

ЭРЕКТИЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ*Кабилдина Н.А.**Карагандинский государственный медицинский университет*

Актуальность. Рак предстательной железы (РПЖ) – один из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. Лечение больных раком предстательной железы — сложная и многоступенчатая задача. В онкоурологии используют хирургическое, лучевое и лекарственное лечение. Важно, чтобы онколог-уролог использовал в лечебной практике, прежде всего, онкологические подходы, которые направлены на сохранение и продление полноценной жизни пациента.

Цель исследования – оценить наличие половой дисфункции у больных раком предстательной железы в зависимости от проведенного лечения.

Материалы и методы. В исследование включено 62 больных раком предстательной железы в стадии T1-3 N0-1 M0. В основу работы были положены результаты исследований уродинамики, качества жизни, данных самоопросника, составленного автором.

Больные местнораспространенным раком предстательной железы были распределены на 3 группы. Возраст больных колебался от 39 до 69 лет. Средний возраст составил 54 года.

I группа из 33 больных местнораспространенным РПЖ, получивших ДГТ по радикальной программе. Дистанционная лучевая терапия проводилась пациентам, которым противопоказано хирургическое лечение, и тем, кто отказался от операции. Стандартная доза облучения: РОД 2 Гр, СОД 65-70 Гр на предстательную железу и 44 Гр на таз. Чаще всего применяется облучение до СОД 40 Гр с последующим перерывом на 3 недели и продолжением курса до достижения необходимой суммарной дозы.

II группа - 21 больных местнораспространенным РПЖ, получивших гормонотерапию. Основное место в лечении диссеминированного рака предстательной железы принадлежит гормональной терапии. Билатеральная орхэктомия является «золотым» стандартом в лечении больных метастатическим раком предстательной железы. С открытием агонистов LHRH-гормонов появилась возможность замены хирургической

кастрации на медикаментозную.

III группа - 8 больных, которым после проведенного хирургического лечения в объеме радикальной простатэктомии по поводу локализованного рака предстательной железы, выявлен местнораспространенный процесс, по поводу чего пациентам была проведена ДГТ на малый таз. Радикальная операция включает удаление всей предстательной железы, семенных пузырьков, простатического отдела уретры и шейки мочевого пузыря. Обязательным является выполнение тазовой лимфодиссекции со срочным гистологическим исследованием. Последняя включает удаление наружных и внутренних подвздошных и запирающих лимфатических узлов от бифуркации общей подвздошной артерии до запирающего отверстия.

Результаты и обсуждение. При обследовании после проведенного лечения получены следующие данные. У пациентов с диагнозом рак предстательной железы ухудшение эректильной функции отмечалась во всех трех группах. Однако следует отметить, что в группе больных, которым было проведено лечение в объеме радикальной простатэктомии с последующей дистанционной лучевой терапией эректильная дисфункция тяжелой степени наблюдалась у всех пациентов.

Причем, различия между больными с эректильной дисфункцией, получивших ДГТ и РПЭ+ДГТ и между больными получивших гормонотерапию и РПЭ+ДГТ являются достоверно значимыми ($p < 0,05$). А разница между больными с нарушениями эрекции, получивших ДГТ и гормонотерапию оказалась не достоверной ($p > 0,05$).

Выводы. У пациентов с диагнозом рак предстательной железы, получивших ДГТ ухудшение эректильной функции отмечалась в 46,55 %, гормонотерапию – в 33,3%. А в группе больных, которым было проведено лечение в объеме радикальной простатэктомии с последующей дистанционной лучевой терапией эректильная дисфункция тяжелой степени наблюдалась у 100% пациентов.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЛЕГКОГО ПО КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ*Шериева Т. М.**КГКП «Областной онкологический диспансер», Караганда, Казахстан*

Задачи исследования: анализ заболеваемости раком легкого (РЛ) в Карагандинской области за 3 года (2008-2010гг.).

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные медицинской документации (годовые отчеты, стационарные и амбулаторные карты, стат. карты, стат. талоны, извещения, выписки и др.). Применялись клинические, лабораторные, ультразвуковые, рентгенологические, эндоскопические, цитоморфологические, социальные, эпидемиологические, статистические, математические методы исследования с использованием частотного анализа в программе «Statistica 5.». Дополнительно больным назначались трансторакальные, плевральные пункции, пункции лимфатических узлов и т.д. Все больные, направленные в ООД с диагнозом РЛ (подозрение на РЛ) проходили обследование в поликлинике ООД для подтверждения диагноза - верификацией опухолевого процесса. При невозможности верификации, больные госпитализировались и материал с опухоли брали интраоперационно. После верификации злокачественного процесса больным РЛ назначались различные виды специализированного с учетом все показаний и противопоказаний.

Результаты. В современном обществе РЛ является важ-

ной не только медицинской, но и социально-экономической проблемой. Это можно объяснить повсеместным ростом заболеваемости, инвалидизации и смертности, малой эффективностью и высокой стоимостью лечения, реабилитационных и превентивных мероприятий, длительной и часто необратимой утратой трудоспособности больными, значительными затратами на социальное обеспечение и страхование, приводящие к определенным экономическим затратам. Также к этому можно добавить трудности ранней диагностики, зачастую скрытое и агрессивное течение заболевания, многообразие морфологических форм и бурное метастазирование. В этой связи РЛ обретает особую важность и актуальность, и несомненно, своевременная диагностика, лечение, профилактика и организация противораковой борьбы при данной онкопатологии обретает первостепенное значение.

Всего за последние 3 года (2008-2010 гг.) в КООД выявлено 8668 больных со злокачественными новообразованиями, из них 1030 составили больные с опухолевыми процессами органов дыхания. Все они обследованы и пролечены в диспансерном и торакальном отделениях ООД. Заболеваемость РЛ по области за 2008-2010гг. составила 27,6; 27,1 и 25,4 на 100

тысяч населения. При этом запущенные стадии РЛ составили 51, 45,8 и 43,9%. Казалось бы, заболеваемость и запущенность РЛ имеют тенденции к снижению, тем не менее, эти показатели достаточно высокие, и РЛ продолжает занимать лидирующие позиции в ранге онкопатологии.

За этот период на учете с впервые установленным диагнозом РЛ на конец года состояли 1662 больных, умерли 964. У 107 пациентов имелись противопоказания к проведению специализированной терапии, 55 пациентов отказались от лечения и 103 не завершили лечение. Проведены следующие виды лечения: 50 больным хирургическое, лучевая терапия

- 23, химиотерапия - 41, комбинированное лечение - 40, комплексное - 42 и амбулаторное - 9 больным.

Выводы: Изучение динамики заболеваемости и смертности от РЛ имеет большое значение для принятия обоснованных решений и планирования тенденции противораковой борьбы. Работа в тесной параллели врачей-диагностов и клиницистов, направленная на раннюю диагностику и эффективную терапию рака легкого, способствует в конечном итоге снижению заболеваемости, инвалидности и смертности. Это позволяет улучшить реабилитацию, качество жизни и прогноз заболевания у каждого больного.

СПОСОБ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ У ПОЖИЛЫХ

Дудяк О.В.

«Областной онкологический диспансер», СКО, г. Петропавловск

Проблема деривации мочи после радикальной цистэктомии у пациентов пожилого возраста в настоящее время становится все более актуальной, поскольку именно этот контингент является основным в структуре пациентов, страдающих инвазивным раком мочевого пузыря. Методы ортотопической пластики применяются для этих больных с большой осторожностью, так как частота рубцовых стриктур резервуарно-уретрального анастомоза весьма велика. Своевременная коррекция этого осложнения не всегда возможна, особенно для сельских жителей.

Мы применили следующий способ. После выполнения радикальной цистэктомии выполняется мобилизация правой половины ободочной кишки и выключение сегмента, состоящего из 10 см терминального отдела подвздошной, слепой и восходящей кишки с питанием из подвздошно-ободочных сосудов. Сегмент разворачивается илеоцекальным углом вверх и наружу. Отрезок подвздошной кишки используется для формирования сухой уростомы в правом гипогастррии. Мочеточники анастомозируются с восходящей кишкой. Формируется резервуарно-уретральный анастомоз отдельными швами. Восстанавливается непрерывность кишечника (илеотрансверзоанастомоз).

Суть способа в том, что в послеоперационном периоде после извлечения мочеточниковых стентов на 10-12 сутки пациент обучается технике самокатетеризации и выводит мочу из

резервуара самостоятельно. Через 20 дней после операции извлекается катетер из уретры, а уростомы блокируется перекрытым катетером Фоли. Пациенты обучаются удерживать мочу. Мочеиспускание осуществляется через уретру. Промывание резервуара - через катетер Фоли (в уростоме).

Контроль проводится через 3 месяца, если у пациента не наступает стенозирование резервуарно-уретрального анастомоза. В этом случае больному выполняется бужирование. К сожалению, далеко не все пациенты имеют возможность своевременно явиться на эту процедуру. Через 3 месяца принимается решение о закрытии уростомы. Если же естественное мочеиспускание не восстановилось, то пациент возвращается к использованию уростомы (самокатетеризация).

Результаты: по описанной методике прооперировано 8 пациентов в возрасте старше 65 лет. Отбор пациентов для операции - стандартный, оценивалась возможность перенести травму в объеме радикальной цистэктомии. Наличие уретерогидронефроза без выраженных клинических и биохимических проявлений почечной недостаточности не являлось показанием к пересмотру плана операции. У 5 из прооперированных больных мочеиспускание происходит через уретру, четверым уростомы закрыты. У троих деривация мочи осуществляется через сухую уростому в связи со стенозированием резервуарно-уретрального анастомоза на фоне стойкой и несвоевременно бужируемой рубцовой стриктурой.

АСҚАЗАН РАҒЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Игісінов С.И., Қайдаров Б.К., Есенқұлов Ә.Е.

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Асқазан рагының (АР) эпидемиологиялық ерекшелігін анықтау үшін Қазақстандағы 2006-2008 жылдар арасындағы мәліметтер сарапталған.

Жер шары бойынша АР аурушандық көрсеткіші әртүрлі деңгейде тіркелген, оның ең жоғарғы аурушандық көрсеткіші Жапонияда анықталған, онда еркектер арасында бұл көрсеткіш 69,2‰; әйелдерде - 28,6‰ тең болған, ал ең төменгі көрсеткіш Солтүстік Африкада қатталған.

АР дүние жүзі бойынша барлық қатерлі ісіктердің ішіндегі меншікті үлесі 8,7% тең болған, ал Ресейде - 10,2% құрап, ол өкпе, тері рагынан кейін үшінші орында тұр. Қазақстанда бұл көрсеткіш бірқалыпты деңгейде: 10,0 — 10,2% құрап, барлық қатерлі ісіктердің ішінде 4- орынды алады. Еркектер арасында асқазан рагы (2006-2008 жж.) өкпеден кейін (22,0-28,0%) нақты екінші орында (12,7-13,2%), ал әйелдерде - сүт безі (19,8%), - тері (11,9%), жатыр мойны (8,3%) қатерлі ісіктерінен кейін 4- орында (7,4%) тұр.

АР аурушандық көрсеткіші Қазақстанның әрбір облыстарында бір қалыпты тарамған, ең жоғарғы аурушандық көрсеткіші Шығыс-Қазақстан (22,2‰), Қарағанды (21,5‰), Павлодар (27,0‰) және Ақмола (22,0‰)

облыстарында тіркелген, сонымен қатар ең төменгі көрсеткіш Жамбыл (13,4‰), Оңтүстік Қазақстанда (12,1‰), Атырау (13,4‰), Маңғыстау (12,4‰) облыстарында және Астана қаласында (12,9‰) анықталған.

АР Қазақстанның аймақтары бойынша аурушандық ерекшелігі осы заңдылыққа сәйкес келеді. Асқазан рагының ең жоғарғы аурушандық көрсеткіші Қазақстанның Шығыс (24,6‰), Орталық (21,8‰) және Солтүстік (16,8‰) өңірінде және Алматы (19,2‰) мен Астана (19,0‰) қалаларында анықталса, ең төменгі көрсеткіші Оңтүстік аймақта (14,4‰) тіркелген. Жалпы Қазақстан бойынша орташа асқазан рагының аурушандық көрсеткіші 18,3‰.

Жас пен жыныс аралық аурушандық ерекшеліктерінде, еркектер (13,2‰) әйелдерге қарағанды (7,4‰) екі есе жиі ауырады. Жас адамдарда асқазан рагы сирек кездеседі де, жас өскен сайын аурушандық көрсеткіші едәуір өсе түседі, әсіресе 60 пен 65 жас аралығындағы адамдарда.

Қазіргі таңда АР мен созылмалы ойық жарасы бар науқастарда жұқпаның рөлі, соның ішінде - *Helicobacter pylori* (Hр) бактериясы негізгі себептің бірі ретінде қаралып, бұл феномен ісіктің морфологиялық құрылысына байланыс-

сыз екені анық болып отыр. Бұдан да басқа себептердің де маңызы зор, соның ішінде - жайылмалы клеткалы ракта - тұқым қуалаушылықтың және тағамның рөлі басымдық, Түйінді (интестинальды) ракта тағаммен бірге түсетін, не асқазанда пайда болатын канцерогендік заттардың (нитрозамин, афлотоксин, т.б.) және де, ұлтабардан асқазанға келетін өт қышқылының рөлі ерекше болып отыр.

АР сақтану шараларына - тағамдану ережесін дұрыс сақтау, канцерогендерді тағаммен бірге түсуді шектеу, олардың зиянды іс-әрекеттерін тежейтін витаминдерді қабылдау – ең

негізгі сақтану шара деп саналады.

Осындай негізгі шараларға жататындар:

- көкөністерді күніне 4-5 рет қолдану,
- күйдірілген, ысталған, тұзды астардан және майлы тағамдарды аз қолдану,
- арақты аз ішу,
- темекі тартпау,
- азотты тыңайтқыштарды (нитрит, нитрат, аммиак) ауыл шаруашылығында, бақшаларда аз пайдалану.

КОЛОРЕКТАЛЬДЫ РАКТЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Игісінов С.И., Қайдаров Б.К., Есенқұлов Ә.Е.

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Колоректальды рақтың эпидемиологиялық ерекшелігін анықтау үшін Қазақстандағы 2006-2008 жылдар арасындағы мәліметтер сарапталған.

Тоқ ішектің жиекті бөлігінің рагы (ТЖР) барлық қатерлі ісіктердің 9,4% құрайды. Ең жиі кездесетін жерлерге - Шығыс Еуропа, Австралия, Солтүстік Америка, Израиль, Жапония елдері жатады. Оңтүстік, Орталық Америкада, Африка және Азия елдерінде бұл ісік сирек кездеседі.

Ресейде тоқ ішек рагы реттік саны бойынша 5-орында тұр, ал оның өзіндік үлесі жалпы қатерлі ісік ішінде 6,0% тең де, ал аурушандық көрсеткіші еркектер ішінде 16,9%ооо, ал әйелдер арасында - 15,9%ооо.

Жалпы Қазақстан бойынша ТЖР аурушандық орташа (2006-2008 жж.) көрсеткіші 7,6%ооо-ке тең болса, ал оның әрбір облыстарында бір қалыпты тармаған, ең жоғарғы аурушандық көрсеткіші Батыс Қазақстан (10,5%ооо), Қарағанды (11,6%ооо), Шығыс-Қазақстан (11,8%ооо), Қостанай (12,1%ооо), Солтүстік Қазақстан (12,1%ооо), Павлодар (14,3%ооо) және Ақмола (14,3%ооо) облыстарында тіркелген, сонымен қатар ең төменгі көрсеткіш Оңтүстік Қазақстанда (2,3%ооо), Қызылорда (2,4%ооо), Алматы (3,3%ооо), Жамбыл (3,6%ооо), Атырау (4,2%ооо), Маңғыстау (4,2%ооо) облыстарында және Астана қаласында (7,5%ооо) анықталған.

ТЖР Қазақстанның аймақтары бойынша аурушандық ерекшелігі, жоғарыдағы заңдылыққа сәйкес келеді. Оның ең жоғарғы аурушандық көрсеткіші Қазақстанның Шығыс (13,0%ооо), Орталық (10,3%ооо) және Солтүстік (12,1%ооо) өңірінде және Алматы (11,0%ооо) мен Астана (7,5%ооо) қалаларында анықталса, ең төменгі көрсеткіші - Оңтүстік (2,9%ооо) пен Батыс (6,3%ооо) аймақтарда тіркелген. ТЖР Шығыс аймақтағы аурушандық көрсеткіші, Оңтүстік өңірмен салыстырғанда 4,5 есе артық болған.

Тік ішек рагы (ТР) - жер шарында көп тараған ісік ауруы, оның жиі кездесетін жерлері Австралия, АҚШ, Канада,

Израиль, кейбір Еуропа елдері, соның ішінде Ресейде де бар. Тік ішек рагы, Ресейде барлық қатерлі ісіктердің 6,0% құрайды. Еркектерде 1,5 есе жиі байқалады. Жалпы Орта Азия елдері бұл аурумен сирек зақымданады.

Республика бойынша орта есеппен (2006-2008 жж.) ТР аурушандық көрсеткіші – 7,4%ооо тең, ең жоғарғысы - Қарағанды (10,3%ооо), Шығыс Қазақстан (10,9%ооо), Солтүстік Қазақстан (12,6%ооо), Қостанай (12,9%ооо), Ақмола (13,4%ооо) және Павлодар (13,4%ооо) облыстарында. Төменгі деңгейдегі көрсеткіштері - Қызылорда (2,5%ооо), Оңтүстік Қазақстан (2,7%ооо), Жамбыл (3,5%ооо), Алматы (4,5%ооо) және Маңғыстау (4,8%ооо) облыстарында тіркелген. Алматы қалаласындағы ТЖР орташа аурушандық көрсеткіші 11,0%ооо тең болса, ол – Астанамен (6,7%ооо) салыстырғанда 1,6 есе жоғары.

Қазақстан аймақтары бойынша ТР орташа аурушандық көрсеткіші де біркелкі емес, ең жоғарғы көрсеткіш - Орталық (9,4%ооо), Шығыс (12,2%ооо) және Солтүстік (12,7%ооо) аймақтарда анықталса, ал ең төменгі көрсеткіші Оңтүстік өңірде (3,3%ооо) тіркелген. Оңтүстік өңірдегі елдердің ТР аурушандық көрсеткіші, басқа Қазақстан аймақтарымен салыстырғанда 3 есе аз. Ресейде де, Қазақстанда да тік ішек рагымен ауырған адам саны кейінгі жылдарда сәл де болса өсуде. ТР жас өскен сайын, оның меншікті үлесімен аурушандық көрсеткіші де өсуде, әсіресе 70-тен асқандарда, 40-49-дағыларға қарағанда, ісік 10 есе сирек анықталынады. Бұл айырмашылық сол өлкелердегі этностардың құрамы мен тағамдану ерекшелігіне байланысты, себебі Шығыс, Орталық және Солтүстік аймақтарда жергілікті ұлтың өзіндік салмағы, Оңтүстік және Батыс аймақпен салыстырғанда 2 есеге жуық аз, ал керісінше аурушандық көрсеткіші жоғары аймақтарда басқа еуропалық ұлтар басым болып отыр. Осыған байланысты тағам түрлерінің рөлі айқын көрініп тұр.

ОНКОМММОЛОГИЯДАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ҚАТЕЛІКТЕРІ

Есенқұлов Ә.Е., Қайдаров Б.К., Есенқұлова С.Ә., Игісінов С.И.

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Сүт безінің рагы (СБР) Қазақстанда жыл сайын өсуде, өсу қарқыны 3-5,0% тең, ал ол әйел ағзасындағы барлық ісіктердің 19-20,0% құраа, қазір ең бірінші орында. Жыл сайын бұл ісік ауруының Ш-1У- сатысында анықталатын үлесі Республика бойынша 28,7%. Соның ішінде алғашқы рет 1У- сатысындағысы 6,4%. Сондықтан бұл ауруды алғашқы сатысында анықтау медицина ғылымымен тәжірибелік денсаулық сақтау мекемелерінің негізгі мақсаты болып саналады, себебі жыл сайын алғаш рет тіркелген науқастың асқынған сатысының өсуі тек жалпы дәрігерлердің қателігінен туындап отыр. Осыған байланысты бұл мақалада дәрігерлік қателіктердің неден туындайтыны туралы сөз болмақ. Өкінішке орай бұл мәселе арнайы әдебиеттерде аз кездеседі және жан-жақты талқыланбаған. Сонымен бұл мақаланың мақсаты мыналарға

сүйенеді: 1- сүт безі рагында дәрігерлердің диагностикалық қателіктерін, олардың жиіліктерін, себептерін анықтау; 2- Клиникалық әдістердің құндылығын дәлелдеу; 3- қателіктерді жою мүмкіншіліктерін қарастыру және оларды тәжірибелік медицинаға ұсыну.

Зерттеудің мақсаттарына сәйкес 1124 науқастың даму тарихын сүйене отырып, көру сипау кезіндегі көрністері, 550 морфологиялық зерттеулердің қортынды нәтижелері мен салыстырылып, олардың клиникалық, диагностикалық әдістің құндылығы анықталды. Зерттеу жұмыстарының нәтижелеріне байланысты, тек науқастың анамнезі бойынша 55,0±2,4% жағдайда, ал ісікті көру арқылы - 55,0±2,1%, оны сипап анықтауда 60,0±2,0% диагноз дәл қойылған. Ал енді бұл әдістер қосарланып қолданса, онда диагностикалық дәлдік

70,0±1,9% жеткен.

Осы талдаудың нәтижесінде анықталған дәрігерлік қателіктер:

Дәрігерлердің науқаспен сұхбаттасу кезінде, анамнезін толық жинамауы (10,0%);

Әйел ағзасындағы табиғи қызметтерінің (етеккір, жыныстық қатынас, бала көтеру және оны емізу) жан-жақты жиналмауы (5,0%);

Ағзадағы созылмалы ауруларды және тұқым қуалаушылық факторды ескермеуі (7,0%);

Иммунды, эндокринологиялық бұзылыстарды дұрыс анықтай алмауы (5-10,0%);

Науқасты тексеру кезінде емшекті сипау дұрыс жүргізілмей, оны жарық емес бөлмеде өткізуі (3,0%);

Әр әдістің нәтижелері бір-бірімен салыстырылмауы (20,0%);

Дәрігердің білімі жеткіліксіздіктен клиникалық белгілерді қате есептеуі (15-20,0%);

Сонымен дәрігерлердің диагностикалық, клиникалық

әдістерді қолдану кезінде қателесуі 50-60,0% жағдайда орын алған, ал тек әдістердің барлығын қосарлана қолданғанда ғана дәрігерлік қателіктердің үлесі 20-30,0% кеміген.

Барлық диагностикалық қателіктер объективті, субъективті факторларға байланысты болғандықтан, осы қателіктердің үлесін азайту үшін дәрігерлердің онкологиялық білімдерін ұдайы жетілдіріліп отырылуы керек.

Клиникалық диагностикалық әдістер (анамнез, көру, сипау) стандартты жүйеде орындалатындықтан оларды дұрыс қолдану, СБР анықтаудың негізі болады.

СБР дер кезінде дәл анықтаудың негізі- осы көрсетілген әдістерді кешенді түрде жүргізіп, олардың нәтижелерін салыстыра отырып талдау онкологиялық қағидалардың орындалуына мүмкіндік тудырады және оның алғашқы сатысында анықтауға мүмкіндік береді.

Дәрігерлік қателіктер жалпы дәрігерлік мәжілісте дер кезінде талқыланып, одан раққа қарсы ұйымдастыру шаралары жасалса, сонда ғана көздеген мақсатқа жетуге болады.

ӨҢЕШ РАГЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Игісінов С.И., Қайдаров Б.К., Есенқұлов Ә.Е.

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Өңеш рагының (ӨР) эпидемиологиялық ерекшелігін анықтау үшін Қазақстандағы 2006-2008 жылдар арасындағы мәліметтер сарапталған.

Жер шары бойынша ӨР көп тараған жерлеріне - Солтүстік Иран, Қытайдың кейбір аудандары, Оңтүстік Африка, Түрікменстан және Өзбекстан жатады. Қазақстан бойынша барлық қатерлі ісік ауруларының ішінде ӨР өзіндік салмағы еркектерде -5,6%, әйелдерде - 4,5% құраса, ал жалпы үлесі бойынша 5- орында, өкпе, тері, сүт безі және асқазан рақтарынан кейін тұр. Ерлер арасында 4-орынды, ал әйелдер арасында 7-орынды алады.

1980 жылдан бастап, Қазақстанда ӨР аурушандық көрсеткіші төмендеуде. 1980 жылғы көрсеткіші – 20,3%ооо болса, 1990 жылы –15,0%ооо, 2000 жылы - 11,2%ооо, ал 2005жылы - 9,3%ооо дейін төмендеп, соңғы 2006-2008 жылда - 8,9%ооо тен болған. Мұндай қарқын республиканың барлық облыстарында да байқалып отыр. 1989 жылы аурушандық көрсеткіші жоғары болған Батыс аймағындағы –Атырау (30,1%ооо), Ақтөбе (23,1%ооо) және Батыс Қазақстан (25,6%ооо) облыстарында тіркелсе, ал осы баламалы көрсеткіш 2008 жылы – 14,0%ооо, 14,5%ооо және 17,5%ооо, сәйкестікте, тең болып, шамамен 1,5-2,0 есе төмендеп отыр. Республика бойынша (2006-2008 жж.) ӨР ең жоғарғы аурушандық көрсеткіші - Қызылорда (23,0%ооо), Батыс Қазақстан (17,2%ооо), Маңғыстау (13,9%ооо), Атырау (13,8%ооо) және Ақтөбе (14,1%ооо) облыстарында тіркелсе, ал өте сирек кездесетін жерлерге - Алматы (6,2%ооо), Астана (4,2%ооо) қалалары мен Жамбыл (7,2%ооо), Солтүстік Қазақстан (7,1%ооо) және Оңтүстік Қазақстан (7,7%ооо), соның ішінде орташа аурушандық көрсеткіш – Ақмола (8,2%ооо), Павлодар (8,2%ооо) және Шығыс Қазақстан (9,3%ооо) облыстарында анықталған. Өңеш рагының Республикамызда жиі тараған аймақтарына - Батыс (14,7%ооо) пен Оңтүстік (11,1%ооо) өңірінің тұрғындары орын алады, ал ең төменгі көрсеткіші Орталық (7,3%ооо) пен Солтүстік (7,3%ооо) өңір мен Алматы

(5,2%ооо) және Астана (4,2%ооо) қалаларында анықталған. Сонымен Қазақстанда жиі кездесетін аймақтардағы қазақ ұлтының тұрғындары, басқа ұлттармен салыстырғанда, өңеш рагымен 5-10 есе жиі ауырады. Әлемдік стандарт бойынша анықталған еркектер арасындағы аурушандық көрсеткіш, әйелдерге қарағанда 6 есе жиі болған. Жас ұлғайған сайын аурушандық көбейе береді де, - ең жоғарғы көрсеткіш егде жастағы адамдарда кездеседі, ал 60 жастан асқандар, 40-49 жастағыларға қарағанда 10 есе жиі аурады.

Соңғы жылдары онкоэпидемиологиялық зерттеулердің нәтижесінде ӨР таралу ерекшеліктері де анықталып отыр. Соның ішінде көршілес Қырғызстанда жүргізілген ғылыми жұмыс бойынша (С.И.Игісінов), ӨР таулы аймақтағы ерекшелігі байқалып, оның аурушандық көрсеткіші теңіз деңгейіне байланыстығы анықталған. Халықтардың теңіз деңгейінен бастап, одан төмен және биікті жерлерде қоныстануына қарай, өңеш рагының аурушандық көрсеткіші әрбір 200- 500 метрге биіктеген сайын төмендей берген. Қазақстандағы Атырау облысындағы (-28,5 тен 100 м. дейін) тұрғындардың ӨР аурушандық көрсеткіші, Қырғызстандағы Нарын облысымен (2500 м.) салыстырғанда 17 есе, Ыстық-Көл облысымен (1600 м.) - 9 есе, Чуй облысымен (1200 м.) - 8 есе артық кездескен. Сонымен қатар таулы жерде тұратын елдердің этникалық тобына байланысты ерекшелігі анықталған. Жергілікті қырғыздардың ӨР аурушандығы, сол жерде тұратын қазақтармен салыстырғанда 2-3 есе сирек шалдығатыны, ал Қырғызстанда тұратын қазақтар, тарихи отанында тұратын отандастарымен салыстырғанда 5 есе кем ауратыны анықталған. Бұл көрсетілген өзгешіліктер таулы жердегі гипоксиямен байланыстылығы дәлелденген. Жалпы қатерлі ісіктер, оның ішінде өңеш рагы, таулы гипоксияға бейімделген адамдарда сирек кездесетіні анықталған және де, табиғи жер бетінде ағатын, оның астындағы сулардың, топырақтың нитрозаминді құратын заттар мен ыластануына байланыстығы дәлелденген. СҮТ БЕЗІ РАГЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ