

## АНАЛИЗ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Шорогаева Б.А., Шериева Т. М., Кабилдина Н.А., Шакирова А.Ф.,  
Рубцова Л. Н., Николаева А. А.*

*КГКП «Областной онкологический диспансер» (ООД), Караганда, Казахстан*

Задачи исследования: анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗН) в Карагандинской области за 3 года (2008-2010гг.).

Материалы и методы исследования. Изучены данные медицинской документации по данным орг-метод отдела ООД. Применялись клинические, лабораторные, эндоскопические, ультразвуковые, рентгенологические, цитоморфологические, социальные (анкетирование), эпидемиологические, статистико-математические методы исследования. По мере необходимости больным назначались другие инструментальные методы исследования.

Результаты. Анализ динамики заболеваемости, смертности, запущенности, болезненности ЗН имеет большое значение для принятия обоснованных решений и планирования тенденции противораковой борьбы. В этой связи изучение эпидемиологических аспектов и прогнозирование заболеваемости ЗН представляет научный и практический интерес. На основе правильного прогнозирования возможно успешное планирование и проведение превентивных мероприятий, а также построение алгоритма по организации противораковой борьбы.

Всего за последние 3 года (2008-2010гг.) в ООД выявлено 8668 больных со злокачественными новообразованиями. Все они обследованы и пролечены в диспансерном, хирургических, радиологических, химиотерапевтическом отделениях ООД. Заболеваемость ЗН по области за 2008-2010гг. составила 217,8; 223 и 222,4, тогда как в среднем по Республике она составила соответственно 180,7; 182,6 и 181,3. Хотя наш регион по заболеваемости за этот период занимает традиционные 7 - 6 места, тем не менее, уровень заболеваемости достаточно высок. Структура онкологической заболеваемости (оба пола) выглядит следующим образом: 1 ранговое место занимал рак легкого, составив 27,1 и 27,6 за 2008-2009гг., в 2010 году си-

туация немного поменялась, на 1 место вышел рак молочной железы, составив 27,1 на 100 тысяч населения. На 2-3 местах ЗН кожи, молочной железы, также 4-5 места стабильно занимают ЗН желудка и ободочной кишки (за 3 года). За 2008-09гг. процент цитоморфологической верификации ЗН по области составил 88,2 и 91,3; заняв первые места по Республике, тогда как по РК показатели составили всего 80,4 и 80,6% соответственно. За последние годы по цитоморфологической верификации ЗН ООД лидирует, это не может не радовать специалистов онкологической службы. Запущенные стадии ЗН составили 24,1; 22,3 и 23,4%. Казалось бы, цифры на одном уровне держатся, но, к сожалению, наша область лидирует по этим показателям. Одна из главных причин запущенности ЗН – это поздняя обращаемость больных к врачам. Поэтому надо работать с населением в этой сфере, установить тесную связь с центром ЗОЖ, повышать санитарную грамотность, проводить агитационные мероприятия, увеличить количество выступлений в СМИ и т.д.

За этот период с впервые установленным диагнозом ЗН на учете на конец года состояли 53219 больных, из них 5272 умерли. У 481 пациент выявлены противопоказания к проведению специализированной терапии, отказались от лечения 406 и не закончили лечение 961 больной. Всего получили лечение: 2044 больных хирургическое, лучевая терапия - 421, химиотерапия - 497, комбинированное лечение - 623, комплексное - 655, химиолучевое - 8 и амбулаторное - 273 больных. Больные продолжают наблюдаться в диспансерном отделении ООД.

Выводы: Всего за последние 3 года отмечается рост заболеваемости ЗН по Карагандинской области, лидирующую позицию в общей структуре новообразований занял рак молочной железы.

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

*Шакирова А.Ф.*

*Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан*

Задачи исследования. Оценка результатов лечения злокачественных опухолей яичников с выделением факторов прогноза.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 436 больных раком яичников. Полученные результаты обработаны на персональном компьютере «Pentium-4» с привлечением программы STATISTICA 5.5. Расчеты выживаемости для групп проводили безинтервальным методом по Е. Карлан - Р. Меер и интервальным методом – «таблицы жизни». Изучали показатели выживаемости в зависимости от стадии опухолевого процесса, морфологической характеристики, вида оперативного вмешательства, достоверность различий в группах определяли с помощью коэффициента Кокса (при сравнении пар) и коэффициента Гехана (для 3 и более групп сравнения). Зависимость плотности вероятности смерти (интенсивность смерти или функцию риска) определяли по экспоненциальной модели типа:  $h(t) = -dS(t)/S(t) \cdot dt$ , где интенсивность смерти характеризует риск смерти в момент (t). Рассчитывали также долевой вклад независимых факторов в разработанную модель.

Возраст больных раком яичников варьировал от 12 до 89 лет, средний – 54,3 года. Максимальное количество больных (72,8%) отмечено в возрастной группе старше 46 лет, пик заболеваемости приходится на 59 лет и старше – 40,9%. На долю распространенных форм рака яичников приходится большая часть (58%) всех случаев заболевания, со II стадией 21,4% больных, с I стадией – 20,6%.

Результаты. Независимо от стадии опухолевого процесса общая одногодичная выживаемость больных злокачественными опухолями яичников составила 66,7%, трехгодичная – 47,5%, 5-летняя – 37,8%. К третьему году жизни более половины больных погибают от прогрессирования опухолевого процесса. С увеличением стадии опухолевого процесса резко ухудшается выживаемость больных по наблюдаемым промежуткам времени. При I стадии рака яичников 3-х и 5-летняя выживаемость составляет 53% и 15%, соответственно, при II стадии она снижается до 15% и 7,5%. При III стадии 3-х и 5-летняя выживаемость больных снижается до 12% и 3%, а при IV стадии она составляет 10% и 3%. Сравнение по стадиям с I по IV достоверно ( $\chi^2=24$ ;  $p=0,0004$ ).

Оперативное лечение не проведено 156 (35,8%) больным из-за распространенности опухолевого процесса, тяжелых сопутствующих заболеваний. Основной части больных (41,5%) были выполнены радикальные операции: надвлагалищная ампутация матки с придатками с оментэктомией, экстирпация матки с придатками с оментэктомией.

Представляет интерес анализ случаев смерти у больных раком яичников. Первый пик плотности вероятности смерти приходится на 3-ий месяц, второй пик – на 12-ый месяц, третий более высокий – на 36-ой месяц, четвертый пик плотности вероятности смерти отмечается в 48 месяцев, пятый – в 56 месяцев. Больные не доживают до пятилетнего рубежа.

При использовании экспоненциальной регрессии (с оценкой по Коксу) выявлены факторы, определяющие плотность

вероятности смерти при раке яичников: стадия опухолевого процесса, морфологическая структура опухоли и комбинированное лечение ( $p=0,000001$ ). Выявлено, что стадия процесса на 46,7% определяет плотность вероятности смерти, морфологическая форма опухоли – на 34,4% и комбинированное лечение – на 18,9%.

Выводы. Выживаемость больных зависит от стадии опухолевого процесса ( $\chi^2=24$ ;  $p=0,0004$ ), объема оперативного вмешательства ( $p<0,001$ ), гистологической формы опухоли ( $p<0,001$ ). Ожидаемая плотность вероятности смерти при злокачественных опухолях яичников зависит от стадии опухолевого процесса, морфологической структуры опухоли и варианта комбинированного лечения ( $p=0,000001$ ).

## БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

*Сейсембаев М.А., Баймаханов Б.Б., Рамазанов М.Е., Токсанбаев Д.С., Досханов М.О.  
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова,  
г. Алматы, Республика Казахстан*

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных с опухолями периапулярной зоны.

Материал и методы. С 2003 по 2010г в ННЦХ им. А.Н. Сызганова на лечении находилось 342 пациента с опухолями периапулярной зоны. Из них мужчин 185 (54,1%), женщин – 157 (45,9%), в возрасте от 28 до 88 лет. Всем больным было проведено комплексное обследование, включавшее УЗИ, КТ, ЭФГДС, МРХПГ ЭРХПГ, исследование опухолевых маркеров и, с целью верификации диагноза – биопсию опухоли. У 247 (72,2%) пациентов, опухоль располагалась в области головки поджелудочной железы, в 67 (19,6%) – в большом дуоденальном сосочке, у 25 (7,3%) – в терминальном отделе холедоха, у 3 (0,9%) – в двенадцатиперстной кишке.

Радикальные операции были выполнены 68 (19,9%) пациентам. В связи с нарушением проходимости общего желчного протока 42 пациентам выполняли предварительную декомпрессию желчных путей. Стандартная ПДР выполнена 59 больным, расширенная ПДР – 8, из них с частичной резекцией и пластикой воротной вены одному пациенту. Тотальная панкреатодуоденэктомия выполнена в одном случае, когда опухоль распространялась на головку и тело поджелудочной железы.

При радикальных операциях после удалении органокомплекса и лимфодиссекции все анастомозы выполнялись на одной петле с последовательностью: панкреато(панкреатико)еюно-, гепатикоеюно- и гастроеюноанастомоз. При формировании панкреатодигестивного анастомоза, мы использовали панкреа-

тогастроанастомоз – 10 пациентам, панкреато(панкреатико)еюноанастомоз по типу микроеюностомии с целью декомпрессии в области анастомоза – 16 больным. С целью профилактики послеоперационного острого панкреатита и несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза, во всех случаях проведено лечение сандостатином.

Результаты. Послеоперационные осложнения после отмечены у 16 (23,5%) пациентов. Послеоперационный острый панкреатит у 3 пациентов, частичная несостоятельность ПЕА у 9 пациентов и у одного частичная несостоятельность гепатикоеюноанастомоза, а также в одном случае кровотечение из острой язвы желудочно-кишечного тракта и в двух случаях аррозивные кровотечения.

В послеоперационном периоде летальный исход отмечен в 9 (13,2%) случаях, причинами которой были: аррозивное кровотечение, ДВС-синдром, полиорганная недостаточность.

Выводы. Таким образом, больным с опухолями периапулярной зоны осложненной механической желтухой необходимо двухэтапное хирургическое лечение, что позволяет в большинстве случаев произвести радикальные оперативные вмешательства, несмотря на исходное тяжелое состояние.

Применение аналогов сандостатина при оперативных вмешательствах на поджелудочной железе, предупреждает развитие острого панкреатита и несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза, что способствует значительному снижению частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов.

## CLINICAL FEATURES OF UTERINE SARCOMA

*Sukhin V., Mihanovskij A., Sukhina E., Krugovaja I.,  
Slobodjanjuk O., Fedorenko N., Granovskaja A.  
Grigoriev Institute of medical Radiology NAMS of Ukraine*

Background. Uterine sarcoma is a rare tumor, appearing in 4-9 % of patients and usually has a bad prognosis. That's why the objective of this work is to investigate the clinical features of the uterine sarcoma.

Material and methods. There were analyzed clinical data of 73 patients with uterine sarcoma stages I - IIIA, IVB (T1-3aNxM0-1) treated in clinic of the Institute of Medical Radiology from 1994 to 2010.

Results. The patients age was 28–78 years old, mean age – (54,7 ± 10,5) years old, median – 55,0 years old. The morbidity peak was at age category 50–59 years old (32,8 ± 5,5) %. At age younger than 30 years old was 1 patient – (1,4 ± 1,4) %, older than 70 years old – 6 patients (8,2 ± 3,2) %.

There were revealed, in our study prevailed patients with stage I – 49,3%. Stage II was in 24,7%, stage III – in 16,4%, stage IV – in 9,6% cases.

Analyzing histological structure of tumor there was defined that leiomyosarcoma was in 31 (42,5 ± 5,8 %) patients, endometrial stromal sarcoma – in 22 (30,1 ± 5,4 %), carcinosarcoma – in 16 (21,9 ± 4,9 %), other types: fibrosarcoma – in 1 (1,4 ± 1,4 %), and mixed type - in 3 (4,1 ± 2,3 %) patients.

Relapse of the disease was detected in 44 patients (60,2%).

Conclusion. The morbidity peak was at 50–59 years old. There have been met patients with I stage of disease the most frequently. Uterine sarcoma has an aggressive course, with a high frequency of recurrence.