику. Целесообразно при исполнении национальной программы развития онкологической службы сохранять приоритет охраны здоровья женщины – основы целостности, роста и процветания нашего государства.

Литература:

1. Высоцкая И.В., Заболотская Н.В., Летыгин В.П. и др. Современные возможности диагностики патологии молочных желез // Опухоли женской репродуктивной системы. 2015. № 1. С. 18-26.
2. Зикиряходжаев, А.Д., Ермошенкова М.В., Чиссов В.И., Сухотыко А.С., Тукмаков А.Ю. Онкопластические резекции при раке молочной железы // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии (Электронный журнал). 2016. Т. 16, № 4.
3. Каприн А.Д., Зикиряходжаев А.Д. Онкопластическая хирургия молочной железы. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. 312 с.
4. Лучевая диагностика в маммологии. Руководство для врачей / ред. Рожкова Н.И. М.: СИМК, 2014. 128 с.
5. Маммология. Национальное руководство / Под ред. А.Д. Каприна, Н.И. Рожковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 496 с.
6. Рассказова Е.А., Рожкова Н.И. Скрининг для ранней диагностики рака молочной железы. Обзор // Исследования и мед. практика. 2014. Т. 1, № 1. С. 45-49.
7. Рожкова Н.И., Бурдина И.И., Дабагов А.Р. и др. Лучевая диагностика в маммологии / под ред. Н.И. Рожковой. М.: СИМК, 2014. 112 с.
8. Рожкова Н.И., Каприн А.Д. Профилактика – приоритет клинической маммологии. М.: СИМК, 2015. 185 с.
9. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году / ред. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – ф-л ФГБУ "НМИЦ" МЗ РФ, 2017. 236 с.
10. Хайленко В.А., Комов Д.В. Онкомаммология. М.: МедПресс, 2015. 328 с.
11. Barr R.G., Zhang Z., Cormack J.B., Mendelson E.B., Berg W.A. Probably benign lesions at screening breast US in a population with elevated risk: prevalence and rate of malignancy in the ACRIN 6666 trial // Radiology. 2013. № 269 (3). P. 701-711.
12. Brem R.F., Lenihan M.J., Lieberman J., Torrente J. Screening breast ultrasound: past, present, and future // Am J Roentgen. 2015. V. 24, № 2. P. 234-240.

SCREENING OF THE BREAST CARCINOMA IN THE PROGRAM OF ACTIVE AGING

N.I. Rozhkova, I.I. Burdina, S.B. Zapirova, A.D. Kaprin, P.G. Labazanova, M.L. Mazo, C.U. Mikushina, S.P. Prokopenko, O.E. Yakobs

National medical research radiological Center, Moscow, Russia
Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia

The citizens of Russia have the task to overcome the 80-year age. To order to do this, it is necessary to solve a number of medical and social problems among which it is necessary to focus on the importance of improving the social structure of society, the growth of the educational level, carry the hygienic culture, the elimination of bad habits, the growth of environmental consciousness and spirituality. The most important is the preservation of women's health. Mammographic screening has been actively carried out opportunisticly in most countries of the world. The highest rate of the female population with breast cancer screening was 89% in Finland and 81% in Sweden, 70% in USA. Mortality was decreased from 50% to 25%. The Federal Program of regular medical examination of adults in the Russian Federation has been implemented since 2013. A reduction in the 1-year mortality, total mortality (26-28%) and standardized mortality ratio (17,5%), and also the decrease in the proportion of patients with stage III and stage IV malignant tumor and the increase of the five-year absolute survival rate (from 50% to 60%) was a result of mammographic screening. The percentage of patients with breast cancer was increased to 42% due to the creation of 3,000 mammography rooms, the introduction of new diagnostic, hospital-replacing technologies, as well as the active development of surgery, radiation therapy, targeted chemotherapy.

Keywords: cancer screening, radiation diagnosis, oncoplastic and reconstructive breast surgery, radiation therapy, chemotherapy

НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ЖЕНСКИМ НАСЕЛЕНИЕМ ПРОТИВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.И. Рожкова^{1,2}, И.И. Бурдина¹, С.Б. Запирова¹, А.Д. Каприн^{1,2}, П.Г. Лабазанова¹, М.Л. Мазо^{1,2}, С.Ю. Микушин^{1,2}, С.П. Прокопенко^{1,2}, О.Э. Яковс^{1,2}

¹МНИОИ им. П.А. Герцена – ф-л ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, г. Москва

²Российский университет дружбы народов, г. Москва

Представлены различные модели работы с женским населением по профилактике рака молочной железы, основанные на новых организационных формах информационно – просветительской деятельности, организации дней открытых дверей с привлечением мобильных маммографических комплексов, организации клубов волонтерского движения, групп взаимопомощи, ВКС-лекций, семинаров, школ женского здоровья, круглых столов по мотивации к формированию потребности в здоровье, обучении приемам самообследования и множеству факторов ответственного отношения к здоровью, включающих диету, психологический комфорт дома и

на работе. Набирает темпы движение оптимизации партнерских отношений врача и пациента – улучшение взаимопонимания между доктором и пациентом через развитие навыков консультирования и коммуникации, а также профилактику профессионального выгорания врачей. Содружественная работа медиков и общественных организаций, системный подход, основанный на интеграции информационно-просветительской работы и внедрении новейших технологий скрининга и диагностики, обеспечивает решение медицинских и социальных проблем клинической маммологии.

Ключевые слова: профилактика, рак, молочная железа, информационно-просветительская работа, скрининг, волонтер

В период активных социальных перемен женщина чаще подвергается воздействию стрессовых факторов, что создает почву для истощения защитных сил и адаптационных возможностей организма, и приводит к развитию заболевания, в том числе и злокачественной природы [5, 10].

В последние годы рак и другие заболевания молочной железы имеют неуклонную тенденцию к росту. Несмотря на активное внедрение новых технологий в силу ряда причин остаются высокими цифры выявления запущенных форм заболеваний, что не позволяет снизить смертность и улучшить качество жизни женщины [1, 2, 11].

Государственная система здравоохранения достаточно эффективна на этапе выявления, лечения и реабилитации заболеваний молочной железы, а вопросы профилактики до сих пор разработаны недостаточно. Для коренного улучшения ситуации необходим переход здравоохранения на профилактическую направленность. И, прежде всего, система профилактики должна быть построена исходя, из готовности женщины заниматься своим здоровьем. Для этого необходимо разрабатывать новые организационные формы информационно - просветительской работы – лекции, семинары, школы женского здоровья, круглые столы, обучение приемам самообследования и множеству факторов ответственного отношения к здоровью, включающих диету – сбалансированность качества и количества питания, психологический комфорт дома и на работе и пр.

Наш проект профилактики показал, что сочетание общепринятого медицинского подхода, включающего маммографический скрининг, а также такие немаловажные факторы как питание, ЛФК, повышение психо - эмоциональной устойчивости, коммуникация с врачом, помогают каждой женщине найти свой путь к сохранению здоровья.

Среди важных вопросов, которые должна решать профилактика является мотивация к формированию потребности в здоровье – это побуждение людей к действиям, направленным на укрепление, сохранение и восстановление здоро-

вья. Для этих целей созданы Российская Ассоциация Маммологов, Евразийская ассоциация маммологов, секции женского здоровья в различных других общественных организациях.

Появились различные модели работы с населением. В частности, Благотворительная программа «Женское Здоровье» рук. Е. Башта (Фонд «Вольное Дело») организовала почин, который был подхвачен рядом других организаций, в том числе, Российской Ассоциацией Маммологов, Всероссийским движением «Матери России» (председатель – Петренко В.А.) по чтению лекций для сотрудников предприятий, регионов, которые проводят специально подготовленные врачи. Особенно эффективно, когда к ним присоединяются женщины, перенесшие рак молочной железы, обращение которых идти обследоваться иногда бывает более действенным, чем призывы медиков. Волонтеры Программы «Женское Здоровье», ВОД «Матери России», которые участвуют в образовательных встречах с сотрудниками предприятий – это женщины, которые когда-то сами прошли весь путь лечения РМЖ, а сейчас участвуют в работе групп взаимопомощи для женщин с диагнозом «рак молочной железы». Такие группы также организуются в регионах. Дни здоровья – это специальные акции для населения, особенно жителей отдаленных районов, куда выезжает команда из врачей (онкологов, гинекологов, рентгеномаммологов, проводящих скрининг), а также волонтеры. Врачи читают лекции, проводят осмотры населения, волонтеры беседуют с женщинами, объясняя необходимость регулярного обследования. При возможности на акцию приезжает мобильный маммографический кабинет, где женщинам бесплатно проходят маммографию. В Национальном центре онкологии репродуктивных органов "МНИОИ им. П.А.Герцена" систематически проводятся "Дни открытых дверей" для бесплатного обследования молочных желез с последующим дообследованием женщин и при необходимости – лечением. Только благодаря подобным благотворительным программам сотни тысяч женщин приняли участие в Днях здоровья и посетили лекции [5, 10].

Призывы специалистов к женщинам «Не игнорировать необходимость регулярного обследования и не упускать возможности ранней диагностики болезни», «Проверь себя – и оставайся здоровой! (компания Бионорика)» обозначают ряд программ, которые проходят уже несколько лет. Проведено несколько сотен семинаров, где более 3 млн женщин обучено приемам самообследования. До каждой доносится важная информация о раке молочной железы, факторах риска и симптомах заболевания, а также программа раннего

обнаружения. Женщинам в возрасте до 39 лет, которые не входят в группу риска, рекомендуется проходить осмотр у специалиста не реже одного раза в два года и делать УЗИ - обследование молочных желез. Женщинам в возрасте старше 39-49 лет необходимо проходить маммографическое обследование один раз в три года, а старше 49 лет – через 2 года, даже если нет жалоб. Именно организация доступного и регулярного маммографического обследования для женщин старше 39 лет (диспансеризация, скрининг на РМЖ) в сочетании с современным лечением привела к значительному снижению смертности от РМЖ во многих странах, том числе и в России на 17,7%. Следует отметить, что женщинам из группы риска необходимо со специалистом разработать индивидуальную программу обследования и борьбы с факторами риска [2, 4, 5].

Важное направление работы – создание и поддержка групп психологической взаимопомощи женщин с онкологическими заболеваниями молочной железы. Серьезную роль в этом первоначально сыграла программа «Женское здоровье», благодаря которой возникло понимание важности психологической помощи, не менее важной, чем медицинская помощь при раке. Больная раком нуждается в поддержке супруга, семьи и друзей. Но нередки случаи, когда по разным причинам, она готова обсуждать сложившуюся ситуацию только с другими женщинами, имеющие аналогичный жизненный опыт. Для этого существуют группы взаимопомощи, чтобы человек не оставался один на один со своей проблемой, а мог вовремя получить заряд оптимизма, необходимую информацию и помощь.

За последние годы создано более 20 групп взаимопомощи для нескольких сотен больных раком молочной железы, а помощь и поддержку в этих группах при участии сотрудников МНИОИ им. П.А. Герцена получили более 3500 пациенток. Группы успешно работают в регионах России. В группе все равны, все имеют схожий опыт, что создает атмосферу доверия и понимания, ощущение дружественной среды. Группы взаимопомощи не заменяют терапию или группы с профессиональным ведущим, когда требуется помощь эксперта в решении более сложных вопросов. Ведущие или лидеры группы также в прошлом перенесли рак молочной железы. Благодаря своему опыту они могут, с одной стороны – сопереживать, а с другой – передать членам группы ощущение «реалистичного оптимизма» и надежды. Группы взаимопомощи появляются тогда, когда люди, имеющие общие проблемы, собираются вместе, чтобы помочь друг другу. В больницах и онкодиспансерах женщины получа-

ют медицинскую помощь. В группах взаимопомощи они обретают надежду, учатся преодолевать болезнь. Основная цель групп взаимопомощи – поддержать, ободрить и укрепить своих членов, показать уважение каждому члену группы и его выбору, поделиться информацией и обсудить пути преодоления болезни. Члены группы взаимопомощи помогают друг другу благодаря тому, что у них общий опыт («все мы в одной лодке»), есть желание и потребность делиться информацией и обсуждать различные идеи и точки зрения, они готовы к разговорам на «запретные» темы и к взаимной поддержке друг друга. Они легче переживают процесс лечения и реабилитации, более информированы, знают какие вопросы задать врачу, более подготовлены к сотрудничеству с ним. Участие женщин, переживших рак молочной железы, в качестве подготовленных добровольных помощников в больницах и онкодиспансерах, может в значительной степени компенсировать имеющийся в России дефицит в оказании больным раком и их близким социальной и психологической поддержки. Женщинам – участницам групп легче преодолеть ощущение социальной изоляции, у них появляется желание и силы помочь другим женщинам, столкнувшимся с аналогичной проблемой. Участницы групп постепенно переходят из позиции «жертвы» в активную позицию людей, отвечающих за свое здоровье и свою жизнь [2].

Другое важное направление работы, которое приобретает особую остроту – это партнерские отношения врача и пациента – улучшение сотрудничества между доктором и пациентом через развитие навыков консультирования и коммуникации, а также профилактику профессионального выгорания врачей. Выгорание является следствием истощения энергии у специалистов, работающих в социальной сфере, в первую очередь, медицинских работников, когда они чувствуют себя перегруженными проблемами других людей, и у них не остается энергии на сопереживание. В рамках благотворительных программ проводятся тренинги для врачей по профилактике синдрома профессионального выгорания и техникам общения (консультирования) с пациентами, которым поставлен диагноз рака. Во время тренинга отрабатываются основные психотехники и приемы регуляции негативных эмоций, стрессменеджмент, самодиагностика, приемы нейтрализации разрушающих убеждений, релаксации. В интерактивной форме отрабатываются техники консультирования, проводится видеоанализ возможностей вербального и невербального общения и построения общения врач-пациент. За время работы тренинги посетило несколько сотен врачей из регионов, в которых работают подобные программы [10, 11].

Наряду с этим активно реализуются региональные программы маммографического скрининга РМЖ. Только один пример деятельности общественных организаций, в частности "Программы "Женское здоровье", с государственными структурами – Федеральным медико-биологическим агентством (ФМБА России), и институтами МРНЦ им. А.Ф. Цыба и с "МНИОИ им. П.А. Герцена" – филиалами ФГБУ «НМИЦР» Минздрава России показал большие возможности совместной работы. Так, с июня 2012 г. совместно с программой «Женское здоровье» в трех городах: г. Обнинск (Калужская область), Сосновый Бор (Ленинградская область) и Пересвет (Московская область) реализовался проект по отработке оптимальной модели организации региональной программы скрининга по раку молочной железы.

Содружественная работа медиков и общественных организаций, системный подход, основанный на интеграции информационно-просветительской работы и внедрении новейших технологий скрининга и диагностики, обеспечивают решение медицинских и социальных проблем клинической маммологии. Мы открыты к сотрудничеству со всеми заинтересованными организациями и частными лицами в решении проблем рака молочной железы в России.

Литература:

1. Давыдов М.И., Летагин В.П. Практическая маммология. Практическая медицина. Москва, 2007.
2. Каприн А.Д., Рожкова Н.И. Национальное руководство. Маммология. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 496 с.
3. Каприн А.Д., Рожкова Н.И., Бурдина И.И. и соавт. Доброкачественные заболевания молочной железы. Этиопатогенез, диагностика, лечение, профилактика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 283 с.
4. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). М.; 2018. 263 с.
5. Рожкова Н.И., Каприн А.Д. и соавт. Профилактика-приоритет клинической маммологии. М.: СИМК, 2015. 165 с.
6. Каприн А.Д. (Ред.), Рожкова Н.И. Мастопатии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 316 с.
7. Рожкова Н.И., Бурдина И.И., Мазо М.Л., Прокопенко С.П., Якобс О.Э. Руководство для врачей. Школа проф. Н.И. Рожковой. Лучевая диагностика в маммологии. М.: СИМК. 2014. 1-12.
8. Хайленко В.А., Комов Д.В. Онкомаммология. М.: МЕДпрессинформ, 2015. 326 с.
9. Cote M.L., Ruterbusch J.J., Alesh B. et al. Benign breast disease and the risk of subsequent breast cancer in African American women // Cancer Prev Res (Phila). 2012. V. 5, № 12. P. 1375–1380.
10. Hartmann L.C., Sellers T.A., Frost M.H. et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer // N Engl J Med. 2005. V. 353, № 3. P. 229–237.
11. Visscher D.W., Nassar A., Degenim A.C. Sclerosing adenosis and risk of breast cancer // Breast Cancer Res Treat. 2014. № 144. P. 205–212.

TRENDS IN THE BREAST CANCER PREVENTION

N.I. Rozhkova, I.I. Burdina, S.B. Zapirova, A.D. Kaprin, P.G. Labazanova, M.L. Mazo, C.U. Mikushina, S.P. Prokopenko, O.E. Yakobs

National medical research radiological Center, Moscow, Russia
Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia

The article describes the models of breast cancer prevention that should be based on new organizational forms of infor-

mation and educational activities, organization of open days, volunteer clubs, mutual support groups, lectures, seminars, schools of women's health, training in breast self-examination. The first we need to improve the relationship between the doctor and the patient. Coordinated work of physicians and public organizations, a systematic approach consisted of an integration of information and education activities and a introduction of the latest technologies of screening and diagnosis, provides a solution to medical and social problems of clinical mammology.

Keywords: prevention, cancer, breast, awareness, screening, volunteer

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ЗА ПЕРИОД С 2008 ПО 2017 гг..

*Н.М. Федоров, А.И. Фадеева,
В.И. Павлова, А.Р. Иванова*

Тюменский государственный медицинский университет,
г. Тюмень

Приводятся данные о заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований молочной железы женского населения Тюменской области (ТО), Уральского Федерального округа (УрФО) и Российской Федерации (РФ) с 2008 по 2017 гг. По данным областного популяционного канцер-регистра относительный (грубый) показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) молочной железы (МЖ) в ТО за анализируемый период выросли с 59,68 до 87,22 на 100 тыс. среднегодового населения, прирост за данный период времени достиг 9,8%, среднегодовой темп прироста (СГТП) – 1,04%. Аналогичные данные по РФ составили 68,79‰ (УрФО – 65,22‰) и 89,6‰ (УрФО – 85,16‰), темп прироста – 5,7% (УрФО – 5,4%), а СГТП – 0,6% (УрФО – 0,6%), что ниже показателей по Тюменской области. В структуре смертности населения ТО от злокачественных новообразований МЖ в 2017 г., грубые показатели составляют – 20,33 (РФ – 28,06, УрФО – 26,18), «стандартизованные» – 12,55 (РФ – 14,24, УрФО – 13,79), в 2008 г. соответственно – 22,31 (РФ – 30,08, УрФО – 26,03) и 14,59 (РФ – 17,55, УрФО – 15,44) на 100 тыс. населения. Авторы делают выводы о том, что анализ статданных свидетельствует о повышении грубых показателей заболеваемости и смертности от ЗНО молочной железы за анализируемый период времени женского населения.

Ключевые слова: рак, онкология, заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований молочной железы, Российская Федерация, Тюменская область, Уральский Федеральный округ

Результаты эпидемиологических исследований в мире в 2017 г. свидетельствуют о том, что рак молочной железы (РМЖ) является второй по частоте злокачественной опухолью в общей популяции после рака легкого, а также самым ча-

стым злокачественным новообразованием (ЗНО) – около 2,1 млн. случаев, у женщин [7]. В 2017 г. от РМЖ в мире умерло около 630 тыс. женщин, 5-е место в структуре смертности (оба пола) и – 6,6% [7]. В Российской Федерации (РФ), Уральском Федеральном округе (УрФО) и в Тюменской области (ТО) в последние годы злокачественные новообразования молочной железы прочно занимают первое место в структуре заболеваемости и смертности онкологической патологии среди женского населения [3, 4, 5, 6].

Цель исследования: изучить динамику заболеваемости и смертности от рака молочной железы на территории Тюменской области в сравнении с Российской Федерацией и Уральским Федеральным округом за 2008-2017 гг.

Материалы и методы:

Проведен сравнительный анализ эпидемиологической ситуации по раку молочной железы с 2008 по 2017 гг. в Российской Федерации, Уральском Федеральном округе и Тюменской области.

Для анализа данных использовались информационные бюллетени «О состоянии онкологической помощи в Тюменской области 2008-2017 гг.» [2], база данных популяционного ракового регистра в Тюменской области, статистические сборники под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой и сборник ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ г. Москва – злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) с 2008 по 2017 гг. [1, 6]. Сведения о больных были систематизированы в базе Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования:

В 2017 г. в России было зарегистрировано 70569 случаев РМЖ. В Уральском Федеральном округе этот показатель составил 5618. По данным областного популяционного канцер-регистра в 2017 г. по Тюменской области было впервые зарегистрировано 678 случаев РМЖ.

Стандартизованные показатели заболеваемости РМЖ в Тюменской области в 2008 г. составили 37,63, в 2017 г. 55,38 на 100 тыс. населения. В Уральском Федеральном округе эти данные соответствуют 42,02‰ в 2008 г. и 50,98‰ в 2017 г. Также, изменения стандартизованных показателей заболеваемости произошли в РФ: в 2008 г. данные равнялись 42,83‰, а в 2017 г. показатель снизился до 51,95‰ (Рис. 1).

Динамика «грубых» показателей заболеваемости раком молочной железы в ТО за период 2008-2017 гг. возросла с 59,68 (68,79 по РФ; 65,22 по УрФО) до 86,7 (89,6 по РФ; 85,16 по УрФО) на 100 тысяч населения (Рис. 2). Показатель прироста заболеваемости данной локализации за анализируемый период в Тюменской области составил 9,8%

(5,7% по РФ; 5,4% по УрФО), среднегодовой темп прироста соответственно – 1,04% (0,6% по РФ; 0,6% по УрФО).

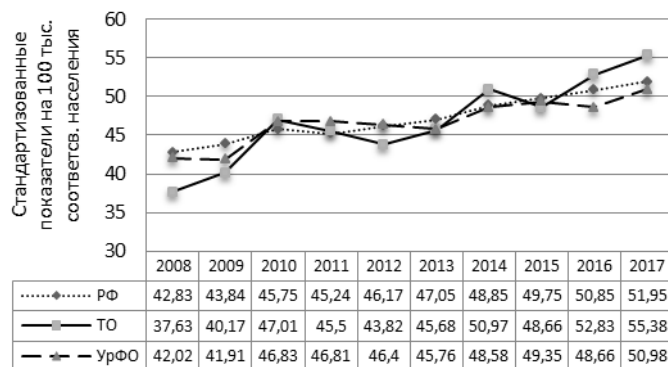


Рис. 1. Стандартизованные показатели заболеваемости РМЖ в РФ, УрФО и Тюменской Области за период 2008-2017 гг.

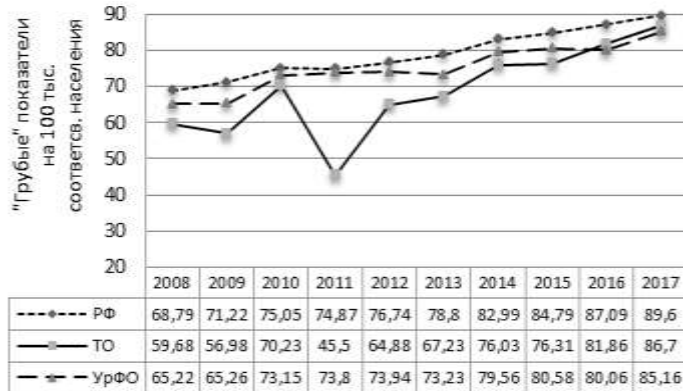


Рис. 2. Динамика «грубых» показателей заболеваемости РМЖ в РФ, УрФО и Тюменской Области за период 2008-2017 гг.

Доля больных с морфологически подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования МЖ в Тюменской области за анализируемый период увеличилась с 94,17% (в РФ – 95,2%; по УрФО – 95,6%) до 98,2% (в РФ – 98,1%; по УрФО – 98,8%).

Благодаря принятой в последние годы на территории Тюменской области программе по профилактике онкозаболеваний, в том числе, применению современных методов скрининговых обследований в женской популяции (маммография), количество активно взятых на учет пациентов с РМЖ возросло за 10 лет с 30,83% до 54,97% на 100 тыс. населения. В РФ аналогичный показатель увеличился почти в 2 раза – с 23% до 43,5% (в УрФО с 27% до 47,3%).

В Тюменской области удельный вес больных с I-II стадиями ЗНО молочной железы в 2008 г. составил 68,93% (в РФ – 62,7%, в УрФО – 64%), в 2017 г. – 71,24% (в РФ – 69,9%, УрФО – 69,5%), III стадии – 18,2% (в РФ – 26,2%, в УрФО –

24,4%), в 2017 г. – 22,48% (РФ – 21,6%, УрФО – 22,1%) и IV стадии – 11,4% (РФ – 11,3%, УрФО – 11%), в 2017 году – 6,92% (РФ – 7,9%, УрФО – 8%). За анализируемый период в Тюменской области, России и Уральском Федеральном округе произошло увеличение удельного веса больных с I-II стадией РМЖ, с одновременным снижением запущенных форм заболевания.

Доля больных, состоявших на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления диагноза злокачественного новообразования молочной железы, от числа состоящих на учете на конец отчетного года в ТО в 2017 г. составила 56,7%, что ниже данных в 2008 г., где показатель равнялся 57,42%. (Рис. 3).

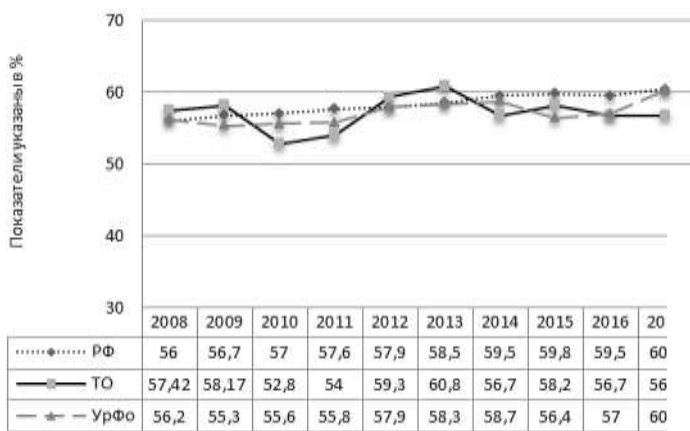


Рис. 3. Пятилетняя выживаемость больных РМЖ с 2008-2017 гг.

В Тюменской области за последние 10 лет, отмечается снижение показателя однодневной летальности от злокачественных опухолей молочной железы с 7,18% в 2008 г. до 4,11% в 2017 г. (прирост составил -16,4%, среднегодовой прирост – -1,9%). По России анализируемый показатель составил 9,7%, и 6%, соответственно (прирост – -10,3%, среднегодовой прирост – -1,2%). В УрФО однодневная летальность снизилась с 9,6% в 2008 г. до 6% в 2017г. (прирост – -9,7%, среднегодовой прирост – -1,1%), (Рис. 4).

Отношение показателей однодневной летальности и запущенности (IV ст.) предыдущего отчетного года является важным критерием, свидетельствующим о частоте клинических ошибок в части оценки распространенности опухолевого процесса у больного и недостатках учета. Он характеризует более точное установление стадий ЗНО молочной железы и считается положительным при значении менее единицы. В Тюменской области данный показатель по РМЖ составил в 2008 г. – 1,0 в 2017 г. – 0,6. В России данный коэффициент равняется 1,0 и 0,7 соответственно (УрФО – 1,2 и 0,7).

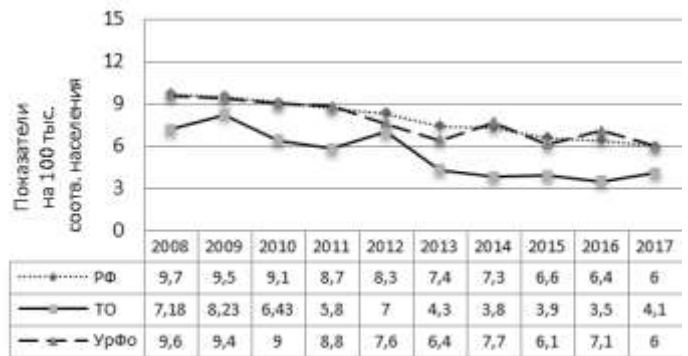


Рис. 4. Динамика однодневной летальности населения от РМЖ за 2008-2017 гг.

Стандартизованный показатель смертности населения Тюменской области от рака молочной железы за анализируемый период несколько снизился с 14,59 до 12,55 (в РФ с 17,5 до 14,24, в УрФО с 15,44 до 13,79) на 100 тыс. населения.

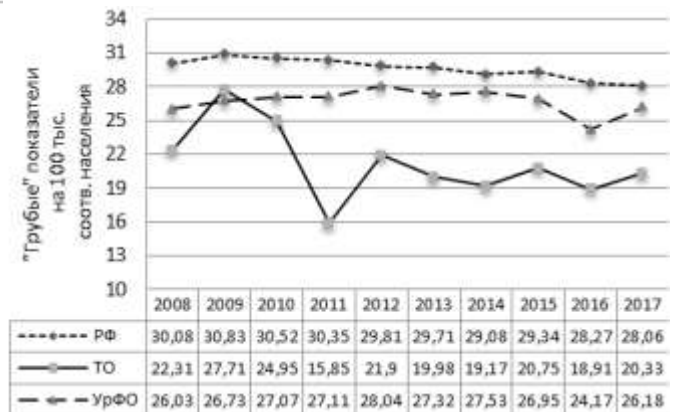


Рис. 5. Динамика смертности населения от РМЖ за 2008-2017 гг.

На рис. 5 представлена динамика смертности от РМЖ населения за последние 10 лет. В Тюменской области «грубый» показатель варьировал от 22,31 в 2008 г. до 20,33‰ в 2017 г. (по России – 30,08 до 28,06‰, по УрФО – 26 до 26,18‰). Прирост смертности по Тюменской области от ЗНО молочной железы составил – 5% (по РФ – -1,8%, по УрФО – -0,7%), среднегодовой темп прироста – -0,5% (по РФ – -0,2%, по УрФО – -0,08%).

Выводы:

1. В Тюменской области за анализируемый период отмечается рост показателей заболеваемости женщин злокачественными опухолями молочной железы – показатель прироста составил 9,8%.
2. Повышение уровня выявляемости ЗО МЖ при профилактических осмотрах с 30,83% в 2008 г. до 54,97% в 2017 г. обусловлено принятой в последние годы на территории ТО программе по профилактике онкозаболеваний и ростом онконастороженности медперсонала первичного звена.

3. В Тюменской области в анализируемый период уменьшились показатели одногодичной летальности на 16,4% (в РФ – на 10,3%, в УрФО – 9,7%) и смертности от РМЖ на 5% (в РФ на 1,8%, в УрФО – на 0,7%).

Литература:

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 г. / Статистический сборник. МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018.
2. Кудряков А.Ю., Елишев В.Г., Зуев В.Ю., Гайсин Т.А., Гайсина Е.А., Зотов П.Б., Федоров Н.М., Е.Б., Подгальная, Зотин Ю.С. О состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2017 год: информационный бюллетень. Тюмень, 2018. 46 с.
3. Ральченко Е.С., Книга М.Ю. Некоторые показатели онкологической заболеваемости на юге Тюменской области // Научный форум. Сибирь. 2015. Т. 2, № 1. С. 55-56.
4. Фёдоров Н.М., Налётов А.А., Подгальная Е.Б., Смирнов В.О. Эпидемиология рака молочной железы в Тюменской области // Академический журнал Западной Сибири. 2016. Т. 12, № 4. С. 19-22.
5. Федоров Н.М., Зотов П.Б., Подгальная Е.Б. и соавт. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения Тюменской области в 2017 году // Академический журнал Западной Сибири. 2018. Т. 14, № 5. С. 12-15.
6. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) в 2017 г. / Статистический сборник. МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018.
7. The Global Cancer Observatory, September, 2018.

MORBIDITY AND MORTALITY FROM BREAST CANCER IN THE TYUMEN REGION IN COMPARISON WITH THE RUSSIAN FEDERATION AND THE URAL FEDERAL DISTRICT FOR THE PERIOD FROM 2008 TO 2017

N.M. Fedorov, A.I. Fadeeva, V.I. Pavlova, A.R. Ivanova

Tyumen State Medical University, Russia

The data on the morbidity and mortality from of the breast cancer of the female population of the Tyumen region, the Ural Federal district and the Russian Federation from 2008 to 2017 are presented. The authors conclude that the analysis of statistical data indicates an increase in crude indicators of morbidity and mortality from breast cancer for the analyzed period of time of the female population of the Tyumen region, the Ural Federal district and the Russian Federation

Keywords: malignant lymphomas, epidemiology, incidence, mortality

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНЕНИИ С РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ И УРАЛЬСКИМ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГОМ ЗА ПЕРИОД 2008-2017 гг..

Н.М. Федоров, Д.З. Зайнетдинова, Е.Б. Подгальная

Тюменский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются основные вопросы эпидемиологии злокачественных лимфом (ЗЛ) в Тюменской области (ТО), Российской Федерации (РФ) и Уральском федеральном округе (УрФО) за период 2008-2017

гг. Заболеваемость ЗЛ в ТО в 2008 г. составила 8,78 на 100 тыс. населения. В 2017 г. данный показатель увеличился почти в 2,5 раза и составил 20,90 на 100 тыс. населения. Количество пациентов, взятых на учет активно, возросло также в 2,5 раза – с 3,9% в 2008 г. до 9,6% в 2017 г. Выявление ЗЛ на ранних стадиях за прошедшие годы увеличилось с 13,1% в 2008 г. до 13,9% в 2017 г. Показатель одногодичной летальности уменьшился с 30,95% в 2008 г. до 23,36% в 2017 г. Смертность от ЗЛ в ТО снизилась почти в 1,5 раза и составила в 2008 г. 9,83 на 100 тыс. населения и 7,86 на 100 тыс. населения в 2017 г. Анализ статистических данных свидетельствует о повышении «грубых» показателей заболеваемости ЗЛ в ТО в 2017 г., что может быть связано с неблагоприятным направлением демографических процессов в популяции в связи с «постарением» населения. В то же время отмеченное снижение показателей смертности объясняется повышением уровня онкологической настороженности врачей общей лечебной сети, своевременным выявлением и адекватным лечением ЗЛ и уменьшением частоты ошибок в части оценки распространенности опухолевого процесса.

Ключевые слова: злокачественные лимфомы, эпидемиология, заболеваемость, смертность, Тюменская область

Злокачественные лимфомы (ЗЛ) являются актуальной проблемой современной онкологии. Они составляют около 2% всех регистрируемых опухолей. Заболеваемость и смертность от данной патологии неуклонно возрастают во многих регионах России и во всем мире [1, 5, 6]. По сравнению с другими онкологическими заболеваниями ЗЛ чаще встречаются у людей молодого возраста. Выделяют две основные группы лимфом: лимфома Ходжкина и неходжкинские лимфомы.

Стандартизованные показатели заболеваемости лимфомой Ходжкина в основном незначительно отличаются в разных регионах и колеблются в пределах от 1 (Япония) до 5,5 (Йемен, Ливан) случаев на 100 тыс. населения. Общее ежегодное число впервые заболевших в мире составляет около 150 тыс. Данный вид лимфом более распространен среди европеоидов. Чаще заболевают мужчины, чем женщины. Отмечаются два пика заболеваемости: у лиц 15–34 лет и старше 50 лет [2].

Ежегодное же абсолютное число заболевших неходжкинской лимфомой в мире составляет более 350 тыс. Стандартизованные показатели отличаются в разных регионах – от 3 до 9 случаев на 100 тыс. человек в год. Максимальная заболеваемость регистрируется в Северной Америке, Австралии, Северной и Западной Европе. Мужчины также заболевают чаще, чем женщины. Заболевание развивается чаще в возрастных группах старше 60 лет [2].

В России в 2016 г. зарегистрировано 12760 случаев заболевания ЗЛ (мужчины – 6135, женщины – 6625) [4].

Цель исследования: анализ заболеваемости и смертности от злокачественных лимфом населения РФ, УрФО и ТО в 2008-2017 гг.

Материалы исследования:

1. Информационные бюллетени «О состоянии онкологической помощи в Тюменской области в 2008-2017 гг.».

2. Статистические сборники «Состояние онкологической помощи населению России» в 2008-2017 гг. [3].

3. Статистические сборники «Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность)» в 2008-2017 г. [7].

Результаты и обсуждение:

В 2017 г. в РФ впервые в жизни выявлено 29238 случаев ЗЛ (у мужчин – 13993, у женщин – 15246); в УрФО – 2319 случаев (у мужчин – 1186, у женщин – 1133); в ТО – 311 (у мужчин – 165, у женщин – 146).

Динамика «грубых» показателей заболеваемости к 2017 г. в РФ составляла 19,91 случаев на 100 тыс. населения (20,55 на 100 тыс. населения среди мужчин и 19,36 на 100 тыс. населения среди женщин); в УрФО – 18,78 на 100 тыс. населения (20,61 на 100 тыс. населения среди мужчин и 17,17 на 100 тыс. населения среди женщин); в ТО – 20,9 на 100 тыс. населения (23,36 на 100 тыс. населения среди мужчин и 18,67 на 100 тыс. населения среди женщин), (Рис. 1).

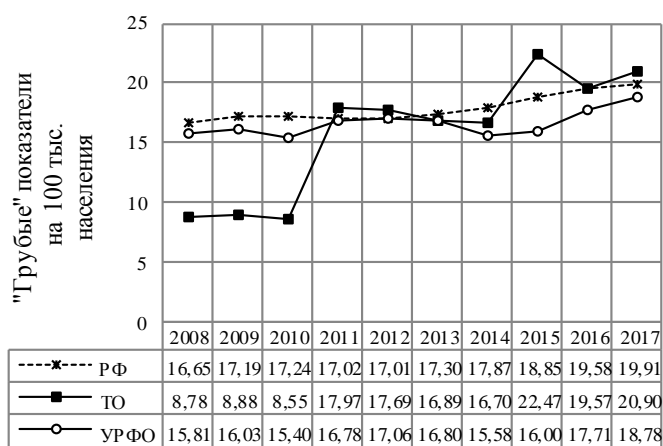


Рис. 1. Динамика заболеваемости населения злокачественными лимфомами в РФ, ТО и УрФО в 2008-2017 гг. (оба пола).

Показатель темпа прироста заболеваемости населения ЗЛ за анализируемый период составил в РФ +3,85%; в УрФО – +2,73%; в ТО – +1,73%. Среднегодовой темп прироста заболеваемости в РФ составил +0,42; в УрФО – +0,29%; в ТО – +0,19%.

Количество больных, активно выявленных при проведении профилактических осмотров по сравнению с 2008 г. к 2017 г. увеличилось в РФ с 3,9 до 9,6%; с 2,6 до 8,3% в УрФО; с 3,45 до 11,59% в ТО.

Анализируя данные за период с 2008 по 2010 гг. было выявлено, что показатель удельного веса больных с I стадией процесса по РФ, УрФО и ТО в используемых сборниках представлен вместе с показателем удельного веса больных со II стадией, что не позволяет разделить представленные данные по стадиям.

В РФ удельный вес больных с I-II стадиями злокачественных новообразований (ЗНО) в 2008 г. составил 32%, в 2009 г. – 32,3%, в 2010 г. – 31,5%; в УрФО в 2008 г. данный показатель составил 36,4%, в 2009 г. – 40,7%, в 2010 г. – 36,7%; в ТО в 2008 г. – 30,17%, в 2009 г. – 47,8%, в 2010 г. – 31,78%.

Удельный вес больных с I стадией ЗНО в РФ увеличился с 8% в 2011 г. до 8,1% в 2017 г.; со II стадией – с 26,7% в 2011 г. до 29,2% в 2017 г.; с III стадией – с 19,8% в 2008 г. до 21,6% в 2017 г.; с IV стадией – с 14,1% в 2008 г. до 16,3% в 2017 г.

Удельный вес больных с I стадией ЗНО в УрФО уменьшился с 12,5% в 2011 г. до 11,3% в 2017 г.; со II стадией – с 25,9% в 2011 г. до 24,8% в 2017 г.; с III стадией – с 24,8% в 2008 г. до 17,2% в 2017 г.; с IV стадией – увеличился с 18,9% в 2008 г. до 27,3% в 2017 г.

Удельный вес больных с I стадией ЗНО в ТО увеличился с 13,1% в 2011 г. до 13,9% в 2017 г.; со II стадией – уменьшился с 23% в 2011 г. до 21,2% в 2017 г.; с III стадией – с 16,3% в 2008 г. до 13,9% в 2017 г.; с IV стадией – с 31,03% в 2008 г. до 26,1% в 2017 г.

К 2017 г. удельный вес морфологически подтвержденных диагнозов по сравнению с 2008 г. достиг 100% (в 2008 г. в РФ этот показатель составлял 96,4%, в УрФО – 94,4%, в ТО – 97,4%).

Доля больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления диагноза «Злокачественная лимфома», от числа состоящих на учете на конец года в РФ увеличилась к 2017 г. до 59,2% по сравнению с 2008 г., где данный показатель составлял 53%; в УрФО эта цифра выросла с 52% до 60,9%. В ТО же доля больных, состоящих на учете в онкологическом учреждении к 2017 г. составляла 58,03%, при этом в 2008 г. данный показатель равнялся 59,8% (Рис. 2).

За рассматриваемый период отмечалось снижение показателя летальности больных в течение года с момента установления диагноза ЗНО: в РФ данный показатель снизился с 23,8% в 2008 г. до 20% в 2017 г.; в ТО с 30,95% до 23,36%. В УрФО

же показатель одногодичной летальности увеличился с 24% в 2008 г. до 24,7% в 2017 г. (Рис. 3).

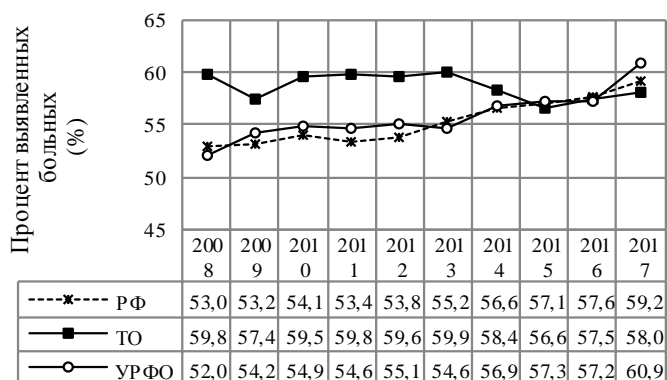


Рис. 2. Доля больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установленного диагноза, от числа состоящих на учете на конец отчетного года.

Динамика «грубых» показателей смертности к 2017 г. в РФ составляла 10,64 случаев на 100 тыс. населения (11,40 на 100 тыс. населения среди мужчин и 9,98 на 100 тыс. населения среди женщин); в УрФО – 10,12 на 100 тыс. населения (11,21 на 100 тыс. населения среди мужчин и 9,17 на 100 тыс. населения среди женщин); в ТО – 7,86 на 100 тыс. населения (10,19 на 100 тыс. населения среди мужчин и 5,75 на 100 тыс. населения среди женщин) (Рис. 4).

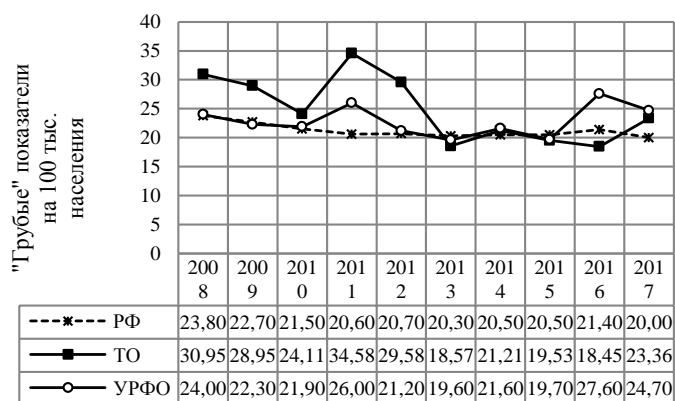


Рис. 3. Динамика одногодичной летальности населения от злокачественных лимфом в РФ, ТО и УрФО в 2008-2017 гг.

Показатель темпа прироста смертности населения от ЗЛ за анализируемый период составил в РФ +1,36%; в УрФО – +1,03%; в Тюменской области – -1,76%. Среднегодовой темп прироста в РФ составил +0,15%; в УрФО – +0,11%; в ТО – -0,21%.

Важным показателем является отношение одногодичной летальности к запущенности (IV стадия) предыдущего года, который свидетель-

ствует о частоте ошибок в части оценки распространенности опухолевого процесса у больного и недостатках учета. По РФ данный показатель увеличился с 1,0 в 2008 г. до 1,2 в 2017 г.; в УрФО – увеличился с 0,9 в 2008 г. до 1,1 в 2017 г.; в ТО же данный показатель уменьшился с 1,58 в 2008 г. до 1,0 в 2017 г.

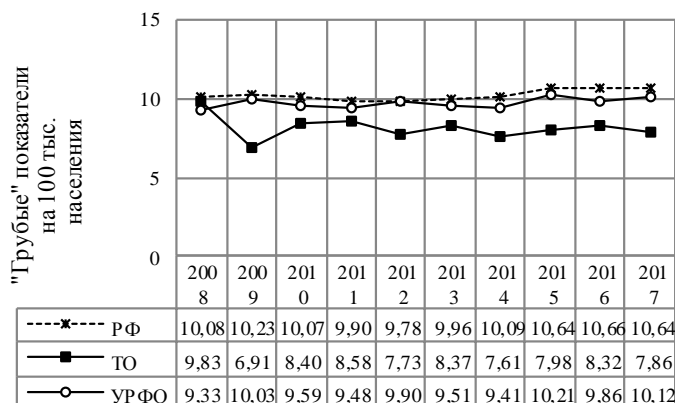


Рис. 4. Динамика смертности населения от злокачественных лимфом в РФ, ТО и УрФО в 2008-2017 гг. (оба пола).

Выводы:

Таким образом, проведенный анализ показал актуальность проблемы ЗЛ для ТО. Это обусловлено ростом показателей заболеваемости населения данной патологией и отрицательной динамикой пятилетней выживаемости.

К положительным тенденциям можно отнести снижение доли больных, выявленных в III-IV стадиях заболевания, увеличение удельного веса морфологически верифицированных диагнозов, а также снижение показателей одногодичной летальности и смертности населения от ЗНО.

Указанное выше требует совершенствования организации работы онкологической службы Тюменской области: повышение уровня напряженности врачей общей лечебной сети в отношении ЗЛ и адекватное их лечение.

Литература:

1. Аскаров З.Ф., Аскаров Р.А., Чуенкова Г.А. Динамика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения Республики Башкортостан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 4. С. 30-33.
2. Барчук А.А., Беляев А.М., Филочкина А.В. и соавт. Скрининг рака и смертность // Практическая онкология. 2016. Т. 17, № 4. С. 228-246.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 г. / Статистический сборник. МНИОИ им. П.А. Герцена. 2018.
4. Огрызко Е.В., Иванова М.А., Голубев Н.А. и соавт. Динамика «грубых» и стандартизованных показателей заболеваемости и смертности населения России от злокачественных новообразований за 2003-2016 годы // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2018. № 1-2. С. 9-13.
5. Ральченко Е.С., Книга М.Ю. Некоторые показатели онкологической заболеваемости на юге Тюменской области // Научный форум. Сибирь. 2016. Т. 2, № 1. С. 55-56.

6. Федоров Н.М., Зотов П.Б., Подгальная Е.Б. и соавт. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения Тюменской области в 2017 году // Академический журнал Западной Сибири. 2018. Т. 14, № 5. С. 12-15.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) в 2017 г. / Статистический сборник. МНИОИ им. П.А. Герцена. М., 2018.

ANALYSIS OF MORBIDITY AND MORTALITY FROM MALIGNANT LYMPHOMAS IN THE TYUMEN REGION IN COMPARISON WITH THE RUSSIAN FEDERATION AND THE URAL FEDERAL DISTRICT FOR THE PERIOD FROM 2008 TO 2017

N.M. Fedorov, D.Z. Zainetdinova, E.B. Podgalnaya

Tyumen State Medical University, Russia

The article deals with the main issues of the epidemiology of malignant lymphomas in the Tyumen region, the Russian Federation and the Ural Federal district for the period from 2008 to 2017. The incidence of malignant lymphomas was 8.78 per 100,000 population in 2008. This indicator was increased by almost 2.5 times and amounted to 20.90 per 100,000 population in 2017. The percentage of patients detected at prophylactic examinations also was increased by 2.5 times (from 3.9% in 2008 to 9.6% in 2017). Detection of malignant lymphomas in the early stages over the past years was increased from 13.1% in 2008 to 13.9% in 2017. The one-year mortality rate was decreased from 30.95% in 2008 to 23.36% in 2017. Mortality from malignant lymphomas in the Tyumen region was decreased by almost 1.5 times and was 9.83 in 2008 and 7.86 per 100,000 population in 2017. The percentage of morphologically confirmed diagnoses reached 100%. The analysis of statistical data indicates an increase in "gross" incidence rates of malignant lymphomas in the Tyumen region in 2017, which may be due to the unfavorable direction of demographic processes in the population due to the "aging" of the population. At the same time, the marked decrease in mortality rates is explained by an increase in the level of oncological alertness of general practitioners, timely detection and adequate treatment of malignant lymphomas and a decrease in the frequency of errors in assessing the prevalence of the tumor process.

Keywords: malignant lymphomas, epidemiology, incidence, mortality

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ НАСЕЛЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ, УРАЛЬСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ПЕРИОД 2008-2017 гг.

Н.М. Федоров, А.В. Ковалик, Т.А. Гайсин

Тюменский государственный медицинский университет

В статье представлен сравнительный анализ основных эпидемиологических показателей раком шейки матки (РШМ) в Российской Федерации (РФ), Уральском Федеральном округе (УрФО) и Тюменской области (ТО)

за период 2008-2017 гг.. За последнее десятилетие отмечен незначительный рост показателей заболеваемости злокачественными опухолями шейки матки в РФ, УрФО и ТО. Зафиксировано увеличение доли больных РШМ данных регионах выявленных в ранних – I-II стадиях заболевания. Показатель темпа прироста смертности населения от злокачественных новообразований шейки матки за анализируемый период составил в Тюменской области 1,93%, что выше аналогичных данных по РФ (0,9%) и ниже, чем в УрФО (2,92%). Среднегодовой темп прироста смертности в ТО – 0,21% (0,32% по УрФО; 0,099% по РФ). За рассматриваемый период отмечается тенденция к снижению показателей одногодичной летальности населения от злокачественных новообразований (ЗНО) шейки матки как в Тюменской области с 14,9% до 10,6%, так и в России – с 19,4% до 14,3%, и в Уральском Федеральном Округе с 19,3% до 17,0%.

Ключевые слова: рак, рак шейки матки, эпидемиология, заболеваемость, смертность, канцер-регистр

Среди всех онкологических заболеваний женской половой системы злокачественные опухоли (ЗО) шейки матки составляют 5,3% и занимают третье место после рака молочной железы и рака эндометрия. Рак шейки матки ежегодно уносит жизнь более 200000 женщин всего мира. В России РШМ занимает 5-е место среди причин смерти женщин от злокачественных опухолей. За последние годы это онкологическое заболевание стало наиболее часто выявляться у женщин в возрасте до 40 лет [1-7].

Цель исследования: изучение динамики заболеваемости и смертности от ЗО рака шейки матки населения Тюменской области в сравнении с Российской Федерацией и Уральским Федеральным Округом за период 2008-2017 гг.

Материалы исследования: статистические данные канцер-регистра ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город», г. Тюмень за период 2008-2017 гг.

В качестве сравнительных данных федерального уровня использованы статистические показатели, представленные в Статистических сборниках под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой «Состояние онкологической помощи населению России в 2008-2017 гг.», «Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) в 2008-2017 гг.» ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ г. Москва.

Результаты и обсуждение:

В структуре онкологической заболеваемости женского населения в Тюменской области в 2017 г. РШМ, так же, как и в России находился на 5-ом месте (5,5%, РФ – 5,3%) уступая раку молочной железы, кожи, тела матки, ободочной кишки.

«Грубые» показатели заболеваемости ЗО шейки матки за период с 2008-2017 гг. увеличи-

лись в Тюменской области с 20,46 (17,77 по УрФО; 18,1 - РФ) на 100 тысяч населения в 2008 г. до 21,74 (23,59 – УрФО; 22,33 по РФ) на 100 тысяч населения в 2017 г. (Рис. 1).

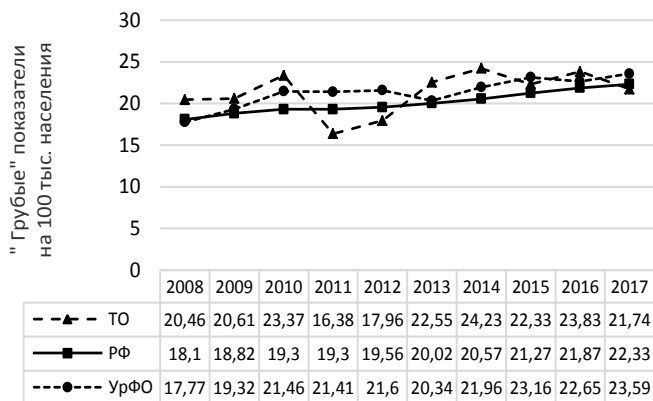


Рис. 1. Динамика заболеваемости раком шейки матки в РФ, УрФО и Тюменской области за период 2008-2017 гг.

Показатель абсолютного темпа прироста заболеваемости населения злокачественными новообразованиями шейки матки за анализируемый период в Тюменской области составил 3,21% (4,81% по УрФО; 4,43% по РФ), среднегодовой темп прироста в ТО – 0,35% (0,52% по УрФО; 0,48% по РФ).

Уровень морфологического подтверждения ЗО шейки матки в Тюменской области несколько снизился с 98,0% в 2008 г. до 97,1% в 2017 г., в Уральском Федеральном Округе и Российской Федерации – вырос с 96,5% до 98,7%, и с 96,9% до 98,9% соответственно.

Благодаря принятой в последние годы на территории ТО программе современных скрининговых обследований в женской популяции, количество активно взятых на учет пациентов с РШМ возросло за 10 лет с 35,5% до 42,4% на 100 тыс. населения, (УрФО с 38,1% до 40,1% соответственно). В РФ аналогичный показатель увеличился в 1,5 раза – с 28,9% до 42,2% и достиг уровня Тюменской области.

Выявление рака in situ шейки матки составило в 2017 году в ТО – 24,7 на 100 тыс., что несколько ниже, чем в среднем по Российской Федерации (25,2) и значительно превышает аналогичный показатель – 15,2 на 100 тыс. в Уральском Федеральном Округе.

Удельный вес больных с I-II стадией ЗО шейки матки в Тюменской области увеличился с 35,66% в 2008 г. до 68,9% в 2017 г.; с III стадией – уменьшился с 20,93% в 2008 г. до 16,5% в 2017 г.; с IV стадией – остался практически одинаково-

вым – 14,73% и 14,7% соответственно; без стадии – уменьшился с 20,6% в 2008 г. до 0% в 2017 г.

Удельный вес больных с I-II ст. ЗНО шейки матки в Российской Федерации увеличился с 58,5% в 2008 г. до 65,7% в 2017 г.; с III стадией – уменьшился с 29,5% в 2008 г. до 23,1% в 2017 г.; с IV стадией – уменьшился с 10,1% в 2008 г. до 9,3% в 2017 г.; без стадии – остался на прежнем уровне от 1,9% в 2008 г. до 1,9% в 2017 году.

Структура распространенности больных с I-II стадией рака шейки матки в Уральском Федеральном Округе увеличился с 51,9% в 2008 г. до 60,1% в 2017 г.; с III стадией – уменьшился с 31,6% в 2008 г. до 26,9% в 2017 г.; с IV стадией – увеличился с 9,0% в 2008 г. до 12,4% в 2017 г.; без стадии – уменьшился с 7,4% в 2008 г. до 0,6% в 2017 г.

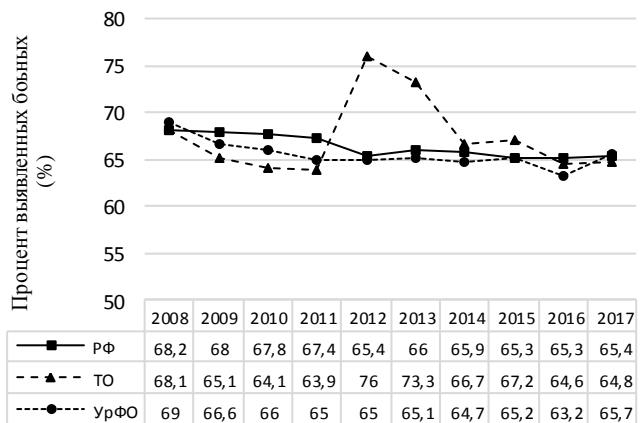


Рис. 2. Доля больных, состоявших на учете в онкоучреждениях РФ, УрФО и ТО 5 лет и более с момента установления диагноза РШМ от числа состоявших на учете на конец отчетного года.

Доля больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления диагноза РШМ, от числа состоящих на учете на конец отчетного года в Тюменской области уменьшилась с 68,2% в 2008 году до 64,8% в 2017 г.. Аналогичная тенденция данного показателя отмечена в Российской Федерации – 68,1% и 65,4% и в Уральском Федеральном Округе - 69,0% и 65,7% (Рис. 2).

За рассматриваемый период отмечается снижение показателей одногодичной летальности населения от рака шейки матки как в Тюменской области – с 14,9% до 10,6%, так и в Уральском Федеральном Округе – 19,3% и 17,0% и Российской Федерации – 19,4% и 14,3%, соответственно (Рис. 3).

Одним из основных критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной

сети административной территории является показатель соотношения однодневной летальности к запущенности (IV ст.) у больных раком шейки матки, который свидетельствует о частоте ошибок в части оценки распространенности опухолевого процесса у больного и недостатках учета.

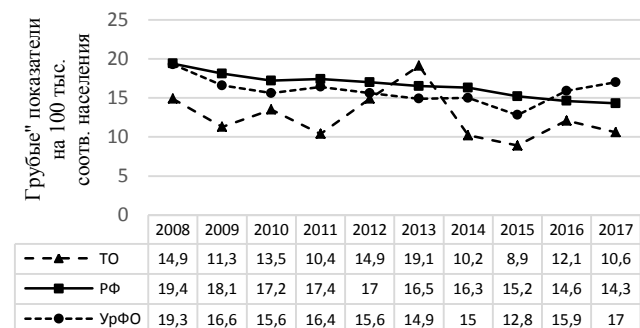


Рис. 3. Динамика однодневной летальности населения от рака шейки матки по РФ, УрФО и Тюменской области за 2008-2017 гг.

По России данный показатель уменьшился с 2,25 в 2008 г. до 1,53 в 2017 году; по Тюменской области – с 1,37 в 2008 г. до 0,72 в 2017 году; в Уральском Федеральном Округе – с 2,47 в 2008 г. до 1,37 в 2017 году, соответственно.

В 2017 году в структуре смертности женского населения злокачественные новообразования шейки матки занимали 8-е место по Тюменской области (4,3%) и 10-е место по РФ (4,8%).

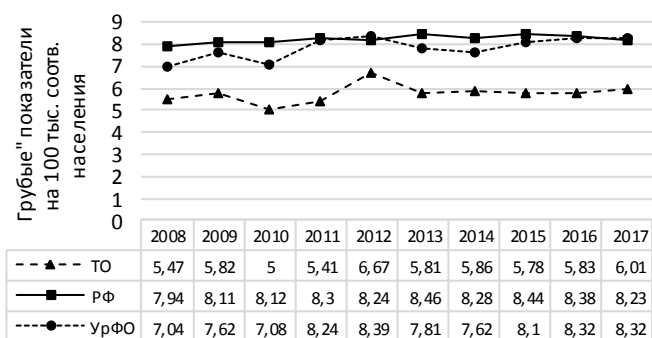


Рис. 4. Динамика смертности населения от рака шейки матки в РФ, УрФО и Тюменской области за 2008 - 2017 гг.

«Грубый» показатель смертности от рака шейки матки умеренно увеличился в ТО с 5,47 в 2008 г. до 6,01 на 100 тысяч населения в 2017 году. Аналогичная тенденция отмечалась как в РФ – от 7,94 в 2008 г. до 8,23 на 100 тысяч населения в 2017 г., так и в УрФО – 7,04 и 8,32 соответственно (рис. 4).

Показатель темпа прироста смертности населения от РШМ матки за анализируемый период составил в Тюменской области 1,93% (0,9% по РФ,

2,92% по УрФО), среднегодовой темп прироста заболеваемости в ТО – 0,21 % (0,099% по РФ, 0,32% по УрФО).

Выводы: Проведенный анализ заболеваемости и смертности населения Тюменской области от 30 рака шейки матки в сравнении с Российской Федерацией и Уральским Федеральным Округом за период 2008-2017 гг., показал рост «грубых» показателей заболеваемости и смертности населения за анализируемый период времени, при этом данные показатели в ТО ниже аналогичных по России и УрФО. В течении анализируемого периода наблюдалась стабилизация показателей морфологической верификации, пятилетней выживаемости и смертности населения от РШМ изучаемых субъектов. В последние десятилетия достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении рака шейки матки, что отражается в значительном увеличении доли больных выявленных в I-II ст. заболевания и снижении показателей однодневной летальности.

Литература:

- Андосова Л.Д., Контрощикова К.Н., Качалина О.В. Современные представления о роли вируса папилломы человека в генезе цервикального рака (обзор) // Медицинский альманах. 2011. № 5.
- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 г. / Статистический сборник. МНИОИ им. П.А. Герцена. 2018. С. 124-127.
- Кудряков А.Ю., Елишев В.Г., Зуев В.Ю., Гайсин Т.А., Гайсина Е.А., Зотов П.Б., Федоров Н.М., Е.Б., Подгальная, Зотин Ю.С. О состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2017 год: информационный бюллетень. Тюмень, 2018. 46 с.
- Федоров Н.М., Зотов П.Б., Ощепков В.Н. и др. Анализ показателей заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения Тюменской области в 2017 году // Академический журнал Западной Сибири. 2018. Т. 14, № 5. С. 12-15.
- Федоров Н.М., П.Б. Зотов П.Б., Подгальная.Е.Б. и др. Анализ показателей заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований органов женской половой сферы в Тюменской области в 2012-2016 гг.. // Академический журнал Западной Сибири. 2018. Т. 14, № 5. С. 15-19.
- Ральченко Е.С., Книга М.Ю. Некоторые показатели онкологической заболеваемости на юге Тюменской области // Научный форум. Сибирь. 2016. Т. 2, № 1. С. 55-56.
- Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) в 2017 г. / Статистический сборник. МНИОИ им. П.А. Герцена. 2018.

ANALYSIS OF MORBIDITY AND MORTALITY FROM CERVICAL CANCER IN THE TYUMEN REGION IN COMPARISON WITH THE RUSSIAN FEDERATION AND THE URAL FEDERAL DISTRICT FOR THE PERIOD FROM 2008 TO 2017

N.M. Fedorov, A.V. Kovalyuk, T.A. Gaysin

Tyumen State Medical University, Russia

The article presents a comparative analysis of the main epidemiological indicators of cervical cancer in the Russian Federation, the Ural Federal district and the Tyumen region for the period 2008-2017..

Keywords: cancer, cervical cancer, epidemiology, morbidity, mortality, cancer registry

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЛЕГКОГО В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 2008 ПО 2017 гг.

Е.А. Шмальц, Н.М. Федоров

Тюменский государственный медицинский университет

Рак легких (РЛ) является острой проблемой современной онкологии. Проблема РЛ актуальна и для Тюменской области. В исследуемый период времени в ТО отмечается рост заболеваемости (с 42,06% в 2008 г. до 47,09% в 2017 г.), темп прироста составляет 11,96%. Значительно повысился процент выявления РЛ при проведении профилактических осмотров – 40,82% и удельный вес морфологически подтвержденных диагнозов: в 2008 г. – 56,50%, в 2017 году – 73,96%. Определяется значительный рост удельного веса больных, у которых ЗНО было выявлено на I-II стадии (2008 г. – 29,76%, в 2017 г. – 34,34%, прирост – 13,34%). Показатель летальности в течение первого года жизни стабильно снижается (в 2008 г. – 55,40%, в 2017 г. – 39,48%), отмечается отрицательный прирост, который равен -31%. В динамике смертности от опухолей легких отмечается снижение, так в 2008 г. смертность в ТО составляла 35,48%, а в 2017 г. – 28,5%, прирост отрицательный (-19,67%).

Ключевые слова: рак легких, эпидемиология, заболеваемость, смертность

Еще 100 лет назад рак легкого (РЛ) считался уникально редким заболеванием. В частности, к 1898 г. в медицинской литературе было всего 140 случаев РЛ. В одной из самых больших клиник Европы – Шарите – каждый новый пациент с РЛ подробно демонстрировался на общегоспитальной врачебной конференции. Широкое распространение курения в начале 20 века привело к тому, что РЛ быстро занял позицию самого частого онкологического заболевания [1]. И на сегодняшний день злокачественные новообразования (ЗНО) трахеи, бронхов и легких являются острой проблемой современной онкологии.

В мире с каждым годом неуклонно растёт заболеваемость опухолями легких, в 2018 г. было зарегистрировано более 2 млн случаев РЛ. Ежегодно именно опухоли данной локализации занимают I место в структуре смертности от онкологических заболеваний. В Российской Федерации (РФ) в 2017 г. количество заболевших РЛ превысило 60 тысяч человек: ЗНО легких находятся на третьем месте в структуре онкологической заболеваемости (10,1%) и на первом месте в структуре смертности – 17,4%. Средний возраст для пациентов с данной патологией составляет 65 лет. Более 70% заболевших – мужчины.

Проблема РЛ актуальна и для Тюменской области [2, 3, 7]. В последнее десятилетие опухоли легких ежегодно занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости, составляя по-

следние годы 11,8%. И на протяжении долгих лет сохраняют первое место среди причин смертности от ЗНО – 20% в 2017 г.

Цель исследования: изучить динамику показателей заболеваемости и смертности рака трахеи, бронхов и легких на территории Тюменской области с аналогичными данными в Российской Федерации за период 2008–2017 гг.

Материалы исследования

1. Информационные бюллетени «О состоянии онкологической помощи в Тюменской области 2008-2017 гг.», в основе которых использованы [6].

2. Отчет о заболеваниях ЗНО (форма №7).

3. Отчет о контингентах больных (ф. №35).

4. Сведения об учреждениях здравоохранения (форма №30).

5. Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания ЛПУ (форма №12).

6. База данных популяционного ракового регистра в Тюменской области.

7. Результаты клинического динамического наблюдения за больными по данным амбулаторных карт (форма 025/у).

8. Результаты статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (форма 025-2У).

Также были использованы годовые формы государственной статистической отчетности: №35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями» и №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями за 2008-2017 гг.»; статистические сборники под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. Состояние онкологической помощи населению России в 2008-2017 гг. Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) с 2008 по 2017 гг. ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» МЗ РФ [5, 8].

Результаты исследования

В 2017 г. в России было зарегистрировано 62175 новых случаев рака легкого, из них более 600 случаев приходится на Тюменскую область (ТО). Заболеваемость в нашем регионе в 2017 г. составила 47,09 на 100 тысяч населения (в РФ – 42,34). В исследуемый период времени в ТО отмечается рост данного показателя (с 42,06% в 2008 г. до 47,09% в 2017 г.), темп прироста составляет 11,96%. (Рис. 1). Данную разницу в показателях заболеваемости можно объяснить увеличением продолжительности жизни жителей региона, ростом онконастороженности медицинского персонала первичного звена, качественно проводимыми диагностическими мероприятиями в медицинских учреждениях Тюменской области [2].

Рак легкого традиционно занимал первое место в структуре онкологической заболеваемости среди мужчин как в РФ, так в ТО. Однако в 2017 г. опухоли легких впервые отошли на второе место среди онкологических заболеваний мужчин, уступив раку предстательной железы. Это объясняется работой программы ПСА-скрининга в мужской популяции, которая была принята в 2008 г. на территории юга ТО, именно благодаря ей количество активно взятых на учет пациентов с ЗНО предстательной железы возросло.

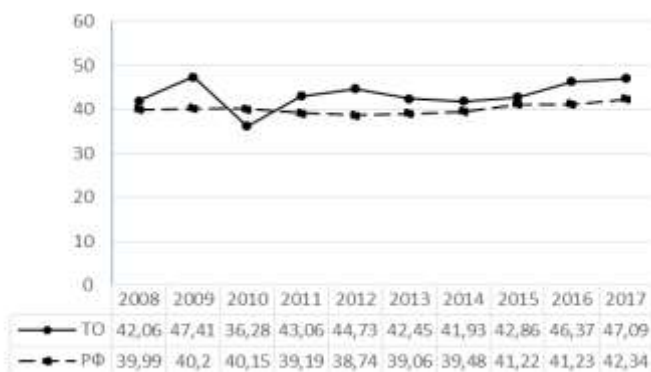


Рис. 1. Динамика заболеваемости населения ЗНО легких в 2008-2017 гг. Оба пола, «грубые» показатели на 100 тысяч населения.

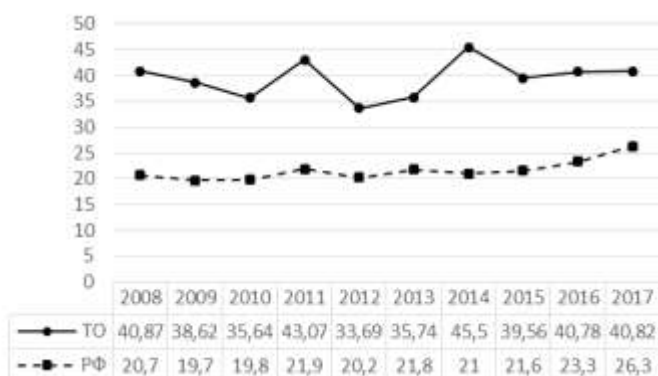


Рис. 2. Удельный вес больных с ЗНО легких, выявленных при проведении профилактических осмотров от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом в 2008-2017 гг., %.

В анализируемый период времени значительно повысился удельный вес морфологически под-

твержденных диагнозов: в 2008 г. – 56,50%, в 2017 г. у – 73,96%, прирост составляет 30,9%. Данный показатель в 2017 в РФ немного выше – 77,8%.

Важным показателем качественной работы системы здравоохранения ТО можно считать высокий процент выявления РЛ при проведении профилактических осмотров – 40,82% (Рис. 2). Значения по региону в 1,5 раза превышают аналогичные показатели по стране.

Особое внимание следует обратить на то, что именно благодаря профилактической работе удается обнаружить заболевание на ранних стадиях. В 2017 г. среди пациентов с I ст. заболевания, 57,41% больных диагноз был установлен в ходе профилактического осмотра, среди пациентов со II стадией доля таких случаев составила 46,94%.

Определяется значительный рост удельного веса больных, у которых ЗНО было выявлено на I-II стадиях (Рис. 3). В 2008 г. данный показатель составлял в Тюменской области 29,76%, в 2017 г. – 34,34%, прирост – 13,34%. Следует отметить, что этот показатель ранней диагностики весомо больше, чем в РФ, где в 2017 г. он равен 29,4%. Рост показателей можно объяснить онконастороженностью медицинского персонала и новыми методами ранней диагностики, применяемых в наше регионе.

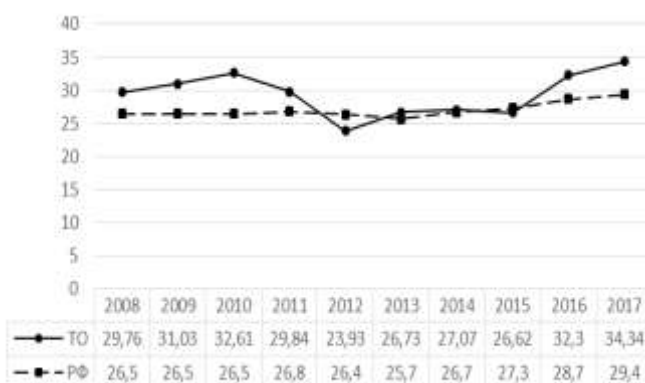


Рис. 3. Удельный вес больных с I-II ст. процесса от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО легких в 2008-2017 гг., %.

Таблица 1

Удельный вес больных, выявленных в ходе профилактических осмотров, от числа всех больных с ЗНО легких в 2008-2017 гг., %

Стадия	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I	33,33	29,66	41,15	77,08	64,13	69,09	73,15	63,64	63,85	57,41
II	52,04	49,57	35,0	57,14	43,64	41,67	55,36	56,36	50,79	46,94
III	39,0	31,06	33,70	38,71	31,60	33,64	42,34	38,14	40,84	43,84
IV	26,84	30,73	21,95	23,25	21,30	19,11	27,50	21,92	23,85	26,45

Если же оценивать удельный вес ЗНО, диагностированных в IV стадии процесса, то динамика за исследуемый период времени менее заметна: в 2008 г. – 32,96%, в 2017 г. – 34,05%. Необходимо заметить, что данные значения ниже, чем в России (в 2017 г. – 40,8%) и в УФО (в 2017 г. – 43,5%). Следовательно, удельный вес запущенных случаев запущенных опухолей в Тюменской области меньше, чем средний по стране.

Ранняя диагностика РЛ в Тюменской области является приоритетным направлением онкологии. И именно этим обусловлены имеющиеся, на сегодняшний день положительные результаты, в первую очередь связанные с развитием профилактического направления.

Профилактическое обследование населения ТО методом флюорографии, с целью раннего выявления опухолей легких и бронхов, является самым массовым из всех проводимых в регионе скрининговых программ [4]. В анализируемый период времени отмечается ежегодное увеличение числа пациентов, которым проводится флюорография. В 2017 г. с помощью данной методики обследовано 843773 человека (что составляет 36,7% от всех проведенных профилактических исследований) и выявлен 181 случай ЗНО.

Также с 2015 г. согласно совместному приказу Департамента здравоохранения ТО и Департамента здравоохранения города Тюмени в регионе запущена программа по раннему выявлению РЛ с помощью компьютерной томографии (КТ).

Таблица 2

Обхват населения КТ в 2016-2017 гг.

Показатель	2016	2017
Обследовано пациентов	8926	11311
Выявлено ЗНО	63	128
%	0,71	1,13

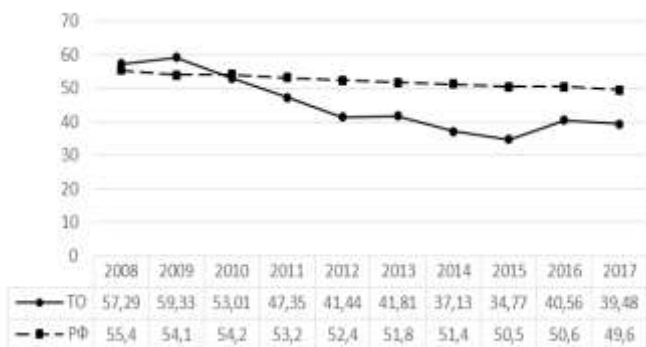


Рис. 4. Летальность больных в течение года с момента установления диагноза ЗНО легких в 2008-2017 гг., %.

Особое значение имеют статистические показатели, характеризующие смертность от ЗНО трахеи, бронхов, легких. В ТО показатель ле-

тальности в течение первого года жизни стабильно снижается и отмечается отрицательный прирост, который равен – 31%. (Рис. 4). Этот показатель на протяжении последних восьми лет ниже, чем в целом в стране.

В динамике смертности от опухолей легких отмечается снижение, так в 2008 г. смертность в ТО составляла 35,48%, а в 2017 г. – 28,5%, прирост отрицательный (-19,67%). В исследуемые годы смертность в ТО стабильно и значительно ниже, чем в РФ (Рис. 5).

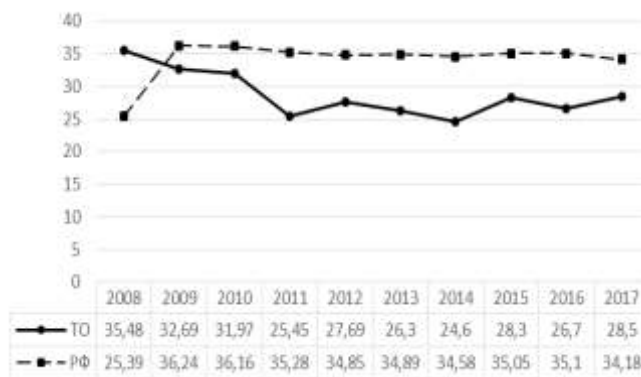


Рис. 5. Динамика смертности населения от ЗНО легких в 2008-2017 гг. Оба пола, показатели на 100 тысяч населения.

Доля больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления диагноза ЗНО за исследуемые десять лет остается без динамики: в 2017 году этот показатель равен 36,73%, а в 2008 г. – 37,0% (Рис. 6).

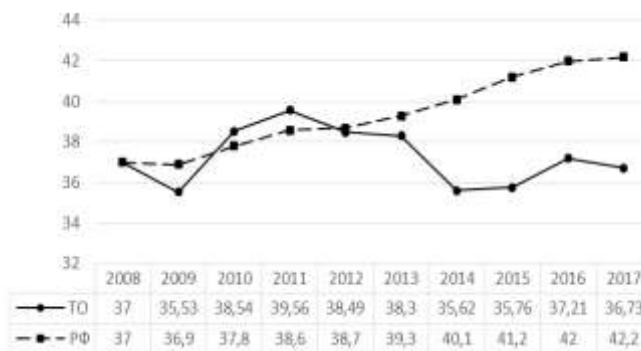


Рис. 6. Доля больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления диагноза ЗНО, от числа состоящих на учете на конец отчетного года, %.

Выводы:

Проанализировав имеющиеся статистические данные можно сделать вывод, что проблемы рака легкого крайне актуальны для Тюменской области. Об этом свидетельствует рост показателей заболеваемости населения данным видом опухолей.

Положительная тенденция наблюдается в раннем выявлении заболевания: происходит снижение доли больных, у которых опухоль была диагностирована в запущенной стадии и рост числа больных, выявленных I-II ст. заболевания. Это происходит во многом благодаря работе региональной программы по раннему выявлению ЗНО легких.

Показатели одногодичной летальности и смертности населения от опухолей легких стабильно снижаются, что связано с ранней диагностикой и эффективно проводимым лечением.

Результаты исследования указывают на необходимость совершенствования организации работы онкологической службы региона в плане своевременного выявления и адекватного лечения рака легкого, повышения уровня онкологической настороженности врачей общей лечебной сети в отношении злокачественных опухолей органов дыхания.

Литература:

1. Имянитов Е.Н. Молекулярная патология рака легкого: клинические аспекты // Практическая онкология. 2006. Т. 7, № 3. С. 131-136.
2. Зырянов А.В., Федоров Н.М., Зотов П.Б., Ощепков В.Н. Анализ показателей заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения Тюменской области // Академический журнал Западной Сибири. 2016. Т. 12, № 3. С. 86-88.
3. Зырянов А.В., Федоров Н.М., Зотов П.Б., Налётов А.А., Бурханова Л.А., Смирнов В.О., Абалканова М.М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения Тюменской области в 2016 году // Тюменский медицинский журнал. 2017. Т. 19, № 2. С. 55-59.
4. Кузнецов В.В., Зуев В.Ю. Вопросы раннего выявления рака легкого в Тюменской области: опыт скринингового подхода с использованием компьютерной томографии // Тюменский медицинский журнал. 2017. Т. 19, № 4. С. 44-47.
5. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 г. // Статистический сборник. МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018.
6. Кудряков А.Ю., Елишев В.Г., Зуев В.Ю., Гайсин Т.А., Гайсина Е.А., Зотов П.Б., Федоров Н.М., Е.Б., Подгальная, Зотин Ю.С. О состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2017 год: информационный бюллетень. Тюмень, 2018. 46 с.
7. Ральченко Е.С., Книга М.Ю. Некоторые показатели онкологической заболеваемости на юге Тюменской области // Научный форум. Сибирь. 2016. Т. 2, № 1. С. 55-56.
8. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) в 2017 г. // Статистический сборник. МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018.

EPIDEMIOLOGY OF LUNG CANCER IN THE TYUMEN REGION IN THE PERIOD FROM 2008 TO 2017

N.M. Fedorov, E.A. Shmalts

Tyumen State Medical University, Russia

Cancer of the trachea, bronchi and lungs are the most acute problem of modern oncology. The problem of lung cancer is relevant for the Tyumen region. In the study period, there is an increase in the incidence (from 42.0 in 2008 to 47.09 in 2017), the growth rate is 11.96%. Significantly increased the percentage of detection of lung cancer during preventive examinations – 40.82% and the proportion of morphologically confirmed diagnoses: in 2008 – 56.50%, in 2017 – 73.96%. A significant increase in the proportion of patients in whom

cancer was detected at the I-II stage (2008 - 29.76%, in 2017 – 34.34%, increase - 13.34%) is determined. The mortality rate during the first year of life is steadily decreasing (in 2008. – 55.40%, in 2017. – 39.48%), there is a negative increase, which is -31%. In the dynamics of mortality from lung cancer, there is a decrease, since in 2008 the mortality rate was 35.48 per 100 thousand population, and in 2017 – 28.5, the increase is negative (-19.67%).

Keywords: lung cancer, epidemiology, morbidity, mortality

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ЖЕЛУДКА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ЗА ПЕРИОД 2008-2017 гг.

А.И. Фадеева, Н.М. Федоров

Тюменский государственный медицинский университет

Приводится сравнительный анализ данных о заболеваемости и смертности от рака желудка населения юга Тюменской области (ТО), Уральского Федерального округа (УрФО) и Российской Федерации (РФ) с 2008 по 2017 гг. По данным областного популяционного канцер - регистра относительный (грубый) показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) желудка в ТО за анализируемый период снизился с 23,91 до 22 на 100 тыс. среднегодового населения, прирост за данный период времени достиг -1,7%, среднегодовой темп прироста (СГТП) – -0,19%. Аналогичные данные по РФ составили 28,61‰ (УрФО – 26,34‰) и 25,4‰ (УрФО – 24,96‰), темп прироста – -2,8% (УрФО – -1,19%), а СГТП – -0,31% (УрФО – -0,13%), что несколько выше показателей по Тюменской области. Показатели одногодичной летальности от рака желудка в ТО снизились за 2008-2017 гг. с 56,59% до 43,8%. В структуре смертности населения ТО от злокачественных новообразований (ЗНО) желудка в 2017 г., грубые показатели составляют – 13,91 (РФ – 19,4, УрФО – 18,52), «стандартизованные» – 8,93 (РФ – 10,3, УрФО – 10,52), в 2008 г. соответственно – 19,97 (РФ – 25,39, УрФО – 22,75) и 15,21 (РФ – 15,02, УрФО – 14,77) на 100 тыс. населения. Авторы делают выводы о том, что за период с 2008 по 2017 гг. в Тюменской области отмечается снижение показателей заболеваемости, одногодичной летальности, смертности больных раком желудка.

Ключевые слова: рак, онкология, заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований желудка

По данным IARS (International Agency for Research on Cancer), число новых случаев раком желудка (РЖ) в мире за 2018 год, составляет 1033701 (5,7%) и занимает пятое место среди всех ЗНО в мире [10]. К 2020 г. прогнозируется рост числа заболевших раком органов ЖКТ в мире до 1,5 млн. и, по прогнозам специалистов, ЗНО

желудка, в XXI веке по заболеваемости и смертности выйдет на первое место [1].

Согласно последним опубликованным данным МНИОИ им. П.А. Герцена, в 2017 г. в России распространенность раком желудка составляет 95,4 на 100 тыс. населения. В структуре смертности от злокачественных новообразований лидируют опухоли органов дыхания (трахеи, бронхов, легкого), толстой кишки, желудка, молочной железы, поджелудочной железы [7]. Имеет достаточно характерные территориальные особенности распространения [5, 8, 9].

В Тюменской области с 2008 по 2017 гг., отмечается снижение заболеваемости РЖ, вместе с тем в структуре смертности населения ТО по данным канцер-регистра (ГАУЗ ТО "МКМЦ "Медицинский город") злокачественные опухоли желудка занимают 2 место и составляет 10% [4]. Значительная часть выявляется в распространенной стадии, что ограничивает возможности радикального лечения и переводит больных в категорию паллиативного лечения [3, 6].

Анализ показателей заболеваемости и смертности от рака желудка является важным аспектом в диагностике и лечении данной патологии.

Цель исследования: изучить динамику заболеваемости и смертности от рака желудка на территории Тюменской области в сравнении с Российской Федерацией и Уральским Федеральным округом за 2008-2017 гг.

Материалы и методы:

Нами проведен анализ эпидемиологической ситуации по раку желудка с 2008 по 2017 гг. в Российской Федерации, Уральском Федеральном округе и Тюменской области.

Для анализа данных использовались информационные бюллетени «О состоянии онкологической помощи в Тюменской области 2008-2017 гг.» [4], база данных популяционного ракового регистра в Тюменской области, статистические сборники под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой и сборник ФГБУ «МНИОИ им.П.А.Герцена» Минсоцразвития РФ г. Москва – злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) с 2008 по 2017 г. [2, 7]. Сведения о больных были систематизированы в базе Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования:

В 2017 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 37291 случаев рака желудка (в том числе 21402 мужского и 15889 пациентов женского пола). В Уральском Федеральном округе этот показатель составил 3083 случая. По данным областного популяционного канцер-регистра в 2017 г. по Тюменской области было впервые за-

регистрировано 328 случаев рака желудка (из них мужчин – 182, женщин – 146).

Стандартизованные показатели заболеваемости раком желудка в Тюменской области в 2008 г. составили 15,98, в 2017 г. 14,38 на 100 тыс. населения. В Уральском Федеральном округе эти данные соответствуют 17,39‰ в 2008 г. и 14,74‰ в 2017 г. Наибольшие изменения стандартизованных показателей заболеваемости произошли в РФ: в 2008 г. данные равнялись 17,37‰, а в 2017 г. показатель снизился до 13,88‰ (Рис. 1).

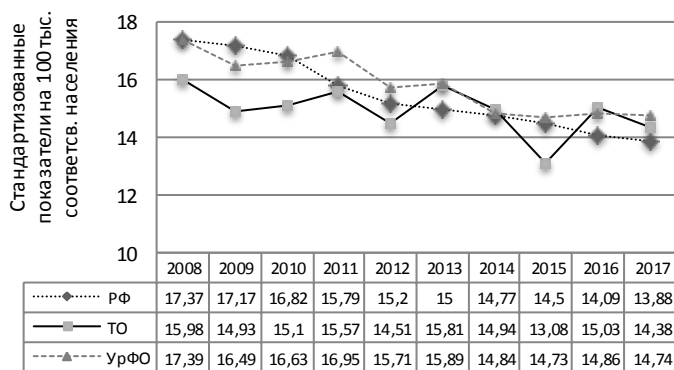


Рис. 1. Стандартизованные показатели заболеваемости РЖ в РФ, УрФО и Тюменской Области за период 2008-2017 гг.

Динамика «грубых» показателей заболеваемости РЖ в ТО за период 2008-2017 гг. снизилась с 23,91 (28,6 по РФ; 26,3 по УрФО) до 22,04 (13,9 по РФ; 14,74 по УрФО) на 100 тысяч населения (Рис. 2).

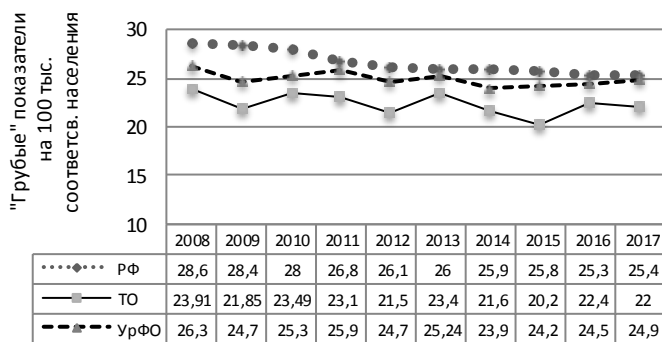


Рис. 2. Динамика «грубых» показателей заболеваемости РЖ в РФ, УрФО и Тюменской Области за период 2008-2017 гг.

Показатель прироста заболеваемости данной локализации за анализируемый период в Тюменской области составил -1,7% (-2,8% по РФ; -1,19% по УрФО), среднегодовой темп прироста соответственно -0,19% (-0,31% по РФ; -0,13% по УрФО).

Доля больных с морфологически подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования в Тюменской области за анализируемый период несколько увеличилась с 80,07% (в РФ – 83,7%; по УрФО – 87,3%) до 86,3% (в РФ – 92,9%; по УрФО – 97,6%).

В Тюменской области в 2008-2017 гг. взято на учет при профилактических осмотрах 226 человек, что составляло 7% от общего числа выявленных больных. Наибольшее число выявленных активно – 133 человека (58,8%), пришлось на 2016-2017 гг., что, по нашему мнению, связано с внедрением скрининговых программ. Удельный вес активно выявленных случаев ЗНО желудка в Тюменской области в 2017 г. составил 21,4% (2008 г. – 3,62%), в РФ – 13,2% (2008 г. – 4,6%) и УрФО – 13,7% (2008 г. – 6%). С I стадией заболевания на профилактических осмотрах в ТО в 2017 году было зарегистрировано 8 человек (в 2008 году – n=3), со II ст. соответственно 10 человек (в 2008 году – n=8), III ст. – 22 человека (в 2008 году – n=3) и с IV стадией – 25 человек (в 2008 году – n=3).

В период с 2008-2012 гг., в Тюменской области рак *in situ* желудка был диагностирован у 15 больных, что составило 35,7% от общего числа больных с данным диагнозом. Аналогичные показатели за 2013-2017 гг. – 27 человек (64,3%).

В Тюменской области удельный вес больных с I-II стадиями ЗНО желудка в 2008 г. составил 35,28% (в РФ – 25,1%, в УрФО – 25,6), в 2017 г. – 32,8% (в РФ – 33,9%, УрФО – 33,2%), III стадии – 21,04% (в РФ – 27,4%, в УрФО – 30,7%), в 2017 г. – 23,4% (РФ – 23,8%, УрФО – 21,5%) и IV стадии – 41,1% (РФ – 42,4%, УрФО – 42,6%), в 2017 г. – 43,8% (РФ – 39,9%, УрФО – 44,8%). Удельный вес больных с I-II стадией рака желудка за анализируемый период в Тюменской области снизился, но в Российской Федерации и Уральском Федеральном округе произошло увеличение показателя, с одновременным снижением запущенных форм заболевания.

Доля больных, состоявших на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления диагноза злокачественного новообразования, от числа состоящих на учете на конец отчетного года в ТО в 2017 году составила 51,2%, что ниже данных в 2008 году, где показатель равнялся 51,9%, в РФ – 56,4% и УрФО – 54,6%.

В Тюменской области за последние 10 лет, отмечается снижение показателя однодневной летальности от злокачественных опухолей желудка с 56,59% в 2008 г. до 43,9% в 2017 г. (прирост составил -9,1%, среднегодовой прирост – -1,06%). По России анализируемый показатель составил 54,1%, и 46,6%, соответственно (прирост – -3,1%,

среднегодовой прирост – -0,3%). В Уральском ФО однодневная летальность снизилась с 54,1% в 2008 г. до 47,7% в 2017 г. (прирост – -2,36%, среднегодовой прирост – -0,26%). (Рис. 3).

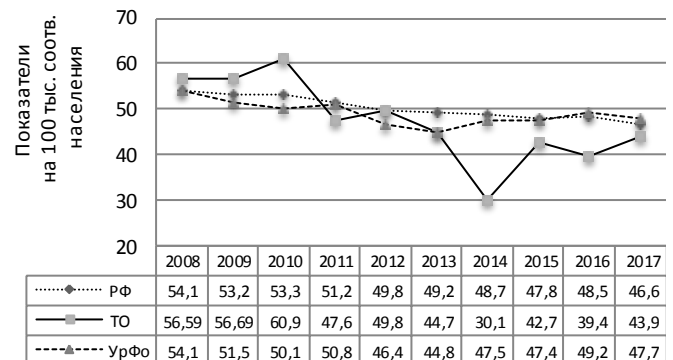


Рис. 3. Динамика однодневной летальности населения от РЖ за 2008-2017 гг.

Отношение показателей однодневной летальности от рака желудка отчетного года к запущенности (IV ст.) предыдущего отчетного года, превышает единицу в регионах России, что может свидетельствовать о частоте клинических ошибок и недостатках учета. По Тюменской области за 2008 год данный показатель составил 1,24, в 2017 г. произошло его снижение до 0,9, в Российской Федерации соответственно с 1,27 до 1,15 (в Уральском Федеральном округе с 1,24 до 1,1).

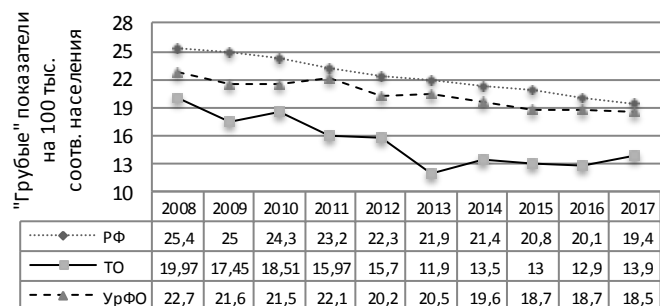


Рис. 4. Динамика смертности населения от РЖ за 2008-2017 гг.

Стандартизованный показатель смертности населения Тюменской области от рака желудка за анализируемый период снизился с 15,21 до 8,9 (в РФ с 15,02 до 10,6, в УрФО с 14,77 до 10,52) на 100 тыс. населения.

На рис. 4, представлена динамика смертности от РЖ населения РФ, УрФО и ТО за последние 10 лет. В Тюменской области «грубый» показатель варьировал от 19,97‰ в 2008 г. до 13,9‰ в 2017 г. (по России – 25,39‰ до 19,42‰, по УрФО – 22,75‰ до 18,52‰). Прирост

смертности по Тюменской области от ЗНО желудка составил – 9,2% (по РФ – 5,7%, по УрФО – 4,47), среднегодовой темп прироста – 1,07% (по РФ – 0,6%, по УрФО – 0,5).

Выводы:

1. В Тюменской области за период с 2008-2017 гг. отмечается снижение показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями желудка, что может быть связано с внедрением скрининговых программ для населения ТО и большей выявляемостью.

2. Процент больных, выявленных при проведении профилактических осмотров увеличился с 3,62% в 2008 г. до 21,4% в 2017 г., в то время как в Российской Федерации соответственно 4,6% до 13,2%, в УрФО с 6% до 13,7%.

3. В Тюменской области в анализируемый период уменьшились показатели одногодичной летальности на 9,1% (в РФ – на 3,1%, в УрФО – 2,36%) и смертности от рака желудка на 9,2% (в РФ – на 5,7%, в УрФО – на 4,5%).

Литература:

1. Баранская Е.К., Ивашкин В.Т. Клинический спектр предраковой патологии желудка // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2002. Т. 12, № 3. С. 18-25.
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 г. / Статистический сборник. МНИОИ институт им. П.А. Герцена. 2018.
3. Круглов А.Н., Дрогомирецкая Е.И., Топузов Э.Э. и др. Некоторые аспекты лечения распространенного рака желудка // Академический журнал Западной Сибири. 2016. Т. 12, № 4. С. 51-56.
4. Кудряков А.Ю., Елишев В.Г., Зуев В.Ю., Гайсин Т.А., Гайсина Е.А., Зотов П.Б., Федоров Н.М., Е.Б., Подгальная, Зотин Ю.С. О состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2017 год: информационный бюллетень. Тюмень, 2018. 46 с.
5. Мезенцева А.М., Сабирова К.М. Территориальные аспекты распространения онкологических заболеваний в Приморском крае // Научный форум. Сибирь. 2016. Т. 2, № 1. С. 52-53.
6. Прохорченко А.В. Структура диспепсических нарушений и астении у больных распространенным раком желудка // Академический журнал Западной Сибири. 2014. Т. 10, № 1. С. 14-15.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) в 2017 г. / Статистический сборник. МНИОИ им. П.А. Герцена. 2018.
8. Brenner H., Rothenbacher D., Arndt V. Epidemiology of stomach cancer // Methods Mol. Biol. 2009. № 472. P. 467-477.
9. Jemal A., Bray F., Center M.M. et al. Global cancer statistics CA: A Cancer // J. for Clinicians. 2011. № 61. P. 69-90.
10. The Global Cancer Observatory, September, 2018.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ГОРТАНИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ЗА ПЕРИОД 2008-2017 гг..

*И.И. Бакиев, Н.М. Федоров,
А.Ю. Кудряков, Р.Ф. Байбикова*

Тюменский государственный медицинский университет

В статье дан краткий обзор эпидемиологии рака гортани (РГ) в Тюменской области (ТО), Уральском феде-

ральном округе и России за период 2008-2017 гг. Смертность от рака гортани в Тюменской области за исследуемый промежуток времени практически снизилась в 2 раза. Увеличился удельный вес больных с РГ, выявленных при проведении профосмотров в 5 раз. Коэффициент отношения одногодичной летальности к IV ст. снизился в 2 раза. Снизилась одногодичная летальность при РГ в Тюменской области в 2 раза.

Ключевые слова: рак гортани, заболеваемость, смертность

Среди злокачественных опухолей на долю рака гортани в России в 2017 г. приходится 4,7%. В структуре онкозаболеваемости РГ среди мужского населения занимает 10-е место и составляет 2,3% [2]. Ежегодно в России первичный диагноз рака гортани устанавливают у 6–7 тыс. пациентов. Следует заметить, что ЗНО органов дыхания многие годы находятся в лидирующей тройке. К проксимальным отделам этой системы относятся болезни, среди которых львиная доля (до 90%) приходится на рак гортани, с первично установленным диагнозом в III ст. у 36,5%, в III – у 18,7% и в IV – у 43,2% больных [2, 5].

Неравномерность распределения рака гортани на территории Российской Федерации (от 1 до 4% в зависимости от региона) возможно объяснить различиями влияния на организм не только табакокурения, употребления алкоголя, профессиональными вредностями и хроническими заболеваниями, но и непосредственным воздействием канцерогенных и модифицирующих факторов окружающей среды с рядом климато-географических особенностей, которые могут провоцировать развитие онкоэпидемиологических процессов и, следовательно, являться этиологическими причинами ЗНО у человека [1, 4, 6].

Несмотря на доступность гортани к обследованию, и возможности скрининга злокачественных опухолей этого органа без применения сложных инструментальных методов исследования, показатель запущенности при ЗНО гортани достаточно высок. Этим объясняется высокая смертность больных с данной патологией [1].

В Тюменской области эпидемиологический анализ онкологической ситуации проводится систематически [3, 4, 7]. Настоящая статья является частью этой работы.

Цель работы: изучение статистических данных, характеризующих эпидемиологию ЗНО гортани в Тюменской области с 2008-2017 гг. с сопоставлением полученных результатов с показателями Российской Федерации и УрФО.

Материалы и методы.

Изучение вопросов эпидемиологии рака гортани проводилось по материалам, взятым из сборников: «О состоянии онкологической помо-

щи в Тюменской области за 2017 г. [5], «Состояние онкологической помощи населению России в 2017 г.» [8], «Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность)» в 2017 г.» [3], «Состояние онкологической помощи населению России в 2008 году [7].

Все полученные показатели были обработаны с использованием статистических формул расчета среднегодового темпа прироста и прироста базисным методом.

Результаты исследования.

Динамика «грубых» показателей заболеваемости раком гортани в Тюменской области практически не изменилась с 3.03 (2008 г.) до 3.11 (2016 г.) на 100 тыс. населения.

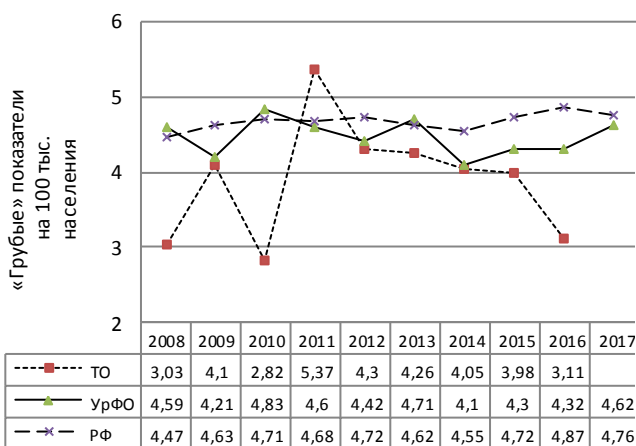


Рис. 1. Динамика показателей заболеваемости раком гортани в РФ, УрФО, ТО за 2008-2017 гг.

Аналогичный показатель в УрФО также не имеет значительных изменений с 4,59 (2008 г.) до 4,6 (2017 г.) на 100 тыс. населения (9,14 ‰ среди мужчин; 0,63 ‰ и 0,73 ‰ среди женщин). По Российской Федерации динамика «грубых» показателей заболеваемости РГ населения существенно не изменилась и в сравнении с УрФО составляет 4,74‰ (2008 г.) и 4,76‰ (2017 г.) (9,65 и 9,52‰ среди мужчин; 0,51 и 0,65‰ среди женщин) (Рис. 1).

Среднегодовой темп прироста (СГТП) «грубых» показателей заболеваемости на 100 тыс. населения ЗО гортани в Тюменской области за 10 лет составил 0.29%; в Уральском федеральном округе – 0,07% (-0,09% у мужчин; 1,65% у женщин); в РФ – 0,05% (-0,15% у мужчин; 2,73% у женщин). Прирост «грубых» показателей заболеваемости на 100 тыс. населения РГ в ТО составил 2,64%; в УрФО – 0,65% (-0,76% у мужчин; 15,87% у женщин), в РФ – 0,42% (-1,34% у мужчин; 27,4% у женщин).

Стандартизированные показатели заболеваемости ЗО гортани по УрФО за 10 лет имеют тен-

денцию к снижению с 3,24 до 2,94 на 100 тыс. населения (7,68 и 6,77‰ среди мужчин; 0,38 и 0,40‰ среди женщин). Аналогичный показатель по РФ также практически не отличаются от УрФО с 3,23 (2008 г.) до 2,89 (2017 г.); (7,56 и 6,58‰ среди мужчин; 0,31 и 0,36‰ среди женщин).

Среднегодовой темп прироста стандартизированных показателей заболеваемости на 100 тыс. населения по ЗО гортани в УрФО составляет -1,07% (-1,39% у мужчин; 0,57% у женщин); в РФ СГТП равен 1,23% (-1,53% у мужчин; 1,68% у женщин). Прирост стандартизированных показателей ЗО гортани в УрФО составляет -9,25% (-11,84% у мужчин; 5,26% у женщин), в России прирост равен -10% (-12,9% у мужчин; 16,1% у женщин).

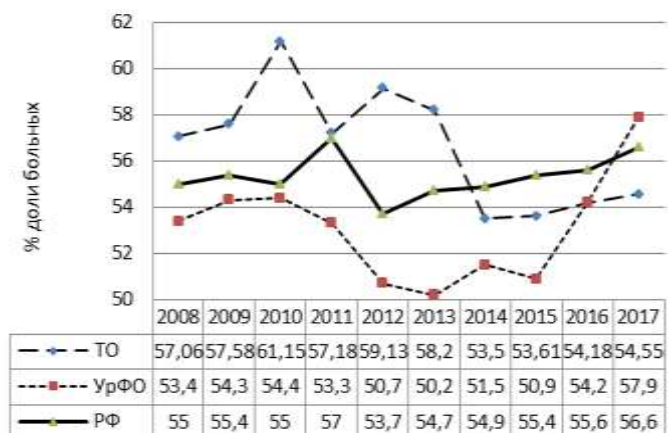


Рис. 2. Пятилетняя выживаемости с раком гортани в ТО, УрФО, РФ в 2008-2017 гг.

Доля больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установки диагноза ЗНО гортани, от числа состоящих на учете на конец отчетного года в ТО в 2008 г. составляла 57,06% к 2017 г., показатель снизился на 2,51% и составил 54,5%. В УрФО этот же показатель увеличился с 53,4% до 57,9%, как и в РФ увеличился с 55% до 56,6% (Рис. 2).

Удельный вес пациентов с установленным морфологическим диагнозом ЗО гортани в ТО в 2008 г. составил 100%, а к 2017 г. показатель снизился на 6,9% и составил 93,1%. В УрФО этот же показатель увеличился с 93,3% до 96,5%, а в РФ увеличился с 92,2% до 96,3%.

Удельный вес больных с РГ, выявленных при проведении профилактических осмотров в Тюменской области в 2008 г. составил 5,26%, а в 2017 г. увеличился на 15,79% и составил 21,05%. Аналогичный показатель в УрФО увеличился с 4,7% до 9,0%; в РФ с 4,7% до 12,0%.

Летальность больных в течение года, с момента установления диагноза ЗНО гортани, в ТО имеет отчетливо прослеживаемую тенденцию к

снижению данного показателя с 20,83% в 2008 г. до 12,50% в 2017 г. Показатель одногодичной летальности по УрФО снизился с 34,6% до 26,9% и в РФ с 28,1% до 23,0% (Рис. 3).

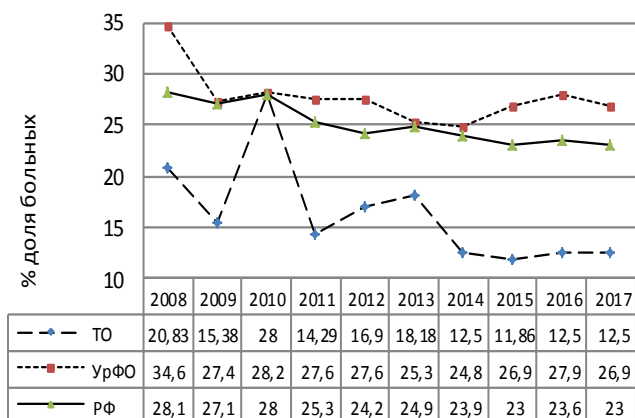


Рис. 3. Одногодичная летальность при 30 гортани в ТО, УрФО, РФ в 2008-2017 гг.

Отношение показателя одногодичной летальности к показателю запущенности заболевания (IV стадия) за анализируемый период в ТО в 2008 г. составил 2,64, а в 2017 г. составил 1,2. Он характеризует более точное установление стадий ЗНО гортани и считается положительным при значении менее единицы. Данный коэффициент по УрФО снизился с 2 до 0,85, по РФ коэффициент снизился с 1,76 до 1,13.

«Грубые» показатели смертности от ЗНО гортани в ТО снизились с 2,8 в 2008 г. до 1,8 в 2017 г. на 100 тыс. населения. По УрФО анализируемый показатель снизился с 3,04 до 2,48‰ (6,16 и 4,81‰ среди мужчин; 0,32 и 0,44‰ среди женщин). По РФ аналогичный показатель смертности также снизился с 3,21 до 2,78‰ (6,63 и 5,67‰ среди мужчин; 0,27 и 0,29‰ среди женщин) (Рис. 4).

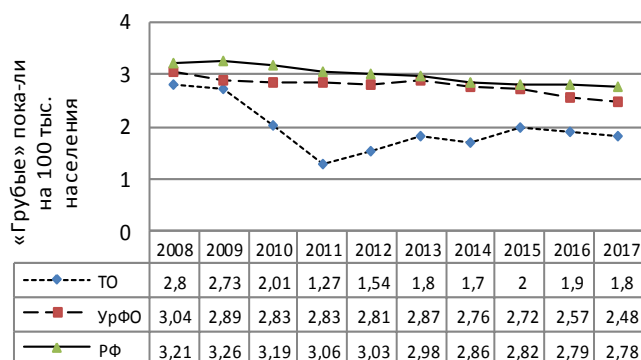


Рис. 4. Динамика показателей смертности от ЗНО гортани в РФ, УрФО, ТО за 2008-2017 гг.

Среднегодовой темп прироста «грубых» показателей смертности на 100 тыс. населения по

Тюменской области составил -4,79%; по УрФО СГТП составил -2,24% (-2,71% у мужчин; -21,91% у женщин); по РФ -1,59% (-1,72% у мужчин; 0,8% у женщин). Прирост «грубых» показателей смертности на 100 тыс. населения в ТО составил -35,7%; в УрФО прирост составил -18,42% (-21,91% у мужчин; -21,91% у женщин); в Российской Федерации – -13,3% (-21,91% у мужчин; -21,91% у женщин).

Стандартизированные показатели смертности от ЗНО гортани по УрФО за 10 лет имеют тенденцию к снижению с 2,1 (2008 г.) до 1,58 (2017 г.) на 100 тыс. населения (5,22‰ и 3,7‰ среди мужчин; 0,18‰ и 0,23‰ среди женщин). Аналогичный показатель по РФ также практически не отличается от УрФО 2,09‰ и 1,65‰ (5,14‰ и 3,91‰ среди мужчин; 0,14‰ и 0,15‰ среди женщин).

Среднегодовой темп прироста стандартизированных показателей смертности на 100 тыс. населения по Уральскому федеральному округу составил -3,11% (-3,75% у мужчин; 2,76% у женщин); в РФ – -2,59% (-2,99% у мужчин; 0,77% у женщин).

Прирост стандартизированных показателей смертности на 100 тыс. населения в УрФО составил -24,76% (-29,11% у мужчин; 27,77% у женщин); в РФ – 21% (-23,9% у мужчин; 7,14% у женщин).

Выводы:

Анализ статистических данных свидетельствует о снижении в Тюменской области за 2008-2017 гг.: одногодичной летальности в 2 раза, смертности от ЗНО гортани практически в 2 раза. Увеличение в 5 раз удельного веса больных РГ, выявленных при проведении профилактических осмотров в Тюменской области, в то время как в России данный показатель увеличился в 3 раза, а в УрФО в 2 раза. Коэффициент отношения одногодичной летальности к IV ст. в Тюменской области с 2008 г. к 2017 году снизился в 2 раза. Снижение доли больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях с ЗНО гортани в ТО 5 лет более, на 2,5% за последние 10 лет, на фоне увеличения данного показателя в УрФО и России. Таким образом, полученные данные позволяют определить приоритетные направления развития онкологической службы региона.

Литература:

1. Васильев В.С., Яйцев С.В., Васильев Ю.С., Овчар Е.К. Клинико-эпидемиологическая характеристика злокачественных новообразований гортани в Челябинской области в 1997-2006 гг. // Медицинская наука и образование Урала. 2009. Т. 10, № 1. С. 86-88.
2. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018.
3. Кудряков А.Ю., Елишев В.Г., Зуев В.Ю., Гайсин Т.А., Гайсина Е.А., Зотов П.Б., Федоров Н.М., Е.Б., Подгальная, Зотин Ю.С. О

- состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2017 год: информационный бюллетень. Тюмень, 2018. 46 с.
4. Ральченко Е.С., Книга М.Ю. Некоторые показатели онкологической заболеваемости на юге Тюменской области // Научный форум. Сибирь. 2016. Т. 2, № 1. С. 55-56.
 5. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А.Герцена, 2018.
 6. Тенденции и динамика загрязнения природной среды Российской Федерации на рубеже XX–XXI веков / Федеральная служба по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды / под ред. Ю.А. Израэля. М.: Росгидромет, 2007. 64 с.
 7. Федоров Н.М., Зотов П.Б., Подгальная Е.Б. и соавт. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения Тюменской области в 2017 году // Академический журнал Западной Сибири. 2018. Т. 14, № 5. С. 12-15.

EPIDEMIOLOGY OF LARYNGEAL CANCER IN THE TYUMEN REGION, THE URAL FEDERAL DISTRICT AND RUSSIA

*I.I. Bakiyev, N.M. Fedorov,
A.Yu. Kudryakov, R.F. Baibikova*

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

The article gives a brief overview of the epidemiology larynx of cancer (LC) in the Tyumen region (TR), the Urals Federal District (UFD) and the Russian Federation (RF) for the period 2008-2017. Mortality from malignant neoplasms of the larynx in the Tyumen region during the study time period has decreased almost twofold. The proportion of patients with LC, detected during preventive examinations increased by 5-fold. The ratio of one-year mortality to stage IV decreased by 2 times. One-year mortality in the LC in the Tyumen region decreased twofold.

Keywords: laryngeal cancer, morbidity, mortality

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ЗА ПЕРИОД С 2008 ПО 2017 гг.

*К.И. Мишин, Н.М. Фёдоров,
А.Ю. Кудряков, В.Н. Ощепков*

Тюменский государственный медицинский университет

Приводятся данные о заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований предстательной железы (РПЖ) мужского населения в Тюменской области (ТО) сравнительно с аналогичными показателями по Российской Федерации (РФ) и Уральском федеральном округе (УрФО) в 2008 по 2017 гг. По данным Тюменского популяционного канцер-регистра заболеваемость РПЖ в Тюменской области за анализируемый период увеличилась почти в 3 раза с 31,24 до 80,94. Количество пациентов, взятых на учет активно возросло в 2 раза с 34,6% в 2008 г. до 64,2% в 2017 году. Морфологическая верификация РПЖ за прошедшие годы увеличилась с 95,6% до 98,6% в 2008 и 2017 гг. соответственно. Показатель одногодичной летальности больных РПЖ в ТО за анализируемый период уменьшился с 17,7% до 3,2%, смертность – с

13,02 до 9,4 соответственно. В заключении авторы делают выводы о том, что полученные результаты объясняются реализацией скрининговых программ в Тюменской области по раннему выявлению злокачественных новообразований (ЗНО) предстательной железы, повышением уровня онкологической настороженности врачей общей лечебной сети, а также внедрением в практику современных методов диагностики и лечения МКМЦ «Медицинский город».

Ключевые слова: рак предстательной железы, заболеваемость, смертность, скрининг, Тюменская область

Результаты эпидемиологических исследований в мире в 2017 г. свидетельствуют о том, что рак предстательной железы является одним из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований (ЗНО) у мужчин [3]. В России рак предстательной железы как причина смерти в 2017 г. занимает 3-е место. Возраст больных раком предстательной железы является наиболее важным эпидемиологическим фактором. Доказательством тому служит тот факт, что у 70% мужчин старше 80 лет имеются различные формы злокачественных опухолей данной локализации [1, 6]. Пик заболеваемости приходится на период от 65 до 77 лет. Риск заболеть РПЖ в 2–3 раза выше у мужчин, у ближайших родственников которых злокачественная опухоль простаты была выявлена в относительно молодом возрасте [1, 7]. В последние годы, в связи с широким внедрением скрининга РПЖ, средний возраст больных с впервые выявленным раком предстательной железы существенно снизился и составляет 50 лет [2, 6].

Во всем мире заболеваемость и смертность от данной патологии неуклонно возрастают. В структуре онкологической заболеваемости в ряде стран РПЖ уже выходит на 1-е место [11]. В России в 2017 г. зарегистрировано 36725 новых случаев заболевания и 12,52 тыс. смертей от РПЖ. Заболеваемость РПЖ в РФ в 2017 г. составила 59,91 на 100 тыс. мужского населения. Прирост заболевших данной опухолью мужского населения России за период с 2008 по 2017 гг. составил 160,5% [3].

В Тюменской области эпидемиологический анализ онкологической ситуации проводится систематически [4, 8, 10]. Настоящая статья является частью этой работы.

Цель работы: сравнение динамики показателей заболеваемости и смертности рака предстательной железы на территории Тюменской области с аналогичными данными по Российской Федерации и Уральского федерального округа за период 2008–2017 гг..

Материалы исследования: информационные бюллетени «О состоянии онкологической помощи в Тюменской области 2008-2017 гг.» [5].

Также были использованы годовые формы государственной статистической отчетности №35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями» и №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» в 2008-2017 гг. Статистические сборники под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой «Состояние онкологической помощи населению России в 2008-2017 гг.», «Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) в 2008-2017 гг.» ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава РФ, г. Москва [3, 9].

Результаты и обсуждение:

В Тюменской области в 2017 году выявлено 565 случаев рака предстательной железы (в РФ-36725 случаев, в УрФО-3197), заболеваемость составила 80,94 на 100 тыс. населения (59,91 и 60,95 на 100 тыс. населения в РФ и УрФО соответственно). В структуре заболеваемости злокачественных новообразований среди мужского населения в 2017 году в Тюменской области рак предстательной железы впервые вышел на 1 место и составил 19,7%. В России и Уральском федеральном округе РПЖ остается на 2 месте.

«Грубые» показатели заболеваемости РПЖ в ТО (Рис. 1) за период 2008-2017 гг. возросли с 31,24 (33,6 и 33,1 – в РФ, УрФО) до 80,94 на 100 тысяч мужского населения (59,91 и 60,95 – в РФ и УрФО).

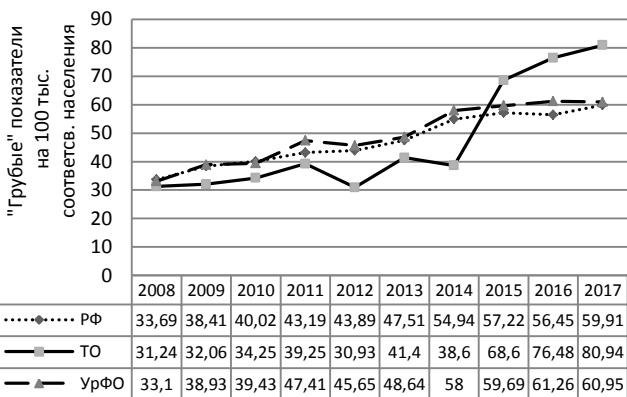


Рис. 1. Динамика заболеваемости рака предстательной железы в ТО, РФ и УрФО за период 2008-2017 гг.

Показатель абсолютного прироста заболеваемости данной злокачественной опухоли (ЗО) за анализируемый период составил 160,5% (в РФ – 77,8%; в УрФО – 84,1%), среднегодовой темп прироста достиг значения 0,93% (в РФ – 0,89%; в УрФО – 0,93%).

Как видно из рис. 1, наиболее высокий рост заболеваемости ЗНО простаты в Тюменской области отмечен в период с 2014-2017 гг., в отличие от РФ и УрФО, где аналогичные данные значительно ниже.

Благодаря принятой в 2008 году на территории юга ТО программе ПСА – скрининга в мужской популяции, количество активно взятых на учет пациентов с ЗНО предстательной железы возросло за анализируемый период с 34,6% до 64,2% (в РФ – с 15,4% до 30,7% и в УрФО – с 19,7% до 49,3%).

К 2017 г. удельный вес морфологически подтвержденных диагнозов РПЖ в Тюменской области достиг 98,6%, при этом в 2008 г. данный показатель составлял 95,6%. В Российской Федерации аналогичные данные также выросли за анализируемый период времени с 89% до 95,4%, в УрФО с 91,8% до 95,2%.

В связи с тем, что за анализируемый период мы не имеем данных по детализации ЗНО простаты с 2008 по 2010 гг., в анализ были взяты показатели за 2011-2017 гг. Удельный вес больных с I стадией рака предстательной железы в ТО уменьшился с 7% в 2011 г. до 5,8% в 2017 г. (в РФ – увеличение с 8,5% до 12,9%; в УрФО – с 7,8% до 15,1%), со II стадией – соответственно увеличение с 34,3% до 53,6% (в РФ – с 39,2% до 44,1%; в УрФО – с 42,7 до 44,7%). Процент больных с III ст. РПЖ уменьшился за исследуемый период времени с 26,1% до 25,3% (в РФ – с 32,8% до 23,9%; в УрФО – с 29,9% до 19,4%), с IV ст. – с 34,7% до 15,7% (в РФ – увеличение с 17,4% до 18,1%; в УрФО – с 18,5 до 19,9%).

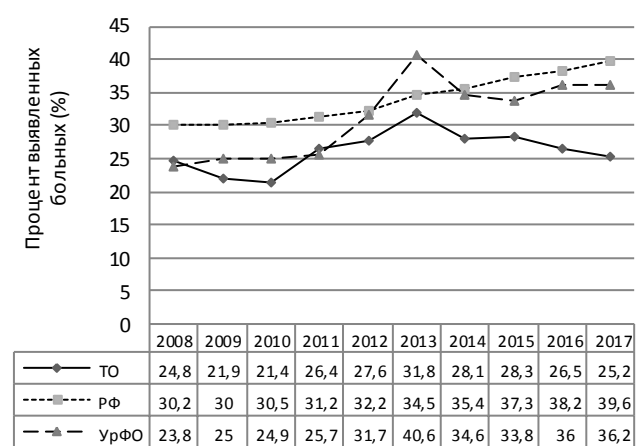


Рис. 2. Доля больных, состоявших на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установленного диагноза РПЖ от числа состоявших на учете на конец отчетного года в ТО, РФ и УрФО за период 2008-2017 гг.

В Тюменской области за анализируемый период доля больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления диагноза «Злокачественное новообразование предстательной железы», от числа состоящих на учете на конец года увеличилась с

24,8%. до 25,2%. Аналогичный показатель в Российской Федерации также повысился с 30,2% до 39,6%, в Уральском федеральном округе – с 23,8% до 36,2% (Рис. 2). Прирост показателя пятилетней выживаемости с момента установления диагноза ЗНО предстательной железы по Тюменской области составил 1,6% (по РФ – 31,1%; по УрФО – 52,1%).

За рассматриваемый период времени отмечается снижение одногодичной летальности мужского населения от злокачественных опухолей простаты в ТО с 17,7% до 3,2%. По РФ данный показатель составил в 2008 г. 15,0%, и 8,1% в 2017 г., соответственно, в УрФО – 15,9% и 7,6% (Рис. 3). Прирост одногодичной летальности по Тюменской области от ЗНО простаты составил – 81% (по РФ в 2017 г. – 46%; по УрФО в 2017 г. – 52,2%).

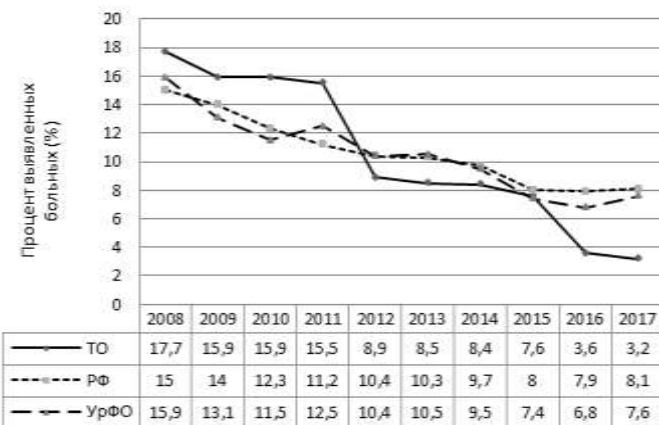


Рис. 3. Динамика одногодичной летальности населения от рака предстательной железы в ТО, РФ и УрФО за период 2008-2017 гг.

Важным фактором анализа эпидемиологической картины ЗНО предстательной железы является показатель соотношения одногодичной летальности к запущенности. Данное значение свидетельствует о частоте ошибок в части оценки распространённости опухолевого процесса у больных с данной патологией и недостатках учета. По Тюменской области данный параметр составил 0,2, по Российской Федерации – 0,46, по Уральскому федеральному округу – 0,43.

В Тюменской области «грубый» показатель смертности от РПЖ снизился с 13,02 в 2008 г. до 9,4 в 2017 г. на 100 тысяч мужского населения, в то же время аналогичный показатель в Российской Федерации и Уральском федеральном округе вырос с 14,39 до 18,46 и с 13,28 до 18,75 соответственно (Рис. 4). Прирост смертности по ТО от ЗНО простаты составил – 27% (по РФ в 2017 г. – 28%; по УрФО в 2017 г. – 41,1%), среднегодовой темп прироста равнялся – 1,2% (по РФ в 2017 г. – 1,07%; по УрФО в 2017 г. – 1,08%).

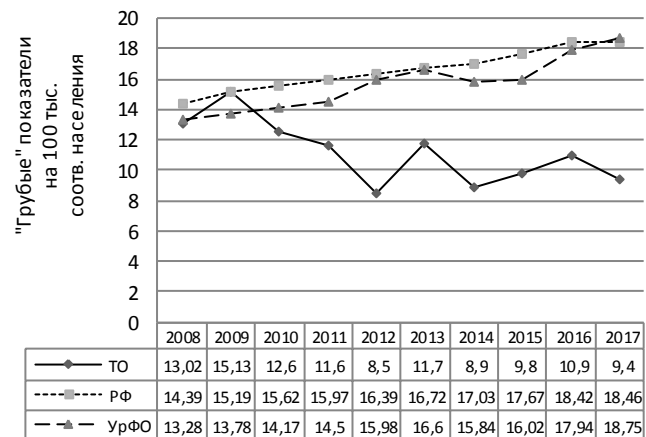


Рис. 4. Динамика смертности населения от рака предстательной железы в ТО, РФ и УрФО за период 2008-2017 гг.

Выводы:

Таким образом, анализ приведенных данных за период 2008-2017 гг. свидетельствует об актуальности проблемы рака предстательной железы для Тюменской области, обусловленной ростом показателя заболеваемости на 49,7 на 100 тыс. населения от данной патологии, количества активно взятых на учет пациентов с ЗНО предстательной железы на 29,6%, увеличением удельного веса морфологически верифицированных диагнозов РПЖ на 3%, показателя пятилетней выживаемости на 0,4%, снижением в динамике доли больных, выявленных в III-IV стадиях заболевания на 0,8% и 19% соответственно, значительным уменьшением показателя одногодичной летальности на 14,5% и данных по смертности населения от РПЖ на 3,62 на 100 тысяч населения.

Полученные результаты объясняются реализацией скрининговых программ в Тюменской области по раннему выявлению злокачественных новообразований предстательной железы, повышением уровня онкологической настороженности врачей общей лечебной сети, а также внедрением в практику современных методов диагностики и лечения ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город».

Литература:

1. Аксель Е.М. Эпидемиология рака предстательной железы. М., 2005.
2. Ганов Д.И., Федоскина А.В., Варламов С.А. и др. Эпидемиология рака предстательной железы в Алтайском крае // Российский онкологический журнал. 2014. № 6. С. 40-43.
3. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018.
4. Зырянов А.В., Федоров Н.М., Зотов П.Б., Ощепков В.Н. Анализ показателей заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения Тюменской области // Академический журнал Западной Сибири. 2016. Т. 12, № 3. С. 86-88.
5. Кудряков А.Ю., Елишев В.Г., Зуев В.Ю., Гайсин Т.А., Гайсина Е.А., Зотов П.Б., Федоров Н.М., Е.Б., Подгальная, Зотин Ю.С. О состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2017 год: информационный бюллетень. Тюмень, 2018. 46 с.

6. Петросян А.С. Онкоурологическая патология на юге Тюменской области // Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9, № 4. С. 58-59.
7. Пропашев Ю.Ю., Ощепков В.Н. Вопросы диагностики рака предстательной железы // Научный форум. Сибирь. 2017. Т. 3, № 2. С. 40-42.
8. Ральченко Е.С., Книга М.Ю. Некоторые показатели онкологической заболеваемости на юге Тюменской области // Научный форум. Сибирь. 2016. Т. 2, № 1. С. 55-56.
9. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: 2018. С. 236.
10. Федоров Н.М., Зотов П.Б., Подгальная Е.Б. и соавт. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения Тюменской области в 2017 году // Академический журнал Западной Сибири. 2018. Т. 14, № 5. С. 12-15.
11. The Global Cancer Observatory, September, 2018.

ANALYSIS OF MORBIDITY AND MORTALITY FROM PROSTATE CANCER IN THE TYUMEN REGION IN COMPARISON WITH THE RUSSIAN FEDERATION AND THE URAL FEDERAL DISTRICT FOR THE PERIOD FROM 2008 TO 2017

*N.M. Fedorov, K.I. Mishin,
A.Yu. Kudryakov, B.N. Oshepkov*

Tyumen State Medical University, Russia
Medical Center "Medical City", Tyumen

The article deals with the main issues of the epidemiology of prostate cancer in the Tyumen region, the Russia and the Ural Federal district for the period from 2008 to 2017. According to the Tyumen population cancer register, the incidence of prostate cancer in the Tyumen region for the analyzed period increased almost 3 times from 31.24 to 80.94. The number of registered patients has actively increased by 2 times from 34.6% in 2008. up to 64.2% in 2017. Morphological verification of prostate cancer over the past years increased from 95.6% to 98.6% in 2008 and 2017 respectively. The one-year mortality rate of patients with prostate cancer in the OT over the analyzed period decreased from 17.7% to 3.2%, the mortality rate from 13.02 to 9.4, respectively. In conclusion, the authors conclude that the results are explained by the implementation of screening programs in the Tyumen region for the early detection of prostate malignant neoplasms of the prostate gland, an increase in the level of oncologic alertness of general medical doctors, and the implementation of modern methods of diagnosis and treatment of Medical Center «Medical City».

Keywords: prostate cancer, morbidity, mortality, screening, Tyumen region

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДИКИ БИОПСИИ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИО-ФАРМПРЕПАРАТА «ТЕХНЕФИТ 99mTc» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Р.Д. Хуснутдинов, Э.Н. Алехин, Н.В. Аверина,
А.Ю. Кудряков, Е.Р. Бородина, Я.В. Новоженев*

ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город», г. Тюмень

В статье представлен краткий анализ применения методики биопсии сигнального лимфатического узла в лечении больных раком молочной железы. Проанализи-

зировано 127 историй болезней пациентов с диагностированным заболеванием, из которых 56 пациентам выполнено оперативное лечение с применением методики биопсии сигнального лимфатического узла.

Ключевые слова: рак молочной железы, биопсия сигнального лимфатического узла

Рак молочной железы (РМЖ) занимает одно из первых мест по заболеваемости и смертности в структуре онкологических заболеваний у женщин как в России, так и в Тюменской области [3, 5].

В связи с улучшением показателей ранней диагностики рака молочной железы, выбор объема хирургического лечения становится актуальной проблемой. В соответствии с Российскими Клиническими рекомендациями по диагностике и лечению больных РМЖ (2018 г.) при хирургическом лечении начальных форм рака рекомендуется выполнять резекцию или мастэктомия с подмышечной лимфаденэктомией. Нередко возникающие послеоперационные осложнения лимфаденэктомии такие как: лимфостаз, нарушение движения в плечевом суставе, формирование серомы, подтолкнули к поиску новых подходов хирургического лечения РМЖ на ранних стадиях. В качестве альтернативы подмышечной лимфаденэктомии была предложена методика биопсии сигнального лимфатического узла [4, 10].

По мнению ряда авторов, этот метод позволяет оценить локорегионарный статус, при котором наличие или отсутствие метастатического поражения сигнального лимфоузла (СЛУ) позволяет определить целесообразность выполнения лимфаденэктомии в полном объеме [1, 6, 8, 9, 11].

В исследовании NSABP B-32, сравнивалась методика биопсии сигнального лимфоузла и подмышечной лимфодиссекции. При отсутствии метастазов в сигнальном лимфоузле лимфодиссекция не проводилась и выполнялась при его поражении. В данном исследовании не было выявлено статистически значимых различий в общей и безрецидивной выживаемости у пациенток, которым проводилась лимфодиссекция или биопсия сигнальных лимфоузлов (БСЛУ). Методика заключается в определении топографии лимфатического узла, связанного с первичным опухолевым очагом (находящийся первым на пути оттока лимфы) и последующим гистопатоморфологическим исследованием.

В настоящее время в России широко используется изотоп-ассоциированный метод определения сигнальных лимфоузлов [1, 2].

В Тюменской области данная методика была впервые внедрена в ГАУЗ ТО «МКМЦ Медицинский город» в 2014 году. За это время выполнено 614 исследований.

Цель исследования: проанализировать двухлетнюю безрецидивную и общую выживаемость у пациентов с раком молочной железы, которым при хирургическом лечении применялась методика биопсия сигнального лимфатического узла с использованием РФП «Технефит-99mTc».

Материал и методы:

В исследование включены истории болезней 127 пациентов с диагностированным раком молочной железы в возрасте от 31 до 75 лет.

Критериями включения в исследование являлось: отсутствие поражения регионарных лимфатических узлов по данным УЗИ и ОФЭКТ/КТ молочных желез, отсутствие оперативного вмешательства на молочной железе и подмышечной области, верифицированный диагноз рак молочной железы 1,2 стадии, пациентам проведено хирургическое лечение в период с 2014 г. по 2015 г.

Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты, которым выполнено оперативное лечение с применением методики БСЛУ с РФП «Технефит 99mTc» (n=56). Вторую – составили пациенты, которым методика БСЛУ не применялась, а была выполнена стандартная подмышечная лимфодиссекция (n=71).

Пациентам из первой группы методика биопсии сигнальных лимфатических узлов выполнялась следующим образом: накануне операции пациентам производилась инъекция радиофармпрепарата «Технефит 99mTc» (коллоид, меченый технецием) с активностью 80-150 МБк (0,5-0,6 мл). Через 60-120 минут после инъекции выполнялась планарная сцинтиграфия на аппарате Siemens Symbia T2 с использованием стандартных протоколов. Всем пациентам препарат вводился периферически. После визуализации на сцинтиграммах сигнальных лимфатических узлов производилась их наружная маркировка при помощи запатентованного устройства (патент РФ №163404).

На следующий день поиск сигнальных лимфатических узлов интраоперационно осуществлялся с помощью гамма - детектора Gamma-Finder по ранее нанесенным меткам на коже. После удаления лимфатического узла проводилось срочное и плановое гистологическое исследование материала.

Результаты и обсуждение:

У пациентов из первой и второй группа признаков наличия локорегионарного рецидива за период наблюдения не отмечено.

Общая двухлетняя выживаемость пациентов в первой группе 98,3%, во второй группе – 94,4% в период проведенного лечения с 2014 по 2015 г.

Периферический путь введения был нами выбран как наиболее оптимальный с учетом полученных результатов предыдущих исследова-

ний, опубликованных ранее. Нами было установлено, что процент визуализации сигнальных лимфатических узлов в значительной степени зависит от пути и способа введения препарата. Наиболее высокий процент успешной визуализации лимфатических узлов отмечен у пациентов с периферическим путем введения [7]. Так же отмечен низкий процент ложноотрицательных результатов при срочном гистологическом исследовании у 2 (3%) пациентов при данном пути введения РФП [7].

Полученные предварительные данные об отсутствии у пациентов регионарных рецидивов и несущественном отличии по показателям общей двухлетней выживаемости между групп, дают обнадеживающие результаты по дальнейшему успешному использованию РФП «Технефит 99mTc» при хирургическом лечении рака молочной железы 1,2 стадиями. В дальнейшем планируется оценить 5-тилетнюю выживаемость у пациентов, которым была проведена операция с применением методики БСЛУ.

Выводы:

Предварительные данные применения методики биопсии сигнального лимфатического узла с РФП «Технефит 99mTc» для хирургического лечения больных раком молочной железы 1,2 стадиями не отличается от стандартного хирургического лечения по показателям двухлетней безрецидивной выживаемости.

Радиофармацевтический препарат «Технефит 99mTc» может успешно использоваться для визуализации сигнальных лимфатических узлов у пациентов с раком молочной железы при периферическом введении.

Литература:

1. Ермаков А.А., Зикирходжаев А.Д., Лазутина Т.А. и др. Методика непрямого лимфосцинтиграфии с использованием радиофармпрепарата «Технефит 99 mTc» для определения путей лимфооттока и биопсии сторожевых лимфатических узлов при хирургическом лечении больных раком молочной железы и меланомой кожи // Злокачественные опухоли 2016. № 3. С. 63-76.
2. Криворотько П.В., Петровский С.Г. Значение различных видов подмышечной лимфаденэктомии при операбельных формах рака молочной железы. В кн.: Материалы первой международной онкологической конференции «Проблемы диагностики и лечения рака молочной железы». СПб., 2004. С. 124-125.
3. Кудряков А.Ю., Елишев В.Г., Зуев В.Ю., Гайсин Т.А., Гайсина Е.А., Зотов П.Б., Федоров Н.М., Подгальная Е.Б., Зотин Ю.С. О состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2017 год: информационный бюллетень. Тюмень, 2018. 46 с.
4. Семиглазов В.Ф., Криворотько П.В., Петровский С.Г. и др. Прогностическое значение объема подмышечной диссекции у больных раком молочной железы / В кн.: Роль раковых регистров в оценке эффективности противораковой борьбы: Мат. научно-практ. Конф. онкологов России. СПб., 2003. С. 176-178.
5. Федоров Н.М., Зотов П.Б., Подгальная Е.Б. и соавт. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения Тюменской области в 2017 году // Академический журнал Западной Сибири. 2018. Т. 14, № 5. С. 12-15.
6. Ходорович О.С., Фомин Д.К., Галушко Д.А. и др. Непосредственные результаты биопсии сигнальных лимфатических узлов при ранних формах рака молочной

- железы. Вестник РНЦП № 14. URL: <http://vestnik.rncr.ru/vestnik/v16/docs/section7/Khodorovich.pdf>
- Хуснутдинов Р.Д., Алехин Э.Н., и др. Визуализация сигнальных лимфатических узлов при периареолярном введении РФП у пациентов с раком молочной железы // Академический журнал Западной Сибири. 2016. Т. 12. № 4 (65). С. 40-41.
 - Buscombe J., Paganelli G., Burak Z.E., et al. Sentinel node in breast cancer procedural guidelines // Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2007. № 34. P. 2154-2159
 - Cheng G., Kurita S., Torigian D. A., Alavi A. Current status of sentinel lymph-node biopsy in patients with breast cancer // European J. of Nuclear Med. and Molecular Imaging. 2011. V. 38 (3). P. 562-575.
 - Giuliano A.E., Kirgan D.M., Guenther J.M. et al. Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer // Ann. Surg. 1994. № 220. P. 391-401.
 - Lyman G.H., Giuliano A.E., Somerfield M.R., et al. American Society of Clinical Oncology Guideline Recommendations for Sentinel Lymph Node Biopsy in Early-Stage Breast Cancer // J Clin Oncol. 2005. V. 23. P. 7703-7720.
 - McIntosh S.A., Purushotham A.D. Lymphatic mapping and sentinel node biopsy in breast cancer // Br. J. Surg. 1998. № 85. P. 1347-1356.

CAPABILITIES OF THE SENTINEL LYMPH NODE BIOPSY TECHNIQUE USING THE RADIOPHARMACEUTICAL «TECHNEFIT 99mtc» IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH BREAST CANCER

R.D. Khusnutdinov, E.N. Alekhin, N.V. Averina, A.Yu. Kudryakov, E.R. Borodina, Y.V. Novozhenov

Medical Center "Medical City", Tyumen

The article presents a brief analysis of the application of the sentinel lymph node biopsy technique in the treatment of patients with breast cancer. 127 medical cases of patients with diagnosed disease were analyzed, of which 56 patients underwent surgical treatment with the application of sentinel lymph node biopsy technique.

Keywords: breast cancer, biopsy of the sentinel lymph node

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

А.В. Чижиков, В.Ф. Чижиков, П.А. Григорьев, З.С. Абдуллин

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск
Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск
Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Уфа

Анализ результатов 181 бронхопластической операции выявил технические особенности в зависимости от стороны поражения легкого опухолью и применение оперативных приемов, улучшили результаты лечения с путем профилактики стеноза межбронхиального анастомоза и нарушений проходимости трахеобронхиального дерева в послеоперационном периоде, тем самым позволили добиться хороших результатов хирургического лечения немелкоклеточного рака легкого, низкой послеоперационной летальности при бронхопластических операциях – 3,3%.

Ключевые слова: трахеобронхоангиопластическая операция, немелкоклеточный рак, циркулярная резекция

Немелкоклеточный рак легкого является актуальной проблемой современной онкологии, заболеваемость чрезвычайно высока (более 63000 случаев в год), а применяемые методы лечения способны обеспечить 5-ти летнюю выживаемость не более 30% больных, смертность от рака легкого в России составляет 20%, а IV стадию заболевания вынуждены констатировать у 34,2% пациентов [2-6]. Кроме того, большой группе пациентов вынужденно отказывается в проведении оперативного вмешательства, ввиду низких функциональных резервов или локальной распространенности опухолевого процесса [1]. Трахеобронхоангиопластические операции призваны увеличить долю пациентов, которым возможно проведение радикальной (R0) операции, как основного метода лечения [1-3, 5].

Цель работы: выявление технических особенностей операций в зависимости от стороны поражения легкого опухолью и применение технических приемов, улучшающих результаты оперативного лечения, с целью профилактики стеноза межбронхиального анастомоза и нарушений проходимости трахеобронхиального дерева в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: За период с 1999 г. по 2018 г. совместный опыт проведения трахеобронхоангиопластических операций в торакальном отделении Республиканского клинического онкологического диспансера г. Уфы и 1-го хирургического отделения Окружного онкологического центра БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийска составил 181 случай. Накопившийся опыт, позволил сделать некоторые выводы и решить практические задачи.

По возрасту оперированные больные распределились следующим образом: до 20 лет – 1, 20-29 лет – 3, 30-39 лет – 7, 40-49 лет – 36, 50-59 лет – 54, 60-69 лет – 59, 70 лет и старше – 11. Преимущественно оперировались мужчины; женщин было семь.

В подавляющем большинстве случаев показанием к оперативному лечению являлось наличие рака легкого: дифференцированные формы плоскоклеточного рака (n=95), аденокарцинома – n=63, цилиндroma – n=1, карциноидные и нейроэндокринные опухоли легких – n=13.

Циркулярные резекции шейного и верхнегрудного отдела трахеи выполнялись при цилиндроме, рецидивах рака гортани в 10 случаях. По системе TNM эти опухоли имели различные стадии заболевания T₁₋₄N₀₋₂M₀. Характер проведенных нами оперативных вмешательств представлен в табл. 1.

Послеоперационная летальность после проведенных вмешательств составила 3,3% (n=6).

Анализ летальных исходов показал следующее – 2 пациентов умерли после проведенной пульмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи, причина смерти – несостоятельность анастомоза (n=1), легочно-сердечная недостаточность (n=1).

Таблица 1

Виды трахеобронхоангиоплатических вмешательств при раке легкого

Название операции	n
Резекция трахеи	10
Пневмонэктомия справа с резекцией бифуркации трахеи	17
Верхняя лобэктомия справа с резекцией бифуркации трахеи	2
Циркулярная резекция левого главного бронха	2
Верхняя лоб- и билобэктомия справа с циркулярной резекцией главного бронха	79
Верхняя лобэктомия справа с циркулярной резекцией главного бронха и циркулярной резекцией легочной артерии	1
Верхняя лобэктомия справа с циркулярной резекцией главного бронха и краевой (клиновидной) резекцией легочной артерии	17
Верхняя лобэктомия справа с клиновидной резекцией главного бронха	1
Нижняя лобэктомия справа с циркулярной резекцией промежуточного и среднедолевого бронха	1
Нижняя лобэктомия с клиновидной резекцией промежуточного бронха	5
Верхняя лобэктомия слева с циркулярной резекцией главного бронха	21
Верхняя лобэктомия слева с циркулярной резекцией главного бронха и циркулярной резекцией легочной артерии	9
Верхняя лобэктомия слева с циркулярной резекцией главного бронха и краевой (клиновидной) резекцией легочной артерии	5
Верхняя лобэктомия слева с клиновидной резекцией главного бронха	3
Нижняя лобэктомия слева с циркулярной резекцией главного бронха	1
Нижняя лобэктомия слева с клиновидной резекцией главного бронха	3

После верхней лобэктомии справа с циркулярной резекцией главного бронха умерло трое пациентов: один от несостоятельности межбронхиального анастомоза с последующими гнойными осложнениями, двое от легочно-сердечной недостаточности.

После циторедуктивной верхней лобэктомии слева (R1) с циркулярной резекцией главного бронха – арозивное легочное кровотечение на 16 сутки послеоперационного периода (n=1).

Резекции легочной артерии превалируют при левосторонних резекциях легких – 14 пациентов (35,8% операций). Тогда как, при операциях на правом легком резекции легочной артерии выполнялись у 18 пациентов (15% операций), только в одном случае произведена циркулярная резекция правой легочной артерии (0,9%). Слева циркулярных резекций артерии выполнено 9-22,7% операций. Такие результаты обусловлены, на наш взгляд, особенностями анатомического строения как бронхиального дерева - широкий верхнедолевой бронх слева, частое отхождение бронха 6-го сегмента на уровне верхнедолевого бронха, отсутствие промежуточного бронха, отсутствие сегментарное отхождение артерий верхней доли, что способствует раннему вовлечению стенки левой легочной артерии в опухолевый процесс.

Основной операцией при ЗНО правого легкого являлась ВЛЭ справа с циркулярной резекцией ПГБ. На линию анастомоза обычно апплицируем пластину гемостатического материала Сурджи-селл. При резекциях бифуркации трахеи альтернативой использования системы шунт - дыхания и других ухищрений с односторонней вентиляцией является операция в условиях искусственного кровообращения. Однако в таких условиях мы находились лишь однажды при симультанной кардиохирургической операции. Дважды нам удавалось выполнить резекцию бифуркации трахеи с верхней лобэктомией справа и анастомозом бифуркации с промежуточным бронхом за счет адаптации мембранозной части трахеи и промежуточного бронха. Учитывая наибольшую степень сохранения объема правого легкого, достигался наилучший функциональный результат.

В послеоперационном периоде после верхних лобэктомий слева с циркулярной резекцией главного бронха у четырех пациентов возникли абсцедирующие пневмонии в шестом сегменте оставшейся доли, которые купировались рациональной антибактериальной терапией и проведением санационных бронхоскопий, во время которых была отмечена щелевидная деформация устья шестого сегментарного бронха. Причина подобной деформации состоит в том, что дистальная линия циркулярной резекции проходит в области устьев бронхов базальной пирамиды и шестого сегмента, что нарушает их каркасность, и фиксация стенки бронха шестого сегмента к мембранозной части главного бронха создает условия для щелевидной деформации. Выход из ситуации состоит в ротации бронхов нижней доли относительно главного бронха с целью фиксации бронхов базальной пирамиды и шестого сегмента к хрящевой части главного бронха, что

обеспечит сохранение их просвета. После внедрения этого метода в практику, осложнений в виде абсцедирующей пневмонии в послеоперационном периоде мы не наблюдали.

При циркулярной резекции легочной артерии, после формирования межбронхиального анастомоза (как при левосторонней, так и правосторонней локализации), накладывается анастомоз между легочной артерией и ее нижнедолевыми ветвями, как правило, это удается провести традиционным методом при помощи непрерывного сосудистого шва.

Выводы:

Таким образом, анализируя полученные данные, можно заключить, что применение бронхопластических операций не увеличивает послеоперационную летальность и соответствует принципам органосохраняющих операций. При верхних лобэктомиях слева с циркулярной резекцией главного бронха особенностью является частое применение резекции легочной артерии. Примененный же нами «ротационный» метод межбронхиального анастомоза между левым главным и нижнедолевым бронхом создает лучшие условия для проходимости бронхов нижней доли в течении послеоперационного периода.

Литература:

1. Белов Ю.В., Паршин В.Д., Комаров Р.Н., Чернявский С.В. Вариант хирургического лечения больного рецидивным раком легкого с инвазией ствола легочной артерии // Хирургия. 2013. № 12. С. 89-90.
2. Ганцев Ш.Х., Моисеенко В.М., Арсеньев А.И., Чижиков А.В., Моисеенко Ф.В., Мелдо А.А. Рак легкого. М.: ГЭОТАР Медиа, 2017. 224 с.: ил. (Серия «Библиотека врача - специалиста»).
3. Онкология. Клинические рекомендации / под ред. М.И. Давыдова. М.: Издательская группа РОНЦ, 2015. 680 с.
4. Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей (RUSSCO) / под ред. В.М. Моисеенко. М.: Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», 2015. 456 с.
5. Чижиков А.В., Чижиков В.Ф., Григорьев П.А. Трахеобронхоангиопластические операции в хирургическом лечении немелкоклеточного рака легкого // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. Ханты - Мансийск. 2016. Спецвыпуск. С. 7-10.
6. Jemal A., Bray F., Center M.M. et al. Global cancer statistics // CA Cancer J Clin. 2011. № 61. P. 69-90.

RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY AFTER LUNG CANCER

*A.V. Chizhikov, V.F. Chizhikov,
P.A. Grigoriev, Z.S. Abdullin*

Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Russia
District Clinical Hospital, Khanty-Mansiysk, Russia

We performed an analysis of results of 181 bronchoplastic operations and revealed technical features depend on the side of the lung tumor lesion and the surgical techniques. We improved the results of treatment by preventing stenosis of interbronchial anastomosis and violations of the patency of the tracheobronchial tree in the postoperative period, thus it al-

lowed to achieve good results in the surgical treatment of non-small cell lung carcinoma and low postoperative mortality (3.3%).

Keywords: trachea-bronchoplasty, non-small cell lung carcinoma, circular resection

ОПЫТ СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ОНКОЛОГИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

*А.В. Чижиков, С.А. Стефанов,
П.А. Григорьев, А.Р. Гатиятуллина*

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск
Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск

В статье описывается опыт сочетанных операций в онкологии и кардиохирургии, проведенных на базе Окружной клинической больницы г. Ханты - Мансийска, приведена статистика прооперированных больных с онкологическими заболеваниями и конкурирующей ишемической болезнью сердца, в результате которой определено, что все пациенты с онкологией лёгкого старше 40 лет должны подвергаться нагрузочному тесту и коронарографии до операции.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, резекция лёгкого, искусственное кровообращение, аортокоронарное шунтирование

Сочетание ИБС с онкопатологией легких не является редкостью. Сочетание онкологических заболеваний и ИБС отмечается у 6,9% мужчин [1]. При этом ИБС является одним из наиболее частых сопутствующих заболеваний у больных раком легкого, достигая 7,5-28% [4]. На сегодняшний день острый инфаркт миокарда является наиболее частой причиной летальности после радикальных операций по поводу злокачественных опухолей, достигающей 16% [2]. Конкурирующая ИБС ухудшает и отдаленные результаты радикального хирургического лечения за счет высокой смертности. Так при I стадии немелкоклеточного рака легкого после радикальной операции до 30% больных умирают в отдаленные сроки от сопутствующей ИБС. После радикального хирургического лечения немелкоклеточного рака легкого I-II стадии с сопутствующими сердечнососудистыми заболеваниями 3- и 5-летняя выживаемость составляет 54,5 и 35,5%, что значительно ниже по сравнению с таковой у больных без сопутствующей ИБС – 69,2 и 56,4% соответственно [3].

Ещё в 70-х годах прошлого столетия было отмечено, что снижение риска периоперационных коронарных осложнений возможно путём предварительной реваскуляризации миокарда. При этом ряд авторов отмечают, что количество

коронарных осложнений после несердечной операции одинаково в группе с предварительной реваскуляризацией миокарда и у больных, оперированных без ИБС в анамнезе, в то время как вероятность послеоперационных *кардиальных* осложнений у пациента, перенесшего инфаркт миокарда и имеющего симптомы стенокардии, в 30-40 раз выше, чем без ИБС [1].

Возможность выполнения реваскуляризации миокарда у онкологических больных с тяжелой ИБС подчеркивается увеличением количества публикаций по этой проблеме. При этом, по суммарным данным литературы, оказалось, что фатальные кардиальные осложнения (острый инфаркт миокарда) возникли лишь у 2 (0,8%) из 264 пациентов, которым выполнена реваскуляризация миокарда и онкологическая операция, что существенно ниже количества подобных осложнений (3,6-5,2%) в случае, если больных оперируют без предварительной подготовки [1, 3].

Конечно, при последовательной тактике происходит задержка онкологической операции (по данным разных авторов, от 12 до 120 дней), что может способствовать прогрессированию опухолевого процесса. При этом очевидны как риск повторного оперативного вмешательства, так и необходимость психологического согласия пациента на вторую большую операцию [1]. Ряд авторов указывают и на недостатки использования на первом *кардиохирургическом* этапе искусственного кровообращения – ИК. Альтернативой открытой хирургии в этом случае могут стать эндоваскулярные вмешательства, выполняемые как первый этап перед радикальной онкооперацией, что позволит сократить сроки до онкологической операции до 1мес. Но при многососудистом поражении коронарных артерий использование данной методики достаточно ограничено [1, 2].

В 1978 г. М. Dalton [6] впервые сообщил об успешной одномоментной операции коронарного шунтирования и резекции легкого по поводу аденокарциномы. В отечественной литературе приоритет данному подходу принадлежит М.И. Давыдову (1994 г.) и Р.С. Акчурину (1996 г.). В дальнейшем стали чаще публиковаться результаты симультанных операций при сочетании рака легкого и ИБС. Одномоментный подход обеспечивает своевременный онкологический радикализм и исключает необходимость повторного большого оперативного вмешательства. Однако применение ИК, способствующего снижению иммунитета у онкологических больных и повышению риска интра- и послеоперационных кровотечений из-за системной гепаринизации, неадекватность хирургического вмешательства по поводу рака легкого через стернотомию и высокий травматизм си-

мультанной операции, особенно выполненной через различные хирургические доступы, послужили причинами сдержанной позиции ряда авторов в выборе одномоментной хирургической тактики [1].

Публикации последних лет указывают на перспективность использования методик коронарного шунтирования без ИК (off pump) и мининвазивных подходов, что позволяет снизить травматизм сердечно-сосудистого этапа у онкологических больных как при выполнении одномоментной операции, так и в случае последовательной тактики. Исключение всех вредных последствий ИК и выполнение симультанной операции через один хирургический доступ – через стернотомию, а в ряде наблюдений и через торакотомию могут позволить рассчитывать на необходимый радикализм, нужную безопасность вмешательства и лучшие отдаленные результаты [1].

Большинство публикаций в литературе посвящено проблеме хирургического лечения больных раком легкого с конкурирующей ИБС. Однако по-прежнему остается множество открытых и дискуссионных вопросов в хирургической тактике у этой группы пациентов, поскольку опыт большинства клиник представлен единичными наблюдениями и гораздо реже небольшой группой больных [1-7].

Материал и методы:

В период с 06.2013 г. по 12.2018 г. на базе Окружной клинической больницы г. Ханты-Мансийск было оперировано 13 больных с онкологическими заболеваниями и конкурирующей ИБС. Восемь из 13 пациентов были выявлены в ходе дообследования при уже выставленном онкологическом диагнозе. Путем проведения нагрузочного теста и коронароангиографии диагностирована коронарная патология и выставлены показания к реваскуляризации миокарда. У 5 пациентов с уже имеющимся диагнозом ИБС в процессе дообследования и подготовки к сердечно-сосудистой операции выявлена онкопатология. Всем пациентам проведен консилиум с участием кардиолога, кардиохирурга, онколога для определения тактики лечения.

Хирургические вмешательства выполнены по поводу рака легкого (n=10), желудка (n=1), почки (n=1), молочной железы (n=1). Симультанные операции произведены 9 (69,2%) больным, этапные операции 4 (30,8%).

При раке легкого оперативные вмешательства были выполнены при I стадии опухолевого процесса – n=3, при II – 4, при III – 3.

Периферический рак выявлен в 5 наблюдениях с локализацией: в верхней доле слева (n=2), справа (n=1), нижней доле слева (n=2). Централь-

ный рак диагностирован у (n=5) пациентов в верхней доле справа (n=4) и слева (n=1).

Во всех 5 наблюдениях центральной локализации опухоль легкого была представлена плоскоклеточным раком, а из 5 наблюдений периферического рака в 2 была аденокарцинома, в 2 – плоскоклеточный рак и 1 наблюдение – мелкоклеточный рак.

Стандартом в хирургическом лечении первичного рака легкого было выполнение ипсилатеральная или тотальная медиастинальная лимфодиссекция, при этом минимальным радикальным объемом оперативного вмешательства при раке легкого была лобэктомия.

При одномоментных вмешательствах коронарное шунтирование сочеталось с лобэктомией (n=4), пневмонэктомией (n=3), пневмонэктомией с клиновидной резекцией бифуркации трахеи (n=1), и в одном случае выполнена биопсия опухоли легкого.

При одномоментных операциях во всех случаях первым был выполнен сердечно-сосудистый этап, затем – онкологическая операция. Коронарное шунтирование выполнялось с ИК. У всех пациентов в качестве кондуитов использовалась левая внутренняя грудная артерия для реваскуляризации передней нисходящей артерии и большая подкожная вена для бассейна правой коронарной и огибающей артерий. Среднее количество дистальных анастомозов составило $2,9 \pm 0,8$. В ряде случаев онкологический этап проводился на параллельном ИК, что позволяло создать оптимальную экспозицию без нарушений гемодинамики.

Все пациенты оперированы через единый хирургический доступ – полную продольную стернотомию.

При последовательной тактике также первым был выполнен сердечно-сосудистый этап. Трём пациентам выполнено коронарное шунтирование, одному миниинвазивное биопротезирование аортального клапана через мини J стернотомию. Второе оперативное вмешательство производилось в среднем через 1-3 мес.

Таким образом, выполнены: верхняя лобэктомия справа (n=1), гастрэктомия (n=1), нефрэктомия (n=1), радикальная мастэктомия (n=1).

Результаты и обсуждение.

Гладкое течение раннего послеоперационного периода отмечено у всех больных после этапных вмешательств и у 8 больных (88,9%) — при одномоментных вмешательствах.

Осложнение развилось у 1 (11,1%) пациента после симультанной операции, которое стало причиной летального исхода. Общая послеоперационная летальность составила 7,7%: после си-

мультантных операций – 11,1%, при последовательной тактике – 0%.

Причиной летального исхода стала острая правожелудочковая недостаточность и остановка кровообращения у больного в первые сутки после АКШ и левосторонней пневмонэктомии. Путем проведения реанимационных мероприятий осложнение купировано, но в дальнейшем пациент скончался на 5-е сутки от нарастания полиорганной недостаточности.

В отдаленные сроки из 12 больных, умер один пациент после симультанной операции (АКШ и биопсии опухоли левого легкого) от прогрессирования опухолевого процесса. Но проведенная реваскуляризация миокарда позволила ему в течение полутора лет удовлетворительно переносить 3 линии химиотерапии, а также дистанционную лучевую терапию на опухоль легкого.

Один пациент после перенесенной симультанной операции (АКШ и верхней лобэктомии слева) с мелкоклеточным раком легкого получает химиотерапевтическое лечение по поводу прогрессирования заболевания – метастатического поражения головного мозга, позвоночника. Проведенная реваскуляризация миокарда также позволяет ему переносить химиотерапевтическое лечение без кардиальных осложнений. У одного пациента после перенесенной симультанной операции (АКШ и правосторонняя пневмонэктомия) развилась стриктура трахеи в области культи правого главного бронха, что потребовало проведения стентирования трахеи и левого главного бронха через 1,5 года после операции.

Все остальные пациенты наблюдаются в III клинической группе.

В отдаленном периоде инфарктов миокарда, рецидива стенокардии и потребности в повторной реваскуляризации не отмечено. Во всех наблюдениях нами была выбрана тактика выполнения сердечно-сосудистого этапа первым как при симультантных, так и при последовательных вмешательствах, что связано с профилактикой интра- и послеоперационных кардиогенных и сосудистых осложнений при выполнении онкологических операций. Несмотря на то, что летальность и частота хирургических осложнений оказались выше после одномоментных вмешательств, окончательно сделать выводы о наибольшей травматичности симультантных операций невозможно из-за малого количества наблюдений. Для того, чтобы дать окончательный ответ на вопрос о целесообразности и безопасности подобных вмешательств необходимо накопление клинического опыта.

Выводы:

Предварительно мы считаем, что:

1) в условиях специализированных многопрофильных центров все пациенты с онкопатологией легкого старше 40 лет независимо от наличия клиники стенокардии должны подвергаться нагрузочному тесту и коронарографии до операции. Это позволит выявить пациентов — потенциальных кандидатов на одномоментное АКШ и тем самым минимизировать число коронарных катастроф во время радикальной операции на легком;

2) при наличии рака легкого и многососудистого поражения коронарного русла целесообразно одномоментное оперативное вмешательство в объеме коронарного шунтирования и резекции лёгкого;

3) при сочетании кардиальной патологии и рака других локализаций целесообразны этапные вмешательства за исключением опухолей ЖКТ с распадом и высоким риском кровотечения, когда методом выбора является одномоментная операция;

4) первым этапом одномоментной операции целесообразно выполнить реваскуляризацию миокарда, а затем резекцию легкого / пульмонэктомию;

5) этапная методика имеет значительно меньше осложнений. Но при ней происходит задержка онкологической операции, что способствует прогрессированию бластоматозного процесса.

6) Альтернативой коронарному шунтированию могут стать эндоваскулярные вмешательства, выполняемые перед радикальной онкооперацией. Однако ограничивающим фактором является необходимость двойной антитромбоцитарной терапии.

Литература:

1. Белов Ю.В., Паршин В.Д., Комаров Р.Н. Комбинированные сосудистые резекции в хирургии местно-распространенного рака легкого // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2010. № 5. С. 42-46.
2. Давыдов М.И. Эпюды онкохирургии. М., 2007. 54 с.
3. Березкин Д.П., Вагнер Р.И., Мизаушев Х.А. Резервы увеличения числа больных раком легкого, подлежащих оперативному лечению // Вопросы онкологии. 1985. Т. 31, № 4. С. 37-41.
4. Чижиков А.В., Стефанов С.А., Григорьев П.А., Хадиева Е.Д. Опыт сочетанных операций в онкологии и кардиохирургии // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. Ханты- Мансийск. 2016. Спецвыпуск. С. 58-61.
5. Долгов И.М. Современные подходы к лечению ишемической болезни сердца у онкологических больных: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1999.
6. Dalton M.L., Parcer T.M., Mistrot J.J., Bricker D.L. Concomitant coronary artery by-pass and major noncardiac surgery // Thorac Cardiovasc Surg. 1978. V. 75, № 5. P. 621-623.
7. Danton M.H., Anikin V.A., McManus K.G. et al. Simultaneous cardiac surgery with pulmonary resection: presentation of series and review of literature // Eur J Cardio-thorac Surg. 1998. № 13. P. 667-672.

COMBINED ONCOLOGIC AND CARDIOVASCULAR SURGERY

A.V. Chizhikov, S.A. Stefanov,
P.A. Grigoriev, L.R. Gatiyatullina

Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Russia
District Clinical Hospital, Khanty-Mansiysk, Russia

The article describes the experience of combined oncologic and cardiovascular surgery that conducted on the basis of the District Clinical Hospital, city of Khanty-Mansiysk, and also provides statistics of operated patients with cancer and coronary heart disease. All patients with lung cancer aged 40 years of age or older should be done stress test and coronary angiography before surgery.

Keywords: ischemic heart disease, lung resection, artificial blood circulation, coronary artery bypass grafting

ДИАГНОСТИКА ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Т.С. Басова, А.Г. Басов,
А.А. Налёттов, Л.А. Бахова

Тюменский государственный медицинский университет

Представлен обзор литературы по методам диагностики гепатоцеллюлярного рака. Обсуждаются роль УЗИ, КТ, МРТ и ПЭТ/КТ печени. На основе данных литературы авторы делают выводы о том, что в диагностике гепатоцеллюлярного рака печени важное место занимают методы лучевой диагностики. Внедрение в практику современных высокотехнологичных методов лучевой диагностики позволяет выявлять опухоль на ранних этапах ее развития. Вследствие того, что чувствительность УЗИ в диагностике ГЦР остается достаточно низкой, стоит отдать предпочтение динамическим методикам МСКТ и МРТ. Выполнение МСКТ и МРТ с внутривенным болюсным контрастированием и грамотная интерпретация изображений позволяет добиться высокого качества рентгенологической диагностики ГЦР, однако, имеет определённые ограничения в плане дифференциальной диагностики. ПЭТ/КТ следует проводить не только пациентам с верифицированным онкологическим заболеванием, но и пациентам с целью дифференциальной диагностики образований печени, что может найти применение в планировании лечения и прогнозировании течения заболевания.

Ключевые слова: рак печени, гепатоцеллюлярный рак печени, печеночно-клеточный рак, диагностика рака печени, УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ/КТ

Гепатоцеллюлярный рак (ГЦР, гепатоцеллюлярная карцинома – ГЦК, или печеночно-клеточный рак) – первичный рак из гепатоцеллюлярных клеток паренхимы печени, является одной из наиболее злокачественных форм рака печени [17]. Часто встречаемая опухолевая патология печени (>85%) агрессивного течения с не-

благоприятным прогнозом – 5-летняя выживаемость не превышает 15% [21]. В мире ГЦР занимает 2-е место среди причин онкологической смертности – около 746 тыс. больных умерли в 2016 г. [14, 16]. Заболеваемость существенно выше (150–500 на 100 тыс. населения) в странах Азии и центральной Африки с низким уровнем жизни, где отмечается значимая корреляция с заболеваемостью хроническим вирусным гепатитом В (ХВГ-В) [16].

Российская Федерация может быть отнесена к странам со средней заболеваемостью ГЦР – 4–5 на 100 тыс. населения; это 13-е место в структуре онкологической заболеваемости и 11-е место среди причин смерти [8].

В клинической практике проблема диагностики опухолей печени имеет большую актуальность. Трудности диагностики связаны с отсутствием специфических симптомов заболевания не только на начальных, но нередко, и на поздних стадиях процесса [1-3, 12, 22].

Система активного выявления ГЦР на ранней стадии в известных группах риска успешно используется во многих странах мира. Благодаря скринингу ГЦР в развитых странах сформировалась существенная (до 20%) доля больных ранними стадиями, когда возможно проведение радикального хирургического лечения с высокой вероятностью выздоровления. В основе скрининга регулярное (каждые 4–6 мес.) ультразвуковое исследование (УЗИ) печени больных циррозом в руках подготовленных специалистов позволяет выявлять узловые образования небольших размеров. Если в результате УЗИ в цирротически измененной печени выявляются дополнительные узловые образования размером более 1 см, назначаются уточняющие рентгенологические исследования (мультифазные РКТ и/или МРТ с контрастированием) [15].

В РФ сегодня отсутствуют скрининговые программы ГЦР для выявления рака печени на ранней стадии, в группах риска. Вследствие поздней диагностики смертность от рака печени существенно превышает растущую заболеваемость.

В настоящее время, благодаря внедрению в практику более совершенной диагностической аппаратуры и достаточно широкому применению различных контрастных препаратов при исследованиях брюшной полости с помощью ультразвукового исследования (УЗИ), мультиспиральной компьютерной (МСКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) значительно повысились возможности точной диагностики опухолей и опухолеподобных образований печени [2, 7, 22].

УЗИ является скрининговым исследованием в диагностике ГЦР во многих странах мира [5,

11]. Показатели чувствительности и специфичности метода зависят от размеров и локализации первичной опухоли печени [23]. Выявление опухолевых узлов размером менее 1,0 см возможно лишь в 36,4% случаев. При размерах очага более 1 см чувствительность метода составляет 65–80%, а специфичность > 90%. В целом, корректная диагностика ГЦР размером более 2,0 см достигает 93,9% и в среднем составляет 78,5% [5, 12, 19]. Внедрение методики внутривенного контрастирования при УЗИ позволяет дифференцировать ранние формы ГЦР и незлокачественные узловые образования печени при циррозах, что повышает чувствительность метода до 90,2%, а специфичность – до 80,8% [18, 19, 23]. Некоторые авторы выявление васкуляризации очага связывают преимущественно с дополнительным контрастированием. Так, точность УЗИ с использованием эхоконтрастных препаратов в выявлении ГЦР увеличивается до 86% [2, 9]. Доказано, что при использовании эхоконтрастных препаратов второго поколения точность диагностики ГЦР у пациентов с циррозом достигает 89,3% при размерах опухоли менее 2 см и 100% – при размерах более 2 см, что сопоставимо с данными РКТ [17]. Несмотря на высокую специфичность (97%), чувствительность УЗИ в диагностике ГЦР печени остается достаточно низкой (60%), что позволяет отдать предпочтение динамическим методикам МСКТ и МРТ [13, 7, 23]. По другим данным, чувствительность УЗИ при данной форме рака невысока и составляет 47,9%, специфичность – 85,5%.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с внутривенным болюсным контрастированием играет важную роль в диагностике ГЦР [7, 13, 21]. Чувствительность составляет 55–65% и специфичность – 72–77% [13, 19]. На чувствительность МСКТ влияет только размер первичной опухоли, что позволяет предположить злокачественный характер процесса [19]. Для гиперваскулярного типа ГЦР характерна визуализация питающих опухоль сосудов в артериальную фазу и активное неравномерное усиление всей опухоли. В венозную и отсроченную фазы происходит «вымывание» контрастного вещества из опухоли и контрастирование капсулы, что считается классическим отображением ГЦР. Чувствительность в обнаружении ГЦР различных размеров у пациентов с циррозом при РКТ составляет 55–65%, не превышает 40% для узлов размерами менее 2 см, в то время как специфичность метода достигает 77–96% [14, 20]. МСКТ обладает достаточно высокой чувствительностью в выявлении очаговых образований печени, однако имеет определенные ограничения в плане дифференциальной диагностики [6, 10].

Магнитно-резонансная томография (МРТ) считается одним из лучших методов диагностики опухолей и опухолеподобных заболеваний печени, особенно на фоне хронических заболеваний печени [19, 21]. Преимуществами метода является отсутствие лучевой нагрузки, высокая тканевая контрастность изображений и возможность произвольного выбора плоскости сечения [9, 16]. Чувствительность и специфичность МРТ в диагностике ГЦР превосходит соответствующие показатели при МСКТ и составляют 68-91% и 87-97,7% против 55-65% и 72-77% соответственно [17]. В то же время, по данным отдельных авторов, чувствительность МРТ составляет 95% в очагах более 2 см [14, 19].

Позитронная эмиссионная томография (ПЭТ), отображая нарушения метаболизма, чувствительнее и специфичнее МСКТ и МРТ в распознавании злокачественных опухолей и метастазов в лимфоузлы размером даже меньше 1 см и вносит важный вклад в их дифференциальную диагностику [2, 14]. При диагностике объёмных образований печени наиболее часто применяется ПЭТ и ПЭТ-КТ с фтордезоксиглюкозой (18F-ФДГ), меченой радиоактивным изотопом.

По данным литературы, чувствительность метода в зависимости от применения различных радиофармпрепаратов составляет от 47 до 87% [4, 20]. Клетки гепатоцеллюлярного рака характеризуются не только измененной структурой, но и патологическим метаболизмом. Биохимические процессы, а именно последовательности анаболизма и катаболизма веществ, контролируются ферментами, однако их концентрация на единицу объёма (как во внеклеточной жидкости, так и в цитоплазме) значительно варьирует в зависимости от степени дифференцировки рака, и, следовательно, такие важнейшие для гепатоцита процессы, как метаболизм глюкозы протекают по-разному. В норме транспортировка молекулы глюкозы в клетку происходит посредством глюкозного транспортера ГЛЮТ-2. Внутри клетки происходит фосфорилирование глюкозы ферментом гексокиназой 2 типа до глюкозо-6-фосфата. Основными конечными веществами цепочек метаболизма глюкозы в гепатоците являются гликоген, пентозы, жирные кислоты. Реакцию дефосфорилирования катализирует глюкозо-6-фосфатаза. В клетке низкокодифференцированного ГЦР наблюдается значительное снижение уровня глюкозо-6-фосфатазы, высокая концентрация ГЛЮТ-2 и мембранных рецепторов, с которыми взаимодействует фермент-транспортер. Следовательно, молекулы глюкозы в большем количестве поступают в клетку и подвергаются фосфорилированию, что отражается на ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ в

виде очагового патологического накопления РФП. В клетке высококодифференцированного гепатоцеллюлярного рака концентрация глюкозо-6-фосфатазы выше, чем в неизменном гепатоците, при этом количество молекул ГЛЮТ-2 снижено, что не позволяет молекулам глюкозы встраиваться в метаболические каскады в том объеме, который необходим для визуализации при ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ [18, 19, 22]. По возможности определения активности опухолевой ткани ПЭТ с 18F-ФДГ рекомендуется использовать для оценки эффективности химиотерапевтического и интервенционного (радиочастотная термоабляция, химиоэмболизация) лечения метастазов в печень у онкологических больных. Ряд исследователей рекомендуют использовать ПЭТ с 18F-ФДГ в алгоритме комплексной диагностики метастатического поражения печени. Значение ПЭТ-КТ в диагностике ГЦР еще не до конца изучено, однако в ряде публикаций встречаются неоднократные упоминания о ложно-положительных результатах исследований с использованием 18F-ФДГ [4, 20].

Выводы:

1. В диагностике ГЦР важное место занимают методы лучевой диагностики. Внедрение в практику современных высокотехнологичных методов лучевой диагностики позволяет выявлять опухоль на ранних этапах ее развития.

2. Вследствие того, что чувствительность УЗИ в диагностике ГЦР остается достаточно низкой, стоит отдать предпочтение динамическим методикам МСКТ и МРТ.

3. Выполнение МСКТ и МРТ с внутривенным болюсным контрастированием и грамотная интерпретация изображений позволяет добиться высокого качества рентгенологической диагностики ГЦР, однако, имеет определённые ограничения в плане дифференциальной диагностики.

4. ПЭТ-КТ следует проводить не только пациентам с верифицированным онкологическим заболеванием, но и пациентам с целью дифференциальной диагностики образований печени, что может найти применение в планировании лечения и прогнозировании течения заболевания.

Литература:

1. Гарин А.М., Базин И.С. Десять наиболее распространенных злокачественных опухолей: монография. 2-е изд. М.: МАКС Пресс, 2010. 380 с.
2. Зогот С.Р., Акберов Р.Ф. Оптимизация лучевых методов исследования в диагностике рака гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны // Вестник Чувашского университета. 2013. № 3. С. 426-430.
3. Зотов П.Б. Первичный и метастатический рак печени: частота и методы лечения. Обзор литературы // Тюменский медицинский журнал. 2003. № 1. С. 38-40.
4. Зыков Е.М., Поздняков А.В., Костеников Н.А. Рациональное использование ПЭТ и ПЭТ/КТ в онкологии // Практическая онкология. 2014. Т. 15, № 1. С. 31.

- Карпенко В.Н. Интервенционные вмешательства под контролем ультразвукового исследования в диагностике и лечении очаговых образований печени // Вестник Российского научного центра рентгенодиагностики. 2009. Т. 1, № 9. С. 23–27.
- Колесова Л.А., Прихненко В.В., Прищепов А.А., Юрченко А.К. Мультиспиральная компьютерная томография в дифференциальной диагностике очаговых образований в печени // Академический журнал Западной Сибири. 2016. Т. 12, № 4. С. 35–38.
- Кыжыров Ж.Н., Баймаханов Б.Б., Сахипов М.М. Диагностика очаговых заболеваний печени // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2016. № 1. С. 395–400.
- Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ В 2012 г. Под редакцией М.И. Давыдова и Е.М. Аксель. М. Издательская группа РОНЦ, 2014, 226 с.
- Труфанов Г.Е., Багненко С.С., Рудь С.Д. Лучевая диагностика заболеваний печени. СПб.: ЭЛ-БИ-СПб, 2011. 415 с.
- Alyaa H.A., Entethar M.H. Diagnosis of liver tumor from CT images using digital image processing // Int. Journal of Scientific & Engineering Research. 2015. Vol. 6, №1. P. 685–689.
- Bagnenko S.S. Phosphorous magnetic resonance spectroscopy of the liver (review). Annaly khirurgicheskoy gepatolog. 2014. V. 19, № 2. P. 111–116.
- Bektas H., Schrem H., Kleine M. Primary liver tumors – presentation, diagnosis and surgical treatment // InTech, Chapters published. 2013. April 10. P. 102–144.
- Bolog N., Andreisek G., Oancea I., Mangrau A. CT and MR imaging of hepatocellular carcinoma // J.Gastrointestin. Liver Dis. 2011. V. 20, № 2. P. 181–189.
- Bray F, Ren J-S, Masuyer E and Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008 // Int. J. Cancer. 2013. V. 132, № 5. P. 1133–1145.
- European Association For The Study Of The Liver, European Organisation For Research And Treatment Of Cancer. EASL-EORTC Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma // J. Hepatol. European Association for the Study of the Liver. 2012. V. 56, № 4. P. 908–943.
- Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R., Eser S., Mathers C., et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 // Int. J. Cancer. 2015. V. 136, № 5. P. 359–386.
- Gomez D., Lobo D.N. Malignant liver tumors // Surgery (Oxford). 2011. V. 29, № 12. P. 632–639
- Lv P., Lin X.Z., Li J. Differentiation of small hepatic hemangioma from small hepatocellular carcinoma: recently introduced spectral CT method // Radiology. 2011. V. 259, № 3. P. 720–729.
- Murakami T., Imai Y., Okada M. Ultrasonography, computed tomography and magnetic resonance imaging of hepatocellular carcinoma: toward improved treatment decisions // Oncology. 2011. V. 81, № 1. P. 86–99.
- Reeves H., Manas D.M., Lochaan R. Liver tumors – epidemiology, diagnosis, prevention and treatment. InTech. Chapters published. 2013. April 10. P. 184.
- Siegel R., Jiemin M., Zhaohui Z., Ahmedin J. Cancer statistics, 2014. CA // Cancer J. Clin. 2014. V. 64, № 1. P. 9–29.
- Vauthey J.N., Zimmiti G., Kopetz S. RAS mutation status predicts survival and patterns of recurrence in patients undergoing hepatectomy for colorectal liver metastases // Ann. Surg. 2013. V. 258. P. 619–626.
- Ying L., Lin X., Xie Z.L. Clinical utility of acoustic radiation force impulse imaging for identification of malignant liver lesions: a meta-analysis // Eur. Radiol. 2012. V. 22. P. 2798–2805.

DIAGNOSIS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA (REVIEW)

T.S. Basova, A.G. Basov, A.A. Naletov, L.A. Bahova

Tyumen State Medical University, Russia

The present study is an attempt to review literature on methods of diagnosis of hepatocellular carcinoma. The role of ultrasound, CT, MRI and PET/CT is extensively detailed, reviewed and discussed. Radiation diagnosis plays very important role in the diagnosis and prognosis of hepatocellular carcinoma. The development of high-tech methods of radiation diagnosis may allow the earlier detection of most fast growing tumors. The ultrasound has a low sensitivity to de-

tect early stage hepatocellular carcinoma and MSCT and MRI imaging give better results of detection tumor. MSCT/MRI is performed with intravenous contrasting allows to achieve high quality of X-ray diagnosis of hepatocellular carcinoma; however, it has certain limitations in differential diagnosis. PET/CT should be performed not only in patients with verified cancer, but also in patients for the purpose of differential diagnosis of formations of liver, that can be used in the planning of treatment and prognosis of the disease.

Keywords: liver cancer, hepatocellular carcinoma, diagnosis, ultrasound, CT, MRI, PET/CT

СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ТОТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Т.Б. Григоренко

МК МЦ «Медицинский город», г. Тюмень

Представлен редкий клинический случай комплексного лечения (химиотерапия и сочетанная лучевая терапия) больной распространенным раком шейки матки с инвазией (прорастанием) мочевого пузыря, инвазией (прорастанием) левого мочеточника, с наличием obstructивного уретерогидронефроза слева и афункцией левой почки. Подробно описана тактика ведения. Получены положительные результаты лечения.

Ключевые слова: инвазивный рак шейки матки, инвазия мочевого пузыря, химио-лучевая терапия

Рак шейки матки (РШМ) в течение многих лет является одной из ведущих проблем онкогинекологии во всем мире, в том числе в России и Тюменской области [3, 5]. Такое пристальное внимание связано с неуклонным ростом числа женщин со злокачественными заболеваниями шейки матки и выраженной тенденцией к омоложению болезни. В Тюменской области показатели заболеваемости РШМ за период с 2015 по 2017 гг. также остаются стабильно высокими. Кроме того, не снижаются показатели выявленных случаев злокачественных поражений шейки матки в стадии 3В–4 [11]. В связи с неуклонным ростом показателей запущенности рака шейки матки во всем мире изучаются возможности специального противоопухолевого лечения: химиотерапии, комбинированного и сочетанного лучевого лечения, хирургических методов первичного и метастатического рака шейки матки [4, 6, 7]. Актуален комплексный подход к оценке курбельности при назначении радиотерапии пациенткам, больных РШМ. Такими показателями являются: объем поражения опухолью не более 3В стадии ($T_{3b}N_{0-1}M_0$), отсутствие прямого прорастания мочевого пузыря, прямой кишки, отсут-

ствие лимфостаза нижних конечностей, отсутствие тромбоза вен нижних конечностей [8, 9]. Однако существует категория женщин с впервые установленным диагнозом РШМ, имеющих противопоказания к проведению первичной радиотерапии, вследствие чего мировое онкологическое сообщество ищет пути решения данной проблемы с целью не только стабилизировать опухолевый процесс, но и сохранить качество жизни пациенткам, столкнувшимся с опухолевым заболеванием в стадиях, ранее считавшихся некурабельными. Сегодня одним из вариантов предлагается проведение химиолучевого лечения распространенного РШМ. Проведение первым этапом химиотерапевтического лечения позволяет уменьшить объем опухоли, тем самым подвести пациентку с возможности реализации радиотерапевтического этапа лечения [1, 2, 8, 11, 12].

В качестве первого опыта такого подхода приведем собственное наблюдение пациентки с распространенным РШМ 4А стадии.

Согласно критериям отбора на специальное противоопухолевое лечение (химиотерапия и радиотерапия) пациентка была признана некурабельной, ввиду выраженной распространенности впервые выявленного опухолевого процесса шейки матки с инвазией (прорастанием) мочевого пузыря, инвазией (прорастанием) левого мочеточника, с наличием обструктивного уретерогидронефроза слева и афункцией левой почки. Учитывая состояние пациентки, но принимая во внимание относительно молодой возраст – 65 лет, отсутствие декомпенсации по соматической патологии (в анамнезе АГ 2 ст., 1 ст., риск 3, дислипидемия, ожирение 1 ст., значения по Карновскому (80) и ECOG (0)), было принято решение совместным расширенным консилиумом с ведущими специалистами НИИ онкологии им. П.А. Герцена провести попытку лечения: первым этапом решено выполнить 12 введений химиотерапии по схеме: паклитаксел 80 мг/м² с последующим контролем путем КТ и оценкой возможности, при положительном ответе на выполненное химиотерапевтическое лечение, проведение второй части лечения – реализация радиотерапевтического этапа – сочетанной лучевой терапии.

Сочетанная лучевая терапия реализуется 2 методами: 1) дистанционная лучевая терапия на линейном ускорителе электронов оснащенным MLC, с выполнением предварительного сканирования органов брюшной полости и малого таза и установкой рентген-контрастных меток в зоне изоцентров, CTV, GTC, PTV, target - оконтуривания, дозиметрической верификации лучевого плана, оценкой полученных гистограмм по оценке лучевого влияния на критические органы и

ткани, с визуальной верификацией позиционирования пациентки во время лечебной процедуры; 2) внутрисполостная лучевая терапия на брахитерапевтическом аппарате с системой autoloading, с введением эндостатов в шейку матки до дна полости матки, установкой дополнительных эндостатов в своды влагалища, сканированием полученных позиций эндостатов, выполнением индивидуальной дозиметрической верификации.

Результаты.

Пациентка Ш., 65 лет, обратилась в МК МЦ «Медицинский город» г. Тюмени в августе 2017 г. При поступлении предъявляла жалобы на дизурические расстройства: боли при мочеиспускании, частые позывы на мочеиспускание. Из анамнеза: по месту жительства проходила лечение у уролога по поводу хронического цистита, при контрольном осмотре направлена на УЗИ ОМТ, по результатам которого заподозрена патология шейки матки, направлена к онкологу в МК МЦ «Медицинский город» (г. Тюмень), где выполнена биопсия опухолевого образования шейки матки. Гистологическое заключение: плоскоклеточный рак. Из гинекологического анамнеза: родов – 0, аборт – 0, выкидышей – 0. Менопауза 30 лет. При осмотре опухоль исходит из шейки матки, тотально поражает шейку матки в виде «кратера», переходит на стенки влагалища до средней трети, матка и придатки находятся в едином неподвижном опухолевом конгломерате с инфильтрацией параметральной клетчатки с переходом на стенки малого таза. При КТ органов брюшной полости и малого таза определяется шейка матки 31*47 мм с бугристыми, неровными контурами, с вращением в мочевой пузырь и устье левого мочеточника, интимно прилежит к прямой кишке. Окружающая клетчатка инфильтрирована. Мочевой пузырь с неоднородной структурой. ЧЛС слева расширена: чашечки слева до 25 мм, лоханка до 51*27 мм, мочеточник слева до 14 мм. Выделительная функция левой почки снижена. Матка 50*37 мм с наличием полости. Таким образом, по результатам обследования был поставлен диагноз: рак шейки матки 4А стадии, с инвазией (прорастанием) мочевого пузыря, инвазией (прорастанием) левого мочеточника, с наличием обструктивного уретерогидронефроза слева и афункцией левой почки. Принято решение провести попытку лечения. Первым этапом решено провести 12 курсов химиотерапии по схеме: паклитаксел 80 мг/м². В условиях МК МЦ «Медицинский город» (г. Тюмень) с декабря 2017 года по май 2018 года выполнен в полном объеме запланированный курс химиотерапевтического лечения с периодическим проведением контроля путем КТ для исключения прогрессирования

процесса. После проведения 12-го курса химиотерапии выполнен повторно контроль. При контрольном осмотре влагалище свободное, шейка матки почти полностью освободилась от опухолевой ткани, тело матки и придатки не изменены, в параметральной клетчатке определяется незначительная инфильтрация без перехода на стенки малого таза. По результатам контрольной КТ отмечается положительная динамика за счет уменьшения образования шейки матки до 23*35 мм, степень вовлечения мочевого пузыря уменьшилась. Матка 37*37 мм. Лоханка и мочеточник слева в размере уменьшились до 16 и 4 мм. По результатам контрольного обследования решено провести вторым этапом лечения курс сочетанной лучевой терапии. Сочетанная лучевая терапия проводилась с июня по август 2018 г. двумя методами: дистанционная лучевая терапия на область малого таза (с включением в объем облучения параметральной клетчатки, пресакральной клетчатки, подвздошных и запирательных лимфатических узлов, парааортальных лимфатических узлов до уровня ThXII) на линейном ускорителе электронов Электра оснащенным MLC, с выполнением предварительного сканирования органов брюшной полости и малого таза и установкой рентген-контрастных меток в зоне изоцентров, CTV, GTC, PTV, target-оконтурирования, дозиметрической верификации лучевого плана, оценкой полученных гистограмм по оценке лучевого влияния на критические органы и ткани, с визуальной верификацией позиционирования пациентки во время лечебной процедуры. Суммарная очаговая доза от дистанционного компонента составила 46 Гр; внутриволостная лучевая терапия шейки матки и тела матки на брахитерапевтическом аппарате Мультисорс с системой autoloading, с введением эндостатов в шейку матки до дна полости матки, установкой дополнительных эндостатов в своды влагалища, сканированием полученных позиций эндостатов, выполнением индивидуальной дозиметрической верификации. Суммарная доза в зоне шейки матки и тела матки составила 50 Гр от брахитерапии и 24 Гр от дистанционной терапии (суммарно – 74 Гр). Пациентка состоит на диспансерном наблюдении. При контрольном обследовании, признаков опухолевого процесса не выявлено: данные гинекологического исследования: влагалище свободное, шейка матки полностью освободилась от опухолевой ткани, тело матки и придатки не изменены, в параметральной клетчатке инфильтрации не определяется; данные КТ: мочевого пузыря слабого наполнения, задняя стенка больше слева утолщена. Матка обычного расположения (anteversio) с четкими ровными контурами. Яичники четко не диффе-

ренцируются. В позадиматочном пространстве свободная жидкость не выявляется. Деструктивных изменений костей таза не выявлено. Лимфатические узлы таза не увеличены. Свободная жидкость в малом тазу не обнаружена.

Время наблюдения с момента постановки диагноза составляет 15 месяцев, время наблюдения после окончания лечения составляет 3 месяца.

Выводы. Особенность данного случая состоит в том, что пациентке с потенциально некурабельным случаем распространенного рака шейки матки с инвазией (прорастанием) мочевого пузыря, инвазией (прорастанием) левого мочеточника, с наличием обструктивного уретерогидронефроза слева и афункцией левой почки, единственным методом для которой было выполнение калечащей симптоматической операции, существенно не влияющей на выживаемость, снижающей качество жизни ввиду необходимости использовать моче- и калоприемники, было выполнено органосохраняющее лечение, позволившее достигнуть локорегионарного контроля опухоли, а так же сохранить не только достойное качество жизни с самостоятельным мочеиспусканием и дефекацией, но и вести активный образ жизни.

Литература:

1. Ермакова Н.А. Роль химиотерапии на различных этапах лечения рака шейки матки // *Практ. онкология* 2002. Т. 3 (3). С. 211.
2. Канаев С. В. Принципы и обоснования химиолучевого лечения злокачественных опухолей // *Практ. онкол.* 2008. Т. 9, № 1. С. 1-8.
3. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / Старинский В.В., Петрова Г.В. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. 250 с.
4. Коломиец Л.А., Чуруксаева О.Н. Способ комбинированного лечения местнораспространенных форм рака шейки матки / Патент №2325199 от 27.05.2006 г.
5. Кудряков А.Ю., Елишев В.Г., Зуев В.Ю., Гайсин Т.А., Гайсина Е.А., Зотов П.Б., Федоров Н.М., Е.Б., Подгальная, Зотин Ю.С. О состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2017 год: информационный бюллетень. Тюмень, 2018. 46 с.
6. Мкртчян Л.С. Сочетанная лучевая и комплексная терапия местнораспространенного рака шейки матки: Дис... канд. мед. наук. Обнинск, 2001.
7. Новая медицинская технология «Комбинированное лечение местнораспространенного рака шейки матки с применением неоадьювантной химиотерапии», зарегистрирована в Росздравнадзоре, ФС №2009/293 от 2.09.09 г.
8. Тюляндин С. А., Марьина Л. А. Химиолучевая терапия местнораспространенного рака шейки матки // *Матер. 7-го Рос. онкол. конгр. М., 2003.* С. 111-115.
9. Столярова И.В., Винокуров В.Л. Проблемы больных после лечения рака шейки матки (профилактика и лечение постлучевых осложнений) / *Практическая онкогинекология: избранные лекции* / Под ред. А. Ф. Урманчеевой, С. А. Тюляндина, В. М. Моисеенко. С-Пб.: Центр ТОММ, 2008. 400 с.
10. Федоров Н.М., Зотов П.Б., Подгальная Е.Б. и соавт. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения Тюменской области в 2017 году // *Академический журнал Западной Сибири.* 2018. Т. 14, № 5. С. 12-15.
11. Alvarez A. M., Mickiewicz E., Rodger J., et al. Radiotherapy (RT) with low dose biweekly gemcitabine (LDBG) and cisplatin in locally advanced cervical carcinoma (LACC): (Stages IIa—IVa) // *Proc. Annu. Meet. Am. Soc. Clin. Oncol.* 2002. V. 21. P. 892.
12. Belka C., Nieder C., Molls M. Biological basis of combined radio- and chemotherapy / multimodal concepts for integration of cytotoxic drugs / Brady L. W. (ed.). Heidelberg: Springer, 2006. P. 3-17.

A CASE OF COMPLEX TREATMENT INVASIVE CERVICAL CANCER WITH A TOTAL LESION OF THE URINARY SYSTEM

T.B. Grigorenko

Medical Center «Medical City», Tyumen, Russia

A rare clinical case of treatment invasive cervical cancer with bladder invasions has been presented. Treatment aspects have been analyzed.

Keywords: invasive cervical cancer, radiotherapy, chemotherapy, bladder invasions

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ЯИЧНИКОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНЕНИИ С УРАЛЬСКИМ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГОМ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ ЗА ПЕРИОД 2008-2017 гг.

Д.З. Зайнетдинова, Н.М. Федоров, М.М. Абалканова

Тюменский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются основные вопросы эпидемиологии рака яичников (РЯ) в Тюменской области (ТО), России и Уральском федеральном округе за период 2008-2017 гг. По данным Тюменского популяционного канцер-регистра заболеваемость РЯ в Тюменской области за анализируемый период увеличилась с 15,35 до 18,52 на 100 тыс. населения. Выявление РЯ в запущенных стадиях уменьшилось с 21,5% до 18,7% в 2008 и 2017 гг. соответственно. Пятилетняя выживаемость увеличилась с 60,6% в 2008 г. до 64,8% в 2017 г. Показатель одногодичной летальности за анализируемый период уменьшился с 29,2% до 16,3%. Необходимо отметить, что в то же время смертность в Тюменской области увеличилась с 5,97 до 7,6 на 100 тыс. населения. Удельный вес морфологически подтвержденных диагнозов достиг 92,1%. Проводятся анализ статистических данных, можно предположить, что повышение «грубых» показателей заболеваемости и смертности от РЯ в Тюменской области в 2017 году связано с неблагоприятным направлением демографических процессов в популяции в связи с «постарением» населения. В то же время отмеченное снижение показателей одногодичной летальности и запущенности процесса, а также увеличение пятилетней выживаемости объясняется повышением уровня онкологической настороженности врачей общей лечебной сети, своевременным выявлением и адекватным лечением РЯ и уменьшением частоты ошибок в части оценки распространенности опухолевого процесса.

Ключевые слова: рак яичников, эпидемиология, заболеваемость, смертность

Злокачественные опухоли репродуктивной системы являются наиболее часто встречающимися новообразованиями в структуре онкологической

заболеваемости женской популяции [1]. Ежегодно в мире регистрируется 225,5 тыс. новых случаев рака яичников, в Российской же Федерации данный показатель составляет 13,2 тыс. новых случаев в год. За последние несколько десятков лет отмечалась стабилизация или даже снижение уровня заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) яичников в странах с наиболее высоким процентом зарегистрированных случаев опухолей данной локализации. К таким странам были отнесены США, Канада, Великобритания и Скандинавия. В то же время в противовес вышеуказанному списку в странах с низким риском развития рака яичников (Индия, Сингапур, Япония, Испания, Португалия, Югославия, Польша) заболеваемость пошла на спад [1, 3-5, 7].

В России злокачественные новообразования яичников находятся на 7-м месте в структуре общей онкологической заболеваемости и на 4-м месте (4-6%) среди опухолей женской репродуктивной системы. Наиболее подвержены данному заболеванию женщины в возрасте от 50 до 80 лет. За последние 10 лет был выявлен значительный прирост заболеваемости раком яичников (8,5%). На ранних стадиях (I и II) диагностируется лишь треть зарегистрированных новообразований (38,3%), соответственно, большая часть случаев приходится на запущенные стадии (III и IV). Если при ранних стадиях злокачественного процесса 5-летняя выживаемость составляет примерно 80%, то при запущенном процессе данная цифра равняется лишь 30%, при этом большинство больных погибает, несмотря на проводимое лечение. На сегодняшний день в России рак яичников вышел на 1 место по числу умерших больных среди злокачественных новообразований женской половой сферы [2, 6, 8, 9].

Цель исследования: анализ заболеваемости и смертности от рака яичников населения юга Тюменской области, Уральского федерального округа и Российской Федерации в 2008-2017 гг.

Материалы исследования:

1. Информационные бюллетени «О состоянии онкологической помощи в Тюменской области в 2008-2017 гг.»

2. Статистические сборники «Состояние онкологической помощи населению России» в 2008-2017 гг.

3. Статистические сборники «Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность)» в 2008-2017 гг.

Результаты и обсуждение:

В 2017 г. в РФ впервые в жизни выявлено 12976 случаев РЯ, в УрФО – 1053 и в ТО – 144.

«Грубый» показатель заболеваемости населения РЯ в РФ увеличился с 16,73 в 2008 г. до 18,5 в

2017 г. на 100 тыс. населения, в УрФО – соответственно с 16,61 до 18,4 и в ТО – с 12,65 до 18,52 (Рис. 1).

Показатель абсолютного прироста заболеваемости населения ЗНО яичников за анализируемый период составил в РФ +1,95%, в УрФО – +1,19% и в ТО – +1,02%. Среднегодовой темп прироста в РФ достиг +0,21%, УрФО – +0,13% и в ТО – +0,11%.

Количество больных РЯ, активно выявленных при проведении профилактических осмотров по сравнению с 2008 г. к 2017 г. увеличилось в РФ с 9,2% до 18,4%, в УрФО – с 10% до 19,3% и в ТО – с 18,64% до 19,26%.

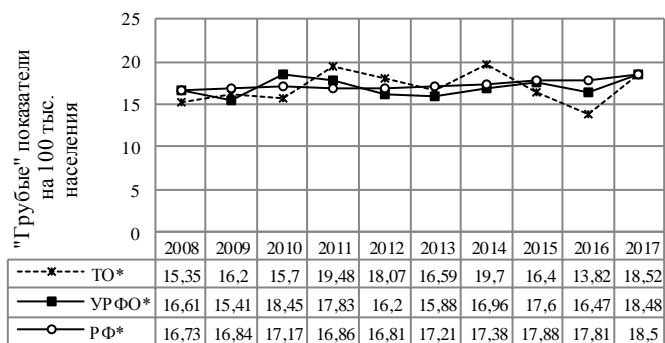


Рис. 1. Динамика заболеваемости населения раком яичников в РФ, УрФО и ТО в 2008-2017 гг.

В связи с тем, что в ТО за период 2008-2010 гг. не были приведены показатели распространенности РЯ согласно стадиям отдельно от автономных округов, нами были взяты данные за период 2011-2017 гг.

Удельный вес больных с I стадией ЗНО в РФ увеличился с 22,9% в 2011 г. до 26,9% в 2017 г. (в УрФО – с 24,2% до 29,6%, в ТО – уменьшился с 30,3% до 28,6%), со II стадией – уменьшился соответственно с 13,3% до 12,5% (в УрФО – с 10,5% до 10,2%, в ТО – с 8,4% до 4,3%). Процент больных с III стадией РЯ за анализируемый период в РФ уменьшился с 40,3% до 39% (в УрФО – с 41,5% до 38%, в ТО – увеличился с 34,5% до 48,6%), с IV стадией – с 21,9% до 19,5% (в УрФО – с 23,2% до 21,7%, в ТО – с 26,1% до 18,6%).

К 2017 г. удельный вес морфологически подтвержденных диагнозов в РФ достиг 93,6%, при этом в 2008 г. этот показатель составлял 88,4%, в УрФО: в 2008 г. – 85,8%, в 2017 г. – 93,6% и в ТО: в 2008 г. – 87,5%, в 2017 г. – 92,1%.

Доля больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления диагноза РЯ, от числа состоящих на учете на конец года в РФ увеличилась за анализируемый период времени с 55,5% до

61,6%, в УрФО – с 55,2% до 62,5% и в ТО – с 60,6% до 64,8% (Рис. 2).

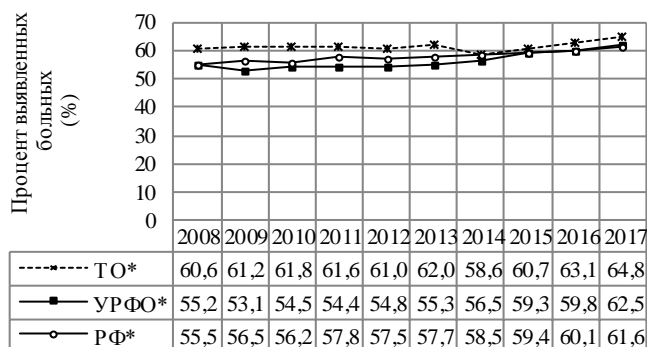


Рис. 2. Доля больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления рака яичников, от числа состоящих на учете на конец отчетного года.

За рассматриваемый период отмечалось снижение показателя летальности больных от РЯ в течение года с момента установления диагноза: в РФ – с 26,2% до 21,2%, в УрФО – с 27,3% до 20,9% и в ТО – с 29,2% до 16,3% (Рис. 3).

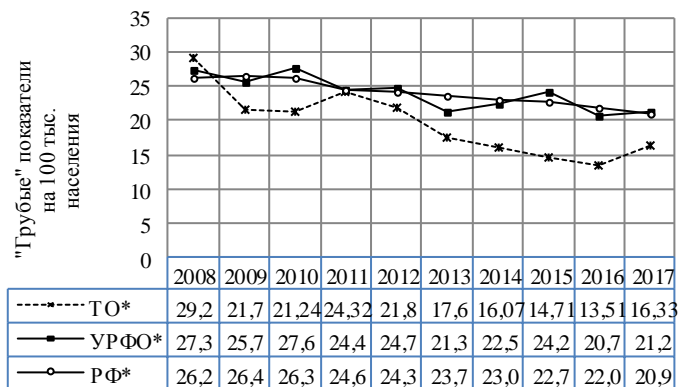


Рис. 3. Динамика одногодичной летальности населения от рака яичников в РФ, УрФО и ТО в 2008-2017 гг.

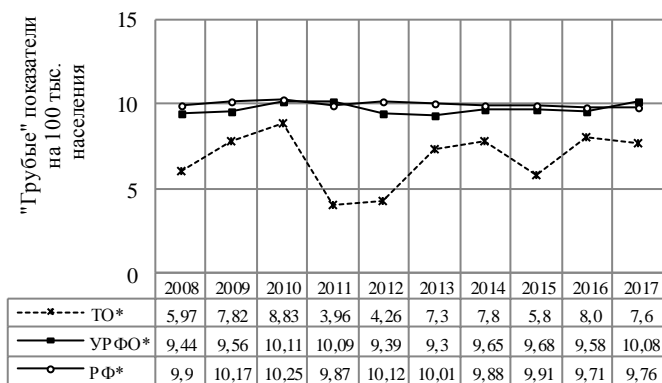


Рис. 4. Динамика смертности населения от рака яичников в РФ, УрФО и ТО в 2008-2017 гг.

«Грубый» показатель смертности населения от РЯ в РФ несколько уменьшился с 9,9 в 2008 г. до 9,76 в 2017 г. на 100 тыс. населения, в УрФО – увеличился с 9,44 до 10,08 и в ТО – с 5,76 до 7,6 (Рис. 4). Показатель абсолютного прироста смертности населения от РЯ за исследуемый период составил в РФ -0,74%, в УрФО – +0,29% и в ТО – +2,74%. Среднегодовой темп прироста в РФ достиг -0,08%, в УрФО – +0,03% и в ТО – +0,3%.

Важным показателем является отношение одногодичной летальности к запущенности (IV стадия) предыдущего года, который свидетельствует о частоте ошибок в части оценки распространенности опухолевого процесса у большого и недостатках учета. По РФ данный показатель уменьшился с 1,21 в 2008 г. до 1,04 в 2017 г., в УрФО – с 1,28 до 1,16 и в ТО – с 0,99 до 0,82.

Выводы:

1. В Тюменской области, как и в Российской Федерации, и Уральском федеральном округе за анализируемый период отмечался рост показателей заболеваемости раком яичников с темпом прироста от 1,02% до 1,95%.

2. Повышение уровня выявляемости рака яичников при проведении профилактических осмотров отмечено во всех анализируемых субъектах, и в 2017 году данный показатель практически сравнялся и составил 18,64%-19,3%. Это обусловлено более активным обследованием населения и ростом онконастороженности медицинского персонала общей лечебной сети.

3. Смертность от рака яичников населения Тюменской области и Уральского федерального округа в период с 2008 по 2017 гг. незначительно увеличилась соответственно на 3% и 0,3%. В России за данный период отмечалось ее уменьшение на 0,8% и приближение к показателю УрФО. В то же время смертность от рака яичников в Тюменской области в 2017 г. составила 7,6 на 100 тыс. населения, что на 20,8% ниже аналогичных данных по России.

Литература:

1. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы // Онкогинекология. 2012. № 1. С. 18-23.
2. Барчук А.А., Беляев А.М., Филочкина А.В. и соавт. Скрининг рака и смертность // Практическая онкология. 2016. Т. 17, № 4. С. 228-246.
3. Горобцова В.В. Статистика, эпидемиология, подходы к терапии рака яичников в Ростовской области // Онкология. Ростов-на-Дону. 2018. № 3(62).С. 39-41.
4. Ефимова О.А., Сафонова М.А. Эпидемиология рака яичников на ранних стадиях // Клиническая и профилактическая медицина // Acta medica Eurasica. 2018. № 4. С. 9-18.
5. Жордания К.И., Калиничева Е.В., Моисеев А.А. Рак яичников: эпидемиология, морфология и гистогенез // Онкогинекология. Москва. 2017. № 3. С. 26-32.
6. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 гг. / Статистический сборник. МНИОИ им. П.А. Герцена. 2018.
7. Набиева Ф.С. Современные аспекты эпидемиологии, этиологии и диагностики рака яичников (обзор литературы) //

Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина». 2016. № 2. С. 110-131.

8. Федоров Н.М., Зотов П.Б., Подгальная Е.Б. и соавт. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения Тюменской области в 2017 году // Академический журнал Западной Сибири. 2018. Т. 14 (5). С. 12-15.
9. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) в 2017 гг. / Статистический сборник. МНИОИ им. П.А. Герцена. 2018.

ANALYSIS OF MORBIDITY AND MORTALITY FROM OVARIAN CANCER IN THE TYUMEN REGION IN COMPARISON WITH THE RUSSIAN FEDERATION AND THE URAL FEDERAL DISTRICT FOR THE PERIOD FROM 2008 TO 2017

N.M. Fedorov, D.Z. Zainetdinova, M.M. Abalkanova

Tyumen State Medical University, Russia

The article deals with the main issues of the epidemiology of ovarian cancer in the Tyumen region, the Russian Federation and the Ural Federal District for the period from 2008 to 2017. The incidence of ovarian cancer was 15.35 in 2008 and 18.52 per 100,000 population in 2017. The proportion of patients having stage III and stage IV was decreased from 21.5% in 2008 to 18.7% in 2017. The five-year absolute survival rate was 60.6% in 2008 and 64.8% in 2017. The one-year mortality rate was decreased from 29.2% in 2008 to 16.3% in 2017. Mortality from ovarian cancer in the Tyumen region was increased from 5.97 in 2008 to 7.6 in 2017. The percentage of morphologically confirmed diagnoses reached 92.1%. The analysis of statistical data indicates an increase in “gross” incidence rates and mortality of ovarian cancer in the Tyumen region in 2017, which may be due to the unfavorable direction of demographic processes in the population due to the “aging” of the population. At the same time, the marked decrease in the proportion of patients with stage III and stage IV malignant tumor, one-year mortality rate and the increase in the five-year absolute survival rate is explained by an increase in the level of oncological alertness of general practitioners, timely detection and adequate treatment of ovarian cancer and a decrease in the frequency of errors in assessing the prevalence of the tumor process.

Keywords: ovarian cancer, epidemiology, incidence, mortality

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ПРИ ОСТРОМ ВВЕДЕНИИ ЭТАНОЛА В ОДНОЙ ДОЗЕ, НО В РАЗНЫХ ОБЪЕМАХ

В.Г. Башкатова, Н.Г. Богданова, С.К. Судаков, Г.А. Назарова, Е.В. Алексеева

НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина, г. Москва

E-mail: v.bashkatova@nphys.ru

В работе было исследовано влияние этанола, вводимого однократно в одной и той же дозе (2 г/кг), но в различных концентрациях и объемах на болевую чувствительность крыс. Установлено, что введение этанола во

всех трех изученных концентрациях вызывало значительное повышение латентного периода облизывания лап у крыс по сравнению с данным показателем в группе контрольных животных. Максимальный анальгетический эффект наблюдался при остром введении этанола в концентрации препарата 13% и, соответственно в объеме 15,5 мл/кг. Таким образом, однократное введение этанола в дозе 2 мг/кг оказывало существенное влияние на болевую чувствительность крыс. При этом показано, что анальгетический эффект зависит не только от дозы, но и от концентрации и объема вводимого раствора этанола.

Ключевые слова: болевая чувствительность, концентрация и объем этанола, анальгетический эффект, крысы

Проблема алкоголизма в России на сегодняшний день является одной из самых актуальных медико-социальных проблем [1]. К числу наиболее часто употребляемых алкогольных напитков относятся: пиво (около 4-6% этанола), сухие вина (11-13% этанола), а также водка, коньяк и другие напитки, содержащие 40-45% этанола. Предполагается, что в большинстве случаев крепкие спиртные напитки употребляются в меньших количествах, чем вино и пиво [4, 6]. При этом, несмотря на значительное количество работ, посвященных исследованию различных аспектов потребления алкоголя, многие физиологические эффекты этанола остаются до сих пор недостаточно изученными.

Большинство научных работ посвящено исследованию влияния этанола на активность тех или иных рецепторов в центральной нервной системе [3, 7]. Имеются немногочисленные данные о том, что для развития физиологических эффектов на организм человека и животных важна не только доза этанола, но также концентрация и объем потребляемых этанолсодержащих напитков [5].

В работе было исследовано влияние этанола, вводимого однократно в одной и той же дозе (2 г/кг), но в различных концентрациях на болевую чувствительность крыс.

Материалы и методы.

Работа была проведена на крысах-самцах линии Вистар массой 180-210 г. Эксперименты были выполнены в соответствии с требованиями приказа № 267 МЗ РФ (19.06.2003 г.). Для проведения опытов крыс разделили на 6 групп по 8 животных в каждой. Крыс лишали воды и пищи за два часа до начала эксперимента. Растворы этанола и воду вводили всем животным непосредственно в желудок при помощи специального металлического зонда. Трех контрольным группам крыс вводили воду в объемах 5, 15,5 или 40 мл/кг соответственно. Четвертой группе крыс вводили 5 мл/кг 40% этанола, пятой группе – 15,5

мл/кг 13% этанола, шестой группе – 40 мл/кг 5% этанола.

Для оценки порога болевой (ноцицептивной) чувствительности была использована установка «горячая пластина» (TSE, Германия). Пластина представляет собой металлическую поверхность разогретую до 56 градусов, на которую крысы помещали через 20 минут после введения исследуемых веществ. Об уровне болевой чувствительности судили по латентному периоду начала облизывания лап. Если в течение 60 секунд облизывания не наблюдалось, животное из аппарата извлекали [2].

Статистическую обработку результатов проводили с использованием непараметрического U-критерия Манна – Уитни.

Результаты и обсуждение.

При изучении эффектов однократного введения этанола в дозе 2 г/кг, но в различных объемах, обнаружено, что введение в желудок крысы различных объемов воды не приводило к каким-либо изменениям порогов болевой чувствительности. В то же время, раствор этанола, введенный во всех трех изученных объемах, приводил к развитию анальгетического эффекта (табл. 1).

Так, при введении этанола в объеме 15,5 мл/кг (группа 5) наблюдалось более чем пятикратное увеличение латентного времени облизывания лап у крыс по сравнению с данным показателем в группах контрольных животных. Менее выраженный анальгетический эффект отмечался при введении раствора этанола в максимальном из изученных нами объеме – 40 мл/кг.

Таблица 1

Влияние однократного введения этанола в дозе 2 г/кг в разных объемах (концентрациях) на латентный период облизывания лап в тесте «Горячая пластина»

Группы животных	Вводимые растворы	Латентный период облизывания лап
Группа 1	Вода 5 мл/кг	6,4±1,6
Группа 2	Вода 15,5 мл/кг	6,5±2,4
Группа 3	Вода 40 мл/кг	7±1,1
Группа 4	Р-р этанола 5 мл/кг	23,4±3,1*
Группа 5	Р-р этанола 15,5 мл/кг	42,5±9,3**
Группа 6	Р-р этанола 40 мл/кг	32,5±4,9*

Примечание: * - отличие по сравнению с контрольной группой с водой (p<0,05). # - отличие по сравнению с группой, получившей 5 мл/кг раствора этанола (p<0,05).

Наименее заметное, но тем не менее достоверное влияние на болевую чувствительность оказывало введение этанола в невысоком объеме (5 мл/кг), но в высокой концентрации (40%).

Суммируя данные наших экспериментов можно заключить, что обезболивающий эффект этанола в большей степени проявлялся при введении средних и высоких объемов (в концентрациях 13% и 5% соответственно). Интерпретация этих результатов достаточно сложна, однако можно предположить, что анальгетический эффект в существенной степени может быть обусловлен воздействием этанола непосредственно на ткани желудка.

Таким образом, однократное введение этанола в дозе 2 мг/кг оказывало существенное влияние на болевую чувствительность крыс. При этом, степень выраженности анальгетического эффекта зависела не только от дозы препарата, но также и от вводимого объема/концентрации.

Литература:

1. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости. Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. М.: Медпрактика. М., 2002. Т. 1. С. 33-41.
2. Бондаренко Д.А., Дьяченко И.А., Скобцов Д.И. и др. In vivo модели для изучения анальгетической активности // Биомедицина. 2011. № 2. С. 84-94.
3. Тригуб М.М., Богданова Н.Г., Колпаков А.А. и др. Влияние агонистов опиоидных рецепторов периферического действия на депрессивный эффект этанола // Бюл. экспер. биол. мед. 2013. Т. 156, № 12. С. 741-744.
4. Erol A., Karpyak V.M. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations // Drug Alcohol Depend. 2015. V. 156. P. 1-13.
5. Hillemacher T., Bayerlein K., Reulbach U. et al. Alteration of prolactin serum levels during alcohol withdrawal correlates with craving in female patients // Addict. Biol. 2005. V. 10, № 2. P. 181-186.
6. Mitchell M.C., Teigen E.L., Ramchandani V.A. Absorption and peak blood alcohol concentration after drinking beer, wine, or spirits // Alcohol Clin. Exp. Res. 2014. V. 38, № 5. P. 1200-1204.
7. Robinson S.L., Alexander N.J., Bluett R.J. et al. Acute and chronic ethanol exposure differentially regulate CB1 receptor function at glutamatergic synapses in the rat basolateral amygdala // Neuropharmacology. 2016. V. 108. P. 474-484.

PECULIARITIES IN MANIFESTATION OF ACUTE ANALGETIC EFFECT OF ETHANOL ADMINISTRATION IN ONE DOSE BUT IN DIFFERENT VOLUMES

V.G. Bashkatova, N.G. Bogdanova, S.K. Sudakov, G.A. Nazarova, E.V. Alexeeva

P.K. Anokhin Research Institute of Normal Physiology, Moscow, Russia

The effect of acute administration of ethanol at the same dose (2 g/kg), but in different concentrations and volumes on pain sensitivity of rats was investigated. It was found that introduction of ethanol in all three studied concentrations caused a significant increase in latent period of paw licking in rats compared to this indicator in group of control animals. Maximal analgesic effect of acute administration of ethanol was observed in its concentration of 13% and, accordingly, in the volume of 15.5 ml/kg. Thus, a single administration of ethanol at dose of 2 mg/kg produced significant effect on pain sensitivity of rats. With this, it has been shown that analgesic effect did not depend on the dose only, but it hinged

on the concentration and volume of admitted ethanol solution also.

Keywords: pain sensitivity concentration and volume of ethanol, analgesic effect, rats

УРОЛОГИЯ

ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Т.И. Раздолькина, Е.Ф. Московская, Е.А. Яушева, Т.И. Вешкина

НИ Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, г. Саранск
Детская республиканская клиническая больница, г. Саранск, Россия

E-mail авторов: trazdolkina@mail.ru

В статье представлены результаты ретроспективного анализа 34 историй болезни детей с острым почечным повреждением (ОПП) в возрасте от 1 месяца до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница» с 2000 г. по 2018 г. Мальчиков было 16, девочек – 18. Установлено, что в большинстве случаев ОПП было диагностировано у детей первых трех лет жизни (85,3% случаев, в том числе до 1 года - 26,5%). Основной причиной ОПП (67,6% случаев) за анализируемый период был гемолитико-уремический синдром (ГУС). Острое повреждение почек на фоне ГУС отмечалось более чем у половины детей (66,7%) первого года жизни и в 75% случаев у пациентов в возрасте 1-3 лет. Токсическое воздействие лекарственных препаратов было причиной ОПП у больных 12-14 летнего возраста.

Ключевые слова: дети, острое повреждение почек, этиология

Острое почечное повреждение (ОПП) у детей является одной из самых значимых проблем детской нефроурологии, поскольку ОПП в детском возрасте наблюдается относительно часто в связи с лабильностью водно-минерального обмена, высокой частотой аномалий органов мочевой системы, воздействием патологических факторов на фоне функциональной и морфологической незрелости почек.

Под острым повреждением почек понимается резкое (в течение 48 часов) снижение функции почек, проявляющееся нарастанием креатинина крови более чем в 1,5 раза по сравнению с исходным, или повышением уровня креатинина на 0,3 мг/дл (на 26,5 мкмоль/л) и более в течение 48 часов, и/или снижением объема мочи (снижение диуреза до значений менее 0,5 мл/кг/час за 6 часов) [2]. В настоящее время в детской нефроуро-

логии используется классификация ОПП по p-RIFLE, согласно которой выделяются 3 стадии повреждения почек (риск, повреждение, недостаточность) и две стадии исходов (потеря функции и терминальная почечная недостаточность) [8]. В основе критериев p-RIFLE лежит определение скорости клубочковой фильтрации по формуле Schwarts [10] и учет диуреза. До настоящего времени не утратила своего значения классификация острого повреждения почек в зависимости от уровня поражения (преренальная, ренальная, постренальная) [5].

В этиологической структуре педиатрического ОПП в последние годы наблюдается тенденция к уменьшению собственно заболеваний почек, и увеличению вторичных причинно-значимых болезней. Отмечается повышение частоты развития кардиохирургически-ассоциированного острого повреждения почек у детей [1, 5], острого повреждения почек после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток [7, 9]. Одной из актуальных проблем педиатрической нефрологии, реаниматологии является развитие тяжелых стадий острого повреждения почек у детей с полиорганной недостаточностью, сепсисом, гемолитико-уремическим синдромом (ГУС), экзогенными отравлениями [3, 5].

Цель исследования: проанализировать причины, возрастную структуру острого почечного повреждения у детей Республики Мордовия.

Материалы и методы.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей ($n = 34$), находившихся на стационарном лечении в Детской республиканской клинической больнице за период с 2000 г. по 2018 г. по поводу ОПП. Возраст пациентов составил от 1 месяца до 16 лет, мальчиков было 16, девочек – 18. Стадию острого почечного повреждения определяли согласно педиатрической классификации p-RIFLE критериев ОПП [8].

Для оценки скорости клубочковой фильтрации использовали формулу Schwarts [10]. Статистическая обработка включала анализ частоты встречаемости признака. Для определения значимости различий использован t критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение.

В результате ретроспективного анализа историй болезни установлено, что за анализируемый период в большинстве случаев ОПП было диагностировано у детей первых трех лет жизни (85,3%, в том числе до 1 года – 26,5%) по сравнению с пациентами 4-6 лет (5,9%; $p < 0,001$), 12–14 лет (5,9%; $p < 0,001$) и 15–16 лет (2,9%; $p < 0,001$). Несколько чаще ОПП наблюдалось у девочек

(52,9%) по сравнению с мальчиками (47,1%). Обращает на себя внимание, что почти четверть пациентов (23,5%) была госпитализирована по поводу ОПП в 2018 году.

Основной причиной ОПП (67,6% случаев) за период с 2000 г. по 2018 г. был гемолитико-уремический синдром (ГУС), заболеваемость которым варьировала в пределах 0,67–5,19 на 100000 детского населения до 15 лет. Причем с 2000 по 2010 г. было зарегистрировано 9 случаев ГУС (заболеваемость составила 0,67–1,75 на 100000 детского населения до 15 лет), тогда как за период с 2011 г. по 2018 г. – 14 случаев (заболеваемость составила 0,88–5,19 на 100000 детского населения до 15 лет). Необходимо отметить, что 26,1% случаев заболевания наблюдались в 2018 году. Несколько чаще (60,8%) ГУС регистрировался в летне-осенний период по сравнению с зимне-весенним сезоном (39,1%). Значительно реже по сравнению с ГУС ОПП наблюдалась при острой кишечной инфекции (11,9%; $p < 0,001$), синдроме Дениса-Драша (2,9%; $p < 0,001$), ассоциированной вирусно-бактериальной инфекции (11,9%; $p < 0,001$), приеме лекарственных препаратов (НПВС) – 5,9% ($p < 0,001$), врожденном нефротическом синдроме (2,9%; $p < 0,001$), у 2 детей (5,9%; $p < 0,001$) этиология ОПП была не установлена.

Острое повреждение почек на фоне ГУС отмечалось более чем у половины детей (66,7%) первого года жизни и в 75% случаев у пациентов в возрасте 1-3 лет. Острая кишечная инфекция была причиной ОПП в 11,1% случаев у детей до 1 года и 15,5% – у больных дошкольного возраста. Токсическое воздействие лекарственных препаратов привело к развитию ОПП у детей 12-14 летнего возраста.

Более чем в половине случаев (52,9%) при госпитализации была диагностирована стадия недостаточности ОПП, несколько реже – стадия повреждения (35,3%) и риска (11,8%). Причем более чем в половине случаев (55,6%) III стадия ОПП была обусловлена ГУС, 22,2% – острой кишечной инфекцией. Кроме того, стадия недостаточности отмечалась у ребенка с врожденным нефротическим синдромом, у пациента с синдромом Дениса-Драша, в одном случае III стадия ОПП была обусловлена токсическим воздействием лекарственных препаратов.

В 20,6% случаев на фоне ОПП наблюдалась вторичная кардиопатия (в том числе в 11,8% у детей с ГУС), в 8,8% – артериальная гипертензия (в том числе в 5,9% у детей с ГУС), в 14,7% случаев наблюдался токсический панкреатит, 8,8% – токсический гепатит. Причем у всех пациентов с токсическим панкреатитом и токсическим гепа-

титом причиной ОПП был гемолитико - уремический синдром.

Заместительную почечную терапию (ЗПТ) получали 13 детей (38,2%), в том числе 4 (11,8%) – дети до 1 года. При этом у 9 (26,5%) пациентов ОПП произошло на фоне ГУС, 2 (5,9%) – острой кишечной инфекции, 1 (2,9%) – врожденного нефротического синдрома, 1 (2,9%) – синдрома Дениса-Драша.

Всего умерло 3 детей, в том числе 2 – в возрасте до 1 года (причиной ОПП были врожденный нефротический синдром и синдром Дениса-Драша) и 1 ребенок в возрасте 1 года 10 месяцев с ГУС. Необходимо отметить, что у обоих пациентов до 1 года течение ОПП осложнилось присоединением бронхопневмонии. Летальность среди детей, находившихся на ЗПТ, составила 23,1%, среди всех больных с ОПП – 8,8%, среди пациентов с ГУС – 4,3%.

Заключение.

Таким образом, острое повреждение почек в большинстве случаев диагностируется у детей первых трех лет жизни (85,3% случаев, в том числе до 1 года – 26,5%). Основной причиной ОПП (67,6% случаев) за анализируемый период был гемолитико-уремический синдром. Острое повреждение почек на фоне ГУС отмечалось более чем у половины детей (66,7%) первого года жизни и в 75% случаев у пациентов в возрасте 1-3 лет. Токсическое воздействие лекарственных препаратов было основной причиной ОПП у больных 12-14 летнего возраста.

Литература:

1. Бокерия Л.А., Туманян М.Ф., Филаретова О.В., Андерсон А.Г., Трунина И.И., Харькин А.В. Нехирургические факторы риска неблагоприятного исхода кардиохирургических вмешательств в неонатальном периоде. *Российский вестник перинатологии и педиатрии* 2011. Т. 56. № 6. С. 19-25.
2. Клинические практические рекомендации KDIGO по острому почечному повреждению. Перевод А.М. Андрусев и Е.С. Камышовой / Под ред. Е.В. Захаровой. 2012. 164 с.
3. Музуров А.Л. Эпидемиология острого почечного повреждения у детей / Зверев Д.В., Абасеева Т.Ю., Генералова Г.А., Панкратенко Т.Е., Эмирова Х.М., Орлова О.М., Кварацхелия М.В., Макулова А.И., Попа А.В. // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2017. Т. 7, № 1. С. 30-39.
4. Савенкова Н.Д. Педиатрические классификации и эпидемиология острого повреждения почек // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2018. Т. 63, № 5. С. 36-42.
5. Савенкова Н.Д., Панков Е.А. Нерешенные проблемы острого повреждения почек у детей // *Нефрология*. 2015. Т. 19, № 3. С. 9-19.
6. Селиверстова А.А., Савенкова Н.Д., Хубулава Г.Г., Марченко С.П., Наумов А.Б. Острое повреждение почек у новорожденных и детей грудного возраста с врожденными пороками сердца после кардиохирургических вмешательств. *Нефрология* 2017. Т. 21, № 3. С. 54-60.
7. Харисова Э.Р., Савенкова Н.Д. Особенности развития, течения и исхода острого почечного повреждения после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток у детей. *Нефрология* 2018. Т.22, № 3. С. 12-25.

8. Akcan-Arikan A., Zappitelli M., Loftis L. L., Washburn K. K., Jefferson L. S., Goldstein S. L. Modified RIFLE criteria in critically ill children with acute kidney injury. *Kidney Int.*, 2007. V. 71, № 10. P. 1028-1035.
9. Kizilbash S.J., Kashtan C.E., Chavers B. et al. Acute Kidney Injury and the Risk of Mortality in Children Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant* 2016. V. 22, №7. P. 1264-1270.
10. Schwartz G. J., Furth S. L. Glomerular filtration rate measurement and estimation in chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol.* 2007. V. 22, № 11. P. 1839-1848.

ACUTE KIDNEY INJURY IN CHILDREN IN THE REPUBLIC OF MORDOVIA

T.I. Razdolnina, E.F. Moskovskaya, E.A. Yausheva, T.I. Veshkina

Ogarev Mordovia State University", Saransk, Russia; trazdolnina@mail.ru

The article presents the results of the retrospective analysis of 34 medical histories of children with acute kidney injury (AKI) aged between 1 month to 16 years. They were on inpatient treatment in GBUZ RM "Children's Republican clinical hospital" from 2000 to 2018. There were 16 boys and 18 girls. It was found that in most cases AKI was diagnosed in children of the first three years of life (85.3% of cases, including 26.5% of children under 1 year of age). The main cause of AKI (67.6% of cases) during the analyzed period was hemolytic uremic syndrome (HUS). Acute kidney injury against HUS was noted in more than half of children (66.7%) of the first year of life and in 75% of cases in patients aged 1-3 years. Toxic effect of drugs was the cause of AKI among 12-14 years old patients.

Keywords: children, acute kidney injury, etiology

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ПОЧЕК В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ

В.Б. Бердичевский, Б.А. Бердичевский, Д.А. Барашин, Ф.Р. Расулов, А.В. Романова, И.В. Павлова, Е.В. Загорчик

Тюменский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучение липидного метаболизма почек в условиях их морфологической и функциональной состоятельности, методом совмещенной позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии тела человека с предшественником мембранных фосфолипидов, 11С-холином.

Материалы и методы: шести волонтерам (3 мужчин и 3 женщин) в возрасте 25-30 лет, в анамнезе которых были близкие родственники к различными онкологическим заболеваниями вне органов мочевой системы, предложено пройти профилактическое ПЭТ/КТ исследования всего тела человека для исключения ранних форм новообразований.

Результаты. В процессе проведенного исследования установлено, что метаболизм предшественника фосфолипидов клеточных мембран, ¹¹C-холина на уровне коркового и мозгового слоя почки в норме имеет принципиальные различия, что верифицируется визуально и в цифровом выражении по интенсивности фиксации изотопа (SUV_{max}). Так на уровне коркового слоя почки справа SUV_{max} составила 9,22 у.е., а мозгового слоя 8,15 у.е. При этом разница интенсивности фиксации изотопа составила 8,9%. Слева на уровне коркового слоя SUV_{max} составила 10,09 у.е., а мозгового слоя 9,08 у.е. Разница интенсивности поглощения РФП составила 9,1% что, по всей видимости, отражало функциональные особенности изучаемых структур в состоянии нормы.

Выводы. Проведенное исследование показало реальную возможность изучения метаболизма жизненно важных биомолекул ¹¹C-холина в функционально состоятельных почках. ПЭТ/КТ технология может быть также использована как дополнительный метод верификации нефроурологической патологии.

Ключевые слова: метаболизм, ПЭТ/КТ, почки

Патология почек длительное время остаётся одной из актуальных проблем нефроурологии и связана с нарушением метаболизма биологически активных веществ на уровне клеток, обеспечивающих функциональную состоятельность органа [1-3]. Как правило, патологический процесс формируется в паренхиме почки и его локализация во многом определяет клиническую картину заболевания. Известно, что для нефрологической патологии (гломерулонефрита) характерно поражение гломерулярного аппарата расположенного в корковом и частично мозговом слое органа, а урологический воспалительный процесс (пиелонефрит) локализуется преимущественно в чашечно-лоханочной системе почки. Но всегда ли это так? [4-7].

Есть мнение, что микробное воспаление в почке поражает преимущественно интерстициальную часть мозгового слоя почки и вовлечение чашечно-лоханочной системы вторично. При этом анатомическая близость канальцевого аппарата и клубочка приводит к включению последнего в патологический процесс, что клинически проявляется сочетанной картиной заболевания почек. Морфологические исследования материала полученного при прижизненной биопсии подтверждают это мнение, однако процесс подготовки биоптата для микроскопии может частично исказить истинную картину поражения органа, что требует дополнительных и более объективных методов верификации диагноза [8-10].

Целью исследования стало изучение липидного метаболизма почек в условиях их морфологической и функциональной состоятельности, методом совмещенной позитронно - эмиссионной и компьютерной томографии тела человека с предшественником мембранных фосфолипидов, ¹¹C-холином.

Материалы и методы.

В рамках настоящего исследования шести волонтерам (3 мужчин и 3 женщины) в возрасте 25-30 лет, в анамнезе которых были близкие родственники с различными онкологическим заболеваниями вне органов мочевой системы, предложено пройти профилактическое ПЭТ/КТ исследования всего тела человека для исключения ранних форм новообразований (чувствительность метода 94-96%). Исследования выполнены в Радиологическом центре Тюменского областного онкологического диспансера по стандартной методике на аппарате PET/CT (Siemens Biograph). Материалы исследования обработаны с применением Microsoft Exel и пакета программ «Statistica 10». Использованы методы вариационной статистики, полученные данные представлены в виде $M \pm m$. Для оценки достоверности применен критерий Стьюдента.

Результаты исследования.

В процессе проведенного исследования установлено, что метаболизм предшественника фосфолипидов клеточных мембран, ¹¹C-холина на уровне коркового и мозгового слоя почки в норме имеет принципиальные различия, что верифицируется визуально и в цифровом выражении по интенсивности фиксации изотопа (SUV_{max}), (Рис. 1).

Так, на уровне коркового слоя почки справа SUV_{max} составила 9,22 у.е., а мозгового слоя 8,15 у.е. При этом, разница интенсивности фиксации изотопа составила 8,9%. Слева на уровне коркового слоя SUV_{max} составила 10,09 у.е., а мозгового слоя 9,08 у.е. Разница интенсивности поглощения РФП составила 9,1% что, по всей видимости, отражало функциональные особенности изучаемых структур обеих почек в состоянии нормы. Результаты специального изучения этих параметров у нефроурологических пациентов, может быть основой для разработки объективных маркеров нарушения метаболизма почек при наличии патологического процесса и уточнения его локализации.

Общая тропность в норме правой почки к ¹¹C-холину составила 17,74 у.е., левой почки 19,2 у.е., что на 7,8% больше. Это указывало на нали-

чие особенности индивидуального вклада парного органа в общий процесс метаболизма меченого предшественника мембранных фосфолипидов ^{11}C -холина, почками.

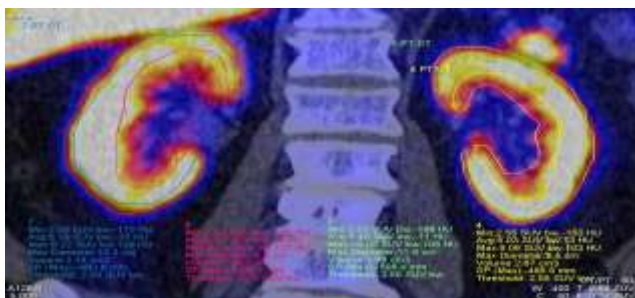


Рис. 1. Томограмма волонтера Б. 25 лет с визуальным и цифровым ранжированием уровня захвата ^{11}C -холина паренхимой почек.

Выводы.

Проведенное исследование показало реальную возможность изучения метаболизма жизненно важных биомолекул ^{11}C -холина в функционально состоятельных почках. ПЭТ/КТ технология может быть также использована как дополнительный метод верификации нефроурологической патологии.

Литература:

1. Akhurst T., Chisin R. Hybrid PET/CT machines: optimized PET machines for the new millennium? // J. Nucl. Med. 2000. V. 41, № 14. P. 961-963.
2. Позитронно-эмиссионная томография: руководство для врачей / Под ред. А.М. Гранова и Л.А. Тютина. М.: Фолиант, 2008. 368 с.
3. Гранов А.М., Тютин Л.А., Костеников Н.А. Семнадцатилетний опыт использования позитронно-эмиссионной томографии в клинической практике (достижения и перспективы развития) // Медицинская визуализация. 2013. № 2. С. 41-52.
4. Бердичевский В.Б., Бердичевский Б.А., Беспалова Т.В., Барашин Д.А., Чибулаева Е.В. Метаболизм головного мозга в норме и при нарушении ритма мочеиспускания // Медицинская наука и образование Урала. 2-17. № 4. С. 81-85.
5. Месса С. et al. PET/CT in diagnostic oncology // Q. J. Nucl. Med. Mol. Imaging. 2004. V. 48, № 2. P. 66-75.
6. Ble M. Functional cellular imaging: revolution for oncology // Presse Med. 2006. V. 35, № 9. P. 1339-1346.
7. Муравлёва Л.Е., Молотов-Лучанский В.Б., Клюев Д.А., Колесникова Е.А., Демидчик Л.А., Бейникова И.В., Сариева С.С. Модифицированные белки эритроцитов крови больных хронической почечной недостаточностью // Академический журнал Западной Сибири. 2014. Т. 10, № 2. С. 67-68.
8. Blackshaw G., Lewis W.G., Hopper A.N. et al. Prospective comparison of endosonography, computed tomography, and histopathological stage of junctional oesophagogastric cancer // Clin. Radiol. 2008. V. 63, № 10. P. 1092-1098.
9. Асланиди И.П., Пурсанова Д.М., Мухортова О.В. и др. Роль ПЭТ/КТ с ^{11}C -холином в ранней диагностике

прогрессирования рака предстательной железы // Медицинская радиология и радиационная безопасность. 2014. Т. 59, № 5. С. 37-54.

10. Чиркин А.А., Доценко Э.А., Юпатов Г.И. Липидный обмен. М.: Медицинская литература, 2006. 128 с.

RESEARCH OF METABOLISM OF KIDNEYS IN THE MODE REAL TIME

V.B. Berdichevskyy, B.A. Berdichevskyy,
D.A. Barashin, F.R. Rasulov, A.V. Romanova,
I.V. Pavlova, E.V. Zagorchik

Tyumen State Medical University, Russia;
neurourofcm@mail.ru

It is known that nephrological pathology is characterized by a lesion of the glomerular apparatus located in the organ in the cortical and partially cerebral layer, and the urological inflammatory process is localized mainly in the renal pelvis system. Morphological studies of material obtained during an intravital biopsy confirm this opinion, however, the process of preparing a biopsy for microscopy may partially distort the true picture of organ damage, which requires additional and more objective methods of verification of the diagnosis.

The aim of the study was to study the lipid metabolism of the kidneys in terms of their morphological and functional viability, using the combined positron-emission and computed tomography of the human body with the precursor of membrane phospholipids, ^{11}C -choline.

Materials and methods. As part of this study, six volunteers (3 males and 3 females) aged 25-30 years, in history who had close relatives to various oncological diseases outside the urinary system, were asked to undergo prophylactic PET / CT examination of the entire human body to exclude early neoplasms.

The results. In the course of the study it was established that the metabolism of the precursor of phospholipids of cell membranes, ^{11}C -choline at the level of the cortical and brain layer of the kidney normally has fundamental differences, which is verified visually and numerically by the isotope fixation intensity (SUVmax). So at the level of the cortical layer of the kidney, on the right, SUVmax was 9.22 cu, and the medulla was 8.15 cu. The difference in the intensity of fixation of the isotope was 8.9%. Left at the level of the cortical layer SUVmax. amounted to 10.09 cu, and the medulla 9.08 u.e. The difference in the intensity of absorption of radiopharmaceuticals was 9.1%, which, apparently, reflected the functional features of the studied structures in the normal state.

Findings. The study showed the real possibility of studying the metabolism of vital biomolecules of ^{11}C -choline in functionally well-to-do kidneys. PET / CT technology can also be used as an additional method for verification of nephro-urological pathology.

Keywords: metabolism, PET / CT, kidneys

Поздравления с Юбилеем...



Глубокоуважаемый Николай Михайлович!

В этот памятный день мы – Ваши коллеги, друзья и последователи - рады быть вместе с Вами и пожелать Вам самого крепкого здоровья, благополучия и неизменного ощущения счастья! Круг Ваших научных интересов разнообразен и охватывает многие разделы онкологии и лучевой диагностики.

Свой богатый опыт Вы обобщили в целом ряде публикаций. Научные исследования и разработки, выполненные под Вашим руководством, всегда основаны на глубоком знании проблемы, которой занимались, и на собственном богатом клиническом опыте. Большое внимание в научных исследованиях Вы уделяли разработке организационно-методических аспектов функционирования отделений и кабинетов лучевой диагностики ЛПУ различного уровня, определению алгоритма рационального применения современных методов интервенционной радиологии.

Вы всегда просты и доступны в общении, Вам органически чужды зазнайство и высокомерие, и Вы сами не терпите это в других. Вашей доброжелательностью, готовностью всегда прийти на помощь, порой даже не дожидаясь просьбы о ней, Вы притягиваете к себе людей, особенно молодежь, и создаете особую атмосферу доверительности в отношении с ними. Вы – человек широкой эрудиции и большого личного обаяния, пользуетесь уважением и непререкаемым авторитетом среди коллег и многочисленных учеников. В течение многих лет заботливо растили кадры научных работников и практических врачей на кафедре онкологии ТюмГМУ, воспитали большую плеяду врачей, которые продолжают Ваши благие начинания.

Вы видный ученый, высококвалифицированный специалист, неутомимый труженик, внесший большой вклад в развитие отечественной онкологии и лучевой диагностики, в тоже время скромный человек, не гоняющийся за славой, Вы и сегодня находитесь с нами в одном строю. Вы внесли существенный вклад в развитие современной онкологии, лучевой диагностики, маммологии, организации здравоохранения, подготовки кадров, успешно сочетаете научно-исследовательскую работу с организаторской, общественной и педагогической деятельностью. За крупномасштабные исследования, разработку и внедрение оригинальных технологий лучевой диагностики Вы удостоены высоких общественных наград, являетесь Заслуженным врачом Российской Федерации, избраны членом Исполкома Российской Ассоциации Маммологов.

Ваша многогранная работа вызывает большое уважение среди коллег.

Приветствуя и поздравляя Вас, дорогой Николай Михайлович, с юбилейной датой, Российская Ассоциация Маммологов, медицинская общественность страны, благодарные ученики и коллеги желают Вам доброго здоровья, счастья и больших творческих успехов, дальнейшего участия в жизни коллектива, удачи и оптимизма.



Президент Российской Ассоциации Маммологов

профессор Н.И. Рожкова

Коллектив кафедры онкологии с курсом урологии ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» МЗ РФ и Редакционная коллегия «Академического журнала Западной Сибири» присоединяются к поздравлениям Юбиляра!