

Онкология и радиология Казахстана

Т 13 № 1 (39) 2016

Қазақстан онкология және радиология журналы

Главный редактор

К.Ш.Нургазиев, д.м.н.

Заместители главного редактора

Ж.Ж.Жолдыбай (д.м.н., проф.), Р.Б.Исаева(д.м.н.),
М.Р.Кайрбаев (д.м.н.), Н.А.Чичуа (д.м.н., проф.)

Редакционный совет

Е.Н.Имянитов (д.м.н., проф., Россия), А.М.Карачун (д.м.н., проф.,Россия),
Г.У.Кулкаева(Казахстан), В.М.Моисеенко (д.м.н., проф., Россия),
Р.В.Орлова (д.м.н., проф,Россия), В.Ф.Семиглазов (д.м.н., проф.,Россия)

Редакционная коллегия

Ж.К.Чингисова (д.м.н.), Д.Г.Адилбай (к.м.н.), Д.М.Байпеисов, Г.Б.Адилбаев
(д.м.н.,проф.), Т.Г.Гончарова(д.б.н.), В.Б.Ким (д.м.н.), Р.К.Каракулов (д.м.н., проф.),
М.А.Кузикеев (д.м.н.), Ш.Ж.Талаева (д.м.н.), Н.Т.Балтабеков (д.м.н.), Ж.А.Тельгузиева
(д.м.н.),И.М.Омарова (д.м.н., проф.,Караганда),Т.А.Адылханов (д.м.н.,проф.,Семей),
Р.З.Абдрахманов (к.м.н.), А.Ж.Жылкайдарова (к.м.н.), М.И.Карасаев(к.м.н.),
Н.С.Нургалиев (к.м.н.), Г.А.Серикбаев (к.м.н.),
С.Т.Габбасова, С.Шерстов (к.м.н., Караганда)

Ответственный секретарь - Н.Т.Имангалиева (к.б.н.)

Редакторы переводов

С.К.Менбаев (каз.яз.),М.С.Садык(англ.яз.)

Адрес редакции

г. Алматы, 050022, пр. Абая, 91

Казахский НИИ онкологии и радиологии МЗСР РК

Тел. (327) 292 10 63

«Онкология и радиология Казахстана», ISSN -1684-93X

Собственник - РГКП на ПХВ

«Казахский НИИ онкологии и радиологии» МЗСР РК

Свидетельство о регистрации - №10248-ж от 14.07.2009 г.

Подписной индекс 74684

Тип. «AxelaPrint», ул. Ауэзова 50 офис 5,

Тираж 300 экз.

Журнал выпускается 1 раз в 3 мес.

Содержание

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

К.Ш.Нургалиев, А.Ж.Жылкайдарова, М.Р.Кайрбаев,
Р.О.Болатбекова - Оценка показателей заболеваемости и
смертности от рака шейки матки в Республике Казахстан
за 2004- 2014 годы 3-9

ПСИХО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

К.В.Артемов, И.Р.Хусаинова. Психологическое
сопровождение онкологических больных 10-13

М.М.Маратова, И.Р.Хусаинова, А.Д.Молдашбаева
Психологическое сопровождение детей с
онкологическими заболеваниями с учетом их
возрастных особенностей 14-16

Э.В.Исхакова, М.Ж.Ержанова. Основные аспекты
психологического сопровождения медицинского
персонала 17-20

ОБЗОРЫ

Л.Н.Успанова, А.Ж.Жылкайдарова, Н.С.Нургалиев.
Влияние факторов риска для развития рака
предстательной железы 21-25

А.Т.Айрапетян, А.О. Тананян. Эффективные методы
диагностики при колоректальном раке 26-28

ПРОФИЛАКТИКА

Е.И. Ишкинин, Д.М. Байпесов, А.Ж. Жылкайдарова, Н.С.
Нургалиев, А.Е. Ошибаева, А.Е. Ажмагамбетова.
Клинико- экономический анализ начального этапа
внедрения скрининга рака предстательной железы в
Казахстане 29-30

E.Zh. Bitanova, A.B. Mansurova .Recent advances in improv-
ing colorectal screening 31-33

ДИАГНОСТИКА

Б.А.Апсаликов ,З.А.Манамбаева, Г.Кошпесова,
А.А.Жоламанова, Н.С.Жумаханова, А.О.Оразбаева,
А.К.Кайырхан. Частота мутаций гена TP53 в регионе
радиоэкологического неблагополучия как фактор рис
развития рака молочной железы 34-37

Ж. Ж. Жолдыбай, Б. К. Исаматов, Ж. М. Аманкулов, Ж.
К. Жакенова Виртуальная колоноскопия в ранней
диагностике новообразований толстой кишки 38-39

Л.А.Пак¹,З.А. Манамбаева¹, С.О.Рахымжанова¹, С.Олжаев²,
М.С.Абдыханова ¹, Г.А.Адилмуратова¹, Ш.Е.Ермекова¹,
М.Л.Лукпанова² Сосудисто-тромбоцитарное звено
системы гемостаза и нарушения эндотелиальной
функции при злокачественных новообразованиях у лиц,
подвергавшихся антропогенному облучению 40-45

ЛЕЧЕНИЕ

А.О.Тананян Одномоментное хирургическое лечение
больных колоректальным раком с метастазами 46-50

Ғ.Б.Әділбаев -Көмей қатерлі ісіктері және оның алдын
алу жолдары 48-49

Е.И.Ишкинин, Н.С.Нургалиев, Б.Т.Онгарбаев,
Ж.А.Тельгузиева, С.И.Ким. Доступность
высокотехнологичных методов лечения рака пред
стательной железы населению
Казахстана 50-54

Т.Т.Аманов, Г. Х.Жайтлеуов
Внедрение радикальнойцистэктомии в лечении
инвазивного ракамочевового пузыря в хирургическое
отделение онкодиспансера 55-59

Т.Т.Аманов, Г. Х.Жайтлеуов
Радикальная позадилоная простатэктомия в лечении
рака предстательной железы как внедрение в условиях
хирургического отделения ЗКО ООД 60-62

Памяти коллеги 63-64

Оценка показателей заболеваемости и смертности от рака шейки матки в Республике Казахстан за 2004- 2014 годы

Аннотация. Произведена оценка показателей заболеваемости раком шейки матки за последние 10 лет. Территориальные, временные и по возрасту особенности РШМ изучали с помощью возрастных интенсивных и стандартизованных показателей на 100 тыс. женского населения. В Республике Казахстан показатели заболеваемости колеблются от 17‰ до 20‰ женского населения, приведенного по возрасту к мировому стандарту World. В 2004 году показатели заболеваемости составили 14,5 на 100 000 женского населения, а в 2014 году 20,2 на 100 000 женского населения. Пик заболеваемости за последние 6 лет сместился к более молодому возрасту, общее увеличение заболеваемости произошло за счет женщин в возрасте от 35 до 55 лет. При анализе рака шейки матки в разрезе стадий отмечается увеличение частоты выявления данного заболевания в первой стадии за период с 2004 по 2014 годы

Ключевые слова: рак шейки матки, заболеваемость, смертность, Республика Казахстан.

Рак шейки матки относится к социально значимым проблемам сегодняшнего мира, является одной из лидирующей причины смертности женщин в самом активном возрасте, в развивающихся странах. Злокачественное новообразование шейки матки по данным Globocan 2012 занимает четвертое место среди онкологических заболеваний у женщин и седьмое место среди всех злокачественных новообразований. Только за 2012 год было выявлено 528,000 новых случаев рака шейки матки. В более чем в 85% случаев рак шейки матки выявляется в развивающихся странах, где треть всех женщин выявляется в запущенной стадии заболевания. На сегодняшний день, существующие методы первичной профилактики оказывают влияние на динамику развития рака шейки матки, отмечается тенденция к уменьшению, но в ряде стран сохраняется тенденция к росту заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки [1, 2].

В Республике Казахстан показатели заболеваемости колеблются от 17‰ до 20‰ женского населения, приведенного по возрасту к мировому стан-

дарту World. Во многих европейских странах показатели в 2-3 раза ниже этих значений. Показатели с низкими уровнями заболеваемости находятся на северо-американском континенте, в странах западной Европы. Казахстан входит в группу с высоким показателем заболеваемости, включающие такие страны как Латвия, Литва, Украина, Россия и близлежащие страны Средней Азии. Прогнозные данные ВОЗ, Globocan 2012 выше показателей канцер-регистра Республики Казахстан, при этом отмечается небольшая разница показателей смертности между прогнозными данными Globocan 2012 и реальными данными канцер – регистра. Это связано с сохраняющимися темпами роста заболеваемости за последние 10 лет [3, 4].

Показатели смертности от рака шейки матки также имеют существенные отличия по странам, как и показатели отношения смертности к заболеваемости. Данный показатель очень высок в Казахстане (41,3‰), что в полтора-два раза выше чем в Дании (17,9‰), Германии (20,7‰), Финляндии (23,3‰), но ниже чем в Кыргызстане (47,3‰) и Индии (56,8‰). Данные высокие показатели характеризуют о серьезности и актуальности проблемы по раннему выявлению и лечению злокачественных новообразований шейки матки. Показатели смертности также имеют существенные различия по странам: от 1,0‰ среди женского населения в Финляндии до 12,43‰ среди женского населения в Индии, также как и отношении смертности к заболеваемости. В Казахстане злокачественные новообразования шейки матки среди злокачественных опухолей занимают 5 ранговую позицию и десятое место по смертности в общей популяции. Только 2014 году доля злокачественных новообразований шейки матки в общей заболеваемости онкологической патологией составила 5,1% [3, 4].

Эпидемиологические данные об уровнях заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки показывают существенные различия по странам: от 3,6 на 100 000 женщин в Швейцарии до 26,1 на 100 000 женщин в Литве [1, 2] (таблица 1)

Таблица 1- Заболеваемость злокачественными новообразованиями шейки матки и смертность от них в отдельных странах мира в 2012году (на 100 000 женского населения, мировой стандарт World, данные GLOBOCAN 2012)

Страны	Заболеваемость	Смертность	Отношение смертности к заболеваемости, %
Республика Казахстан*	29,4	9,8	33,4
Республика Казахстан**	18,7	7,7	41,2
Республика Казахстан***	17,9	7,4	41,3
Азербайджан	9,8	3,9	39,8
Беларусь	13,2	4,7	35,6
Кыргызстан	23,7	11,2	47,3
Российская Федерация	15,3	6,1	39,9
Узбекистан	13,5	6,4	47,3
Украина	16,6	6,4	38,6
Великобритания	7,1	1,8	25,4
Германия	8,2	1,7	20,7
Дания	10,6	1,9	17,9
Латвия	17,3	6,3	36,4
Литва	26,1	7,5	28,7
Нидерланды	6,8	1,6	23,5
Польша	12,2	5,4	44,3
Словакия	16,1	5,2	32,3
Финляндия	4,3	1,0	23,3
Франция	6,8	1,9	27,9
Швейцария	3,6	1,1	30,6
Швеция	7,4	1,9	25,7
Индия	22,0	12,4	56,8
Китай	7,5	3,4	45,3
Корея	9,5	2,5	26,3
Япония	10,9	2,8	25,7
Австралия	5,5	1,6	29,1
Бразилия	16,3	7,4	45,4
Канада	6,3	1,7	27,0
США	6,6	2,7	40,9
Примечания:* по данным ВОЗ, GLOBOCAN 2012 ** по данным ЭРОБ РК, интенсивные (грубые) показатели *** по данным ЭРОБ РК, стандартизованные показатели			

При анализе грубых интенсивных показателей заболеваемости раком шейки матки отмечается увеличение частоты выявления данного заболевания за период с 2004 по 2014 годы (рисунок 6.1). В 2004 году показатели заболеваемости составили 14,5 на 100 000 женского насе-

ления, а в 2014 году 20,2 на 100 000 женского населения. Аналогичную тенденцию подтвердили и стандартизованные показатели. Резкое увеличение заболеваемости связано с увеличением выявления рака шейки матки с введением скрининговой программы.

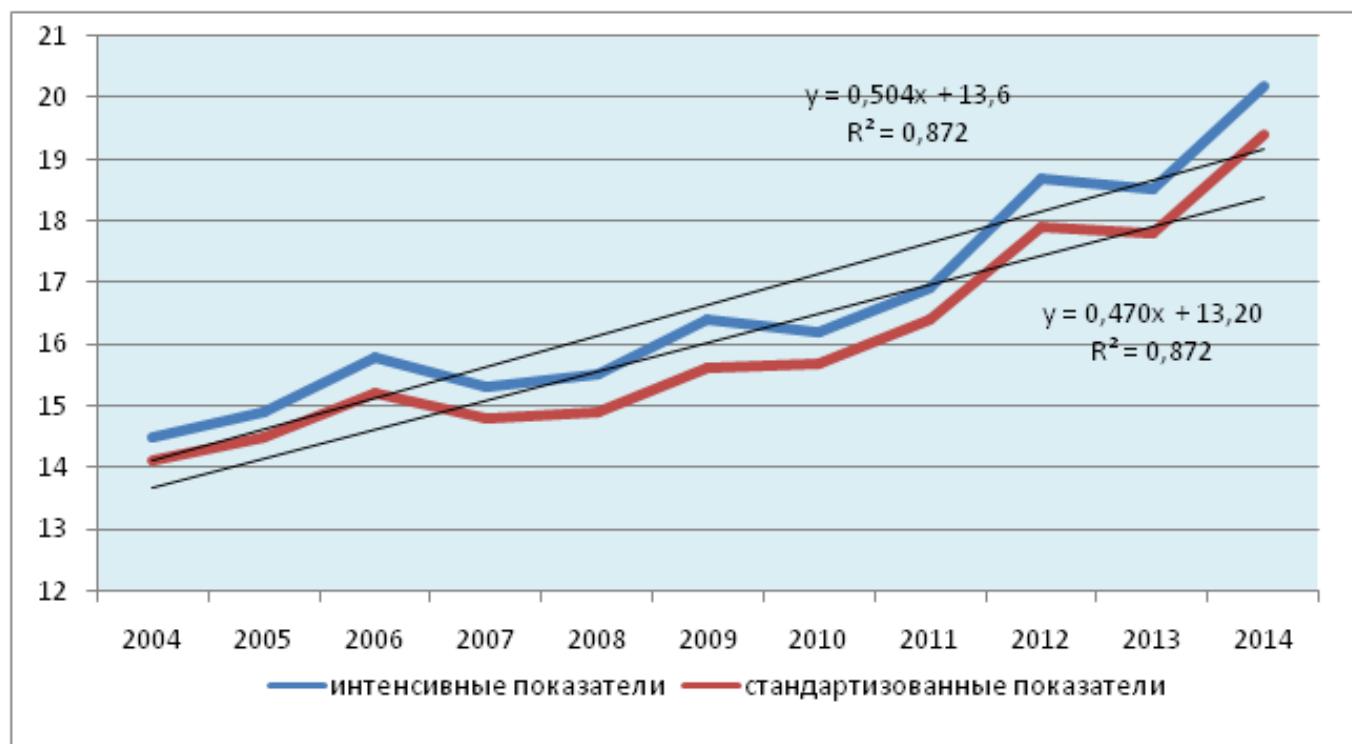


Рисунок 1 - Динамика интенсивных и стандартизованных World показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки на 100 000 женского населения РК за период 2004-2014гг

Проведенный анализ возрастных показателей заболеваемости (рисунок 6.2) выявил значительный риск заболевания уже в молодом возрасте и заметное увеличение его к 40-44 годам. Пик заболеваемости за последние 6 лет сместился к более молодому возрасту, общее

увеличение заболеваемости произошло за счет женщин в возрасте от 35 до 55 лет. Возрастное распределение подтверждает необходимость совершенствования и усиления скрининга среди женщин молодого и среднего возраста.

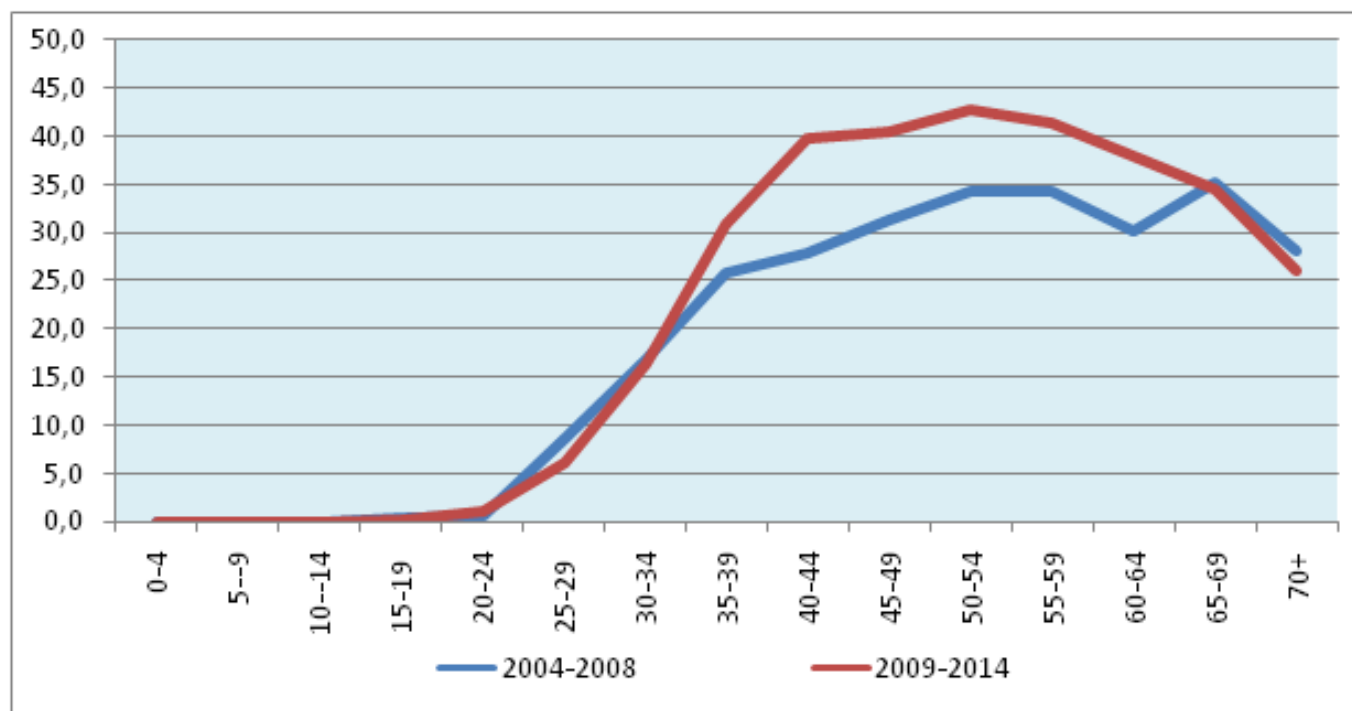


Рисунок 2 - Возрастные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки женщин Республики Казахстан (средние показатели на 100 000 женского населения соответствующего возраста за 2000- 2008 и 2009-2014годы)

В частоте первичного рака шейки матки также имеются определенные различия по территориальному признаку (рисунок 6.3). Анализ первого пятилетнего периода показал высокие показатели заболеваемости в Атырауской, Костанайской, Павлодарской и Актюбинской областях, данные показатели были выше среднереспубликанских показателей. За последние 6 лет самые

высокие уровни заболеваемости зарегистрированы в г.Алматы, Костанайской и Атырауской областях, а самые низкие показатели в Южных регионах Казахстана: в Южно-Казахстанской, Жамбылской и Кызылординской областях (статистически значимые отличия от среднереспубликанских значений).

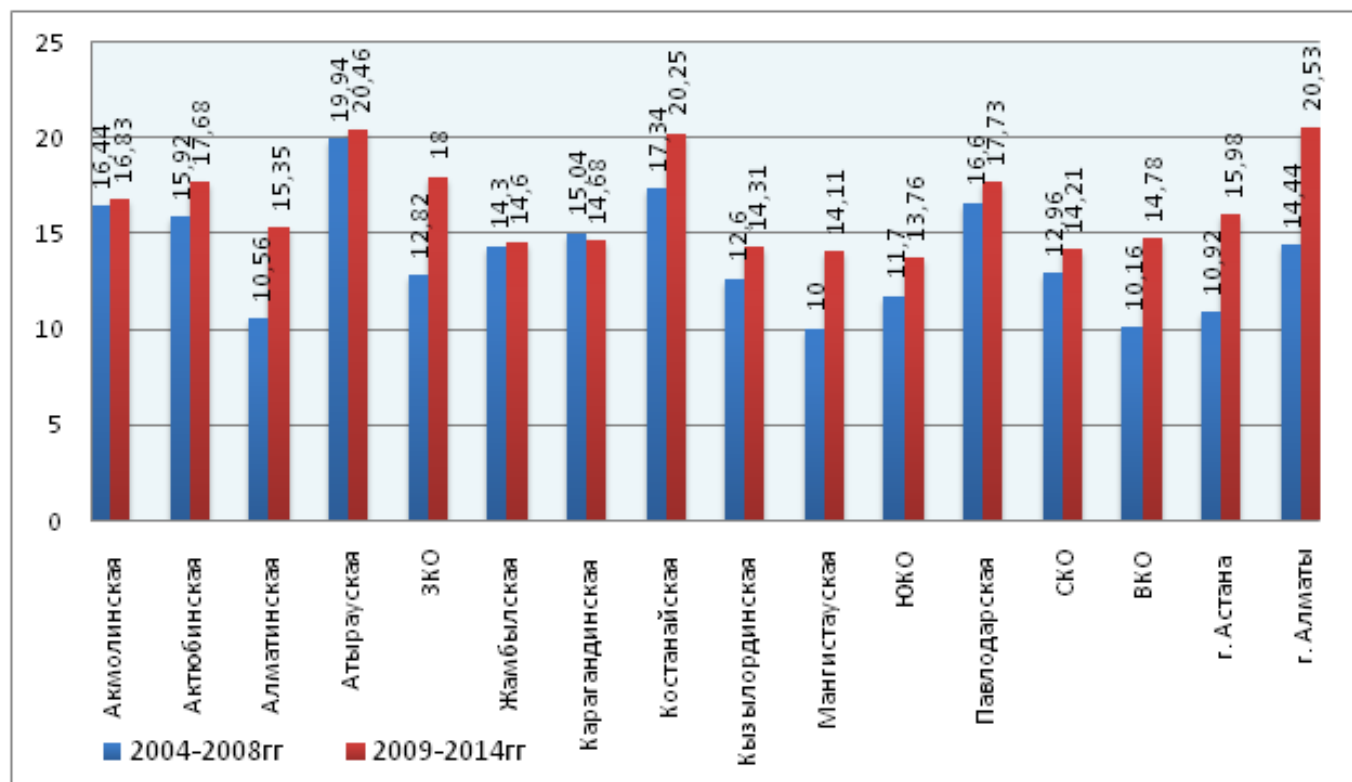


Рисунок 3 - Территориальные уровни заболеваемости женщин Республики Казахстан злокачественными новообразованиями шейки матки (средние стандартизованные показатели World на 100 000 женского населения) за 2004-2008 и 2009-2014 годы

При анализе рака шейки матки в разрезе стадий отмечается увеличение частоты выявления данного заболевания в первой стадии за период с 2004 по 2014 годы (рисунок 6.4). В 2004 году было выявлено 735 женщин с злокачественными новообразованиями шейки матки в первой стадии, а в 2014 году 1467 женщин, что составляет двукратное увеличение выявления рака шейки матки.

Данная тенденция связана с успешным внедрением национальной скрининговой программы раннего выявления рака шейки матки. Также можно заметить снижение обнаружения рака шейки матки в третьей стадии, что нельзя сказать об обнаружении данной патологии в запущенной форме.

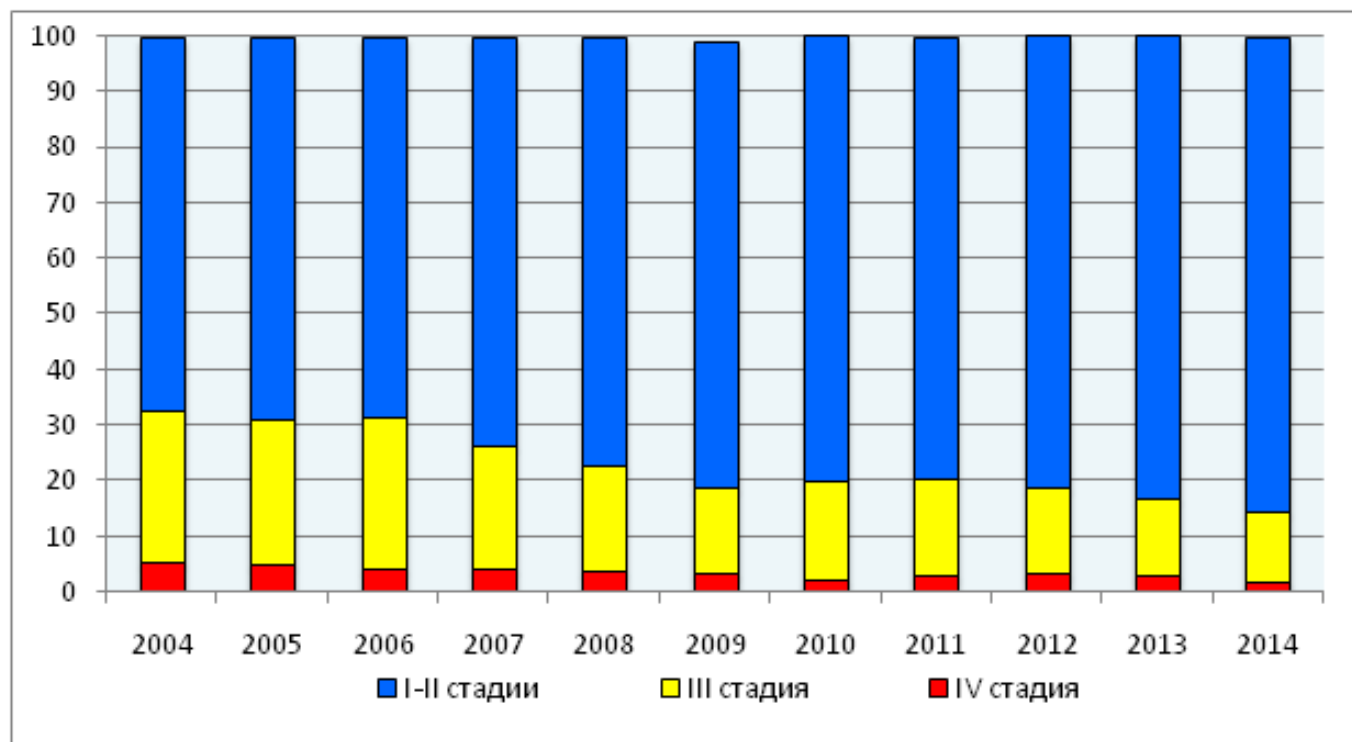


Рисунок 4 - Удельный вес I-II, III и IV стадий вновь выявленных случаев злокачественных новообразований яичников населения Республики Казахстан (%)

В таблице 6.2 представлены основные статистические показатели, характеризующие состояние онкологической помощи пациенткам со злокачественными новообразованиями шейки матки. Отмечается увеличение числа вновь зарегистрированных пациентов в 2014 году по сравнению с 2008 годом на 29,2 %, что составило 1770 пациентов. Диагноз был подтвержден морфологически в 2014 году в 96,3% случаев. Согласно данным канцер-регистра в 2014г 82% женщин были выявлены на ранних стадиях, из них 23% были выявлены при профосмотрах. Отмечается заметное увеличение выявления рака шейки матки в начальных стадиях в 2014 году по сравнению с 2008 годом на 6,68%, что связано с эффективной работой скрининговой программы. Тем не менее остаются высо-

кими показатели одногодичной летальности, за 2014 год показатель одногодичной летальности составил 2,06%, однако можно заметить небольшое снижение данного показателя по сравнению с 2008 годом на 6,4 %.

Вместе с тем остается низким процент пациентов подлежащих радикальному лечению, в 2014г составил 68,5 %, что нельзя признать удовлетворительным при современном развитии здравоохранения. Нужно отметить резкое снижение отказов пациенток от лечения в 2014 по сравнению с 2008г на 2,33% и составил 0,67% из вновь заболевших. Также отмечается заметное снижение общих противопоказаний к проведению специализированного лечения на 2%.

Таблица 2 - Основные статистические показатели. Злокачественные новообразования шейки матки

Показатель	2008	2014
Число вновь выявленных случаев заболевания	1253	1770
Заболеваемость на 100 000 населения (грубый интенсивный показатель)	15,5	20,2
Заболеваемость на 100 000 населения (стандартизованный WORLD показатель)	14,9	19,4

Диагноз установлен в I и II стадии заболевания (% к выявленным случаям)	76,2	82,88
Выявлено при профосмотрах с I и II стадией заболевания (в %к числу всех вновь выявленных случаев)	26,81	23
Подтверждено морфологически (% к вновь выявленным случаям)	99,5	96,32
Прожили менее года с момента установления диагноза из числа зарегистрированных в предыдущем году (одногодичная летальность в %)	2,7	2,06
Получили лечение по радикальной программе (% к вновь выявленным случаям)	65,4	68,5
Отказались от лечения (% из числа вновь заболевших)	3	0,67
Имели противопоказания к лечению (% из числа вновь заболевших)	3	1,01
Умерло от злокачественных новообразований	623	689
Смертность на 100 000 населения (грубый интенсивный показатель)	7,7	7,8
Смертность на 100 000 населения (стандартизованный WORLD показатель)	7,3	6,6
Отношение смертности к заболеваемости в % (интенсивные показатели)	49,7	38,6
Отношение смертности к заболеваемости в % (стандартизованные показатели)	49	34
Число пациентов, состоящих на учете на конец года	9471	11111
Из них состоящих на учете 5 лет и более	5774	6020

Тем не менее, период с 2004 года по 2014 годы характеризовался определенными успехами в улучшении медицинской помощи женщинам со злокачественными

новообразованиями шейки матки, о чем говорит снижение отношения смертности к заболеваемости с 52,4‰ до 38,4‰.

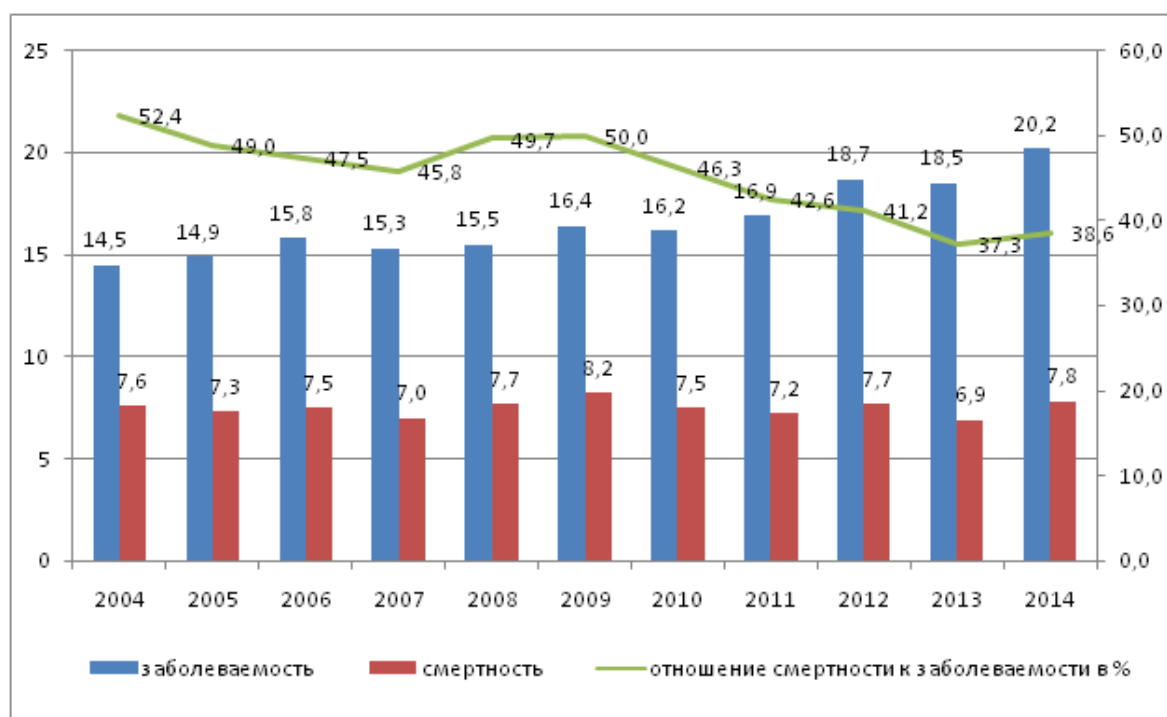


Рисунок 5 - Злокачественные новообразования шейки матки: заболеваемость, смертность (грубые интенсивные показатели на 100 000 женского населения Республики Казахстан), отношение показателей смертности к заболеваемости (%)

Отмечается незначительное увеличение наблюдаемых диспансерами пациенток в 2014г, 11 111, из которых 54,18 % состоят на учете 5 лет и более.

Таким образом, анализ распространенности РШМ как в целом по Республике, так и по регионам показал рост заболеваемости этой онкопатологией среди женского

населения. Отмечается заметное увеличение выявления рака шейки матки в начальных стадиях в 2014 году во втором пятилетнем периоде по сравнению впервым пятилетним периодом, что связано с эффективной работой скрининговой программы.

Список литературы

1. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer . Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.

2. Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 //Int. J. Cancer.- 2015.- Vol.136, N5.-S.59–86.10.1002/ijc.29210.

3. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д., Байнеусов Д.М.

исоав. Показатели онкологической службы Республики-Казахстан за 2011 год.- Алматы. – 2012. – 108 с.

4. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Игисинов С.И. и соавт. Показатели онкологической службы Республики-Казахстан за 2008 год. - Алматы. – 2009.

5. Применение методов статистического анализа: учебное пособие / Под ред. Кучеренко В.З.- М., 2004. – 188 с.

Тужырым

Қ.Ш. Нургазиев., А.Ж. Жылқайдарова, М.Р. Қайрабаев,
Р.О. Болатбекова

Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

Summary

K.Sh.Nurgaziev, A. Zh. Zhylkaydarova, M.R.Kairbaev,
R.O. Bolatbekova

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology,
Almaty

2004-2014 жж аралығында Қазақстан Республикасындағы жатыр мойыны қатерлі ісігінен ауыру және өлім көрсеткіші

Соңғы 10 жыл аралығында жатыр мойыны қатерлі ісігімен ауру көрсеткіші бағаланды. Жатыр мойыны қатерлі ісігінің аймақтық, уақтылы және жастық ерекшеліктерін 100 мың әйелге шаққанда жастық интенсивті және стандартизацияланған көрсеткішпен есептелді. World әлемдік стандарты көрсеткішімен сәйкестендіргенде Қазақстан Республикасында ауыру көрсеткіші 100 мың әйелге шаққанда 17%000 – 20%000 құрайды. 2004ж ауру көрсеткіші 14,5 100 000 әйел адамға, 2014ж 20,2 100 000 әйел адамға. Ауыру шыңы көрсеткіші соңғы 6 жыл бойына жас әйелдер қатарына ауысуда, ауру көрсеткішінің жоғарылауын 35 және 55 жас аралығындағы әйелдер құрайды. 2004 – 2014 жж аралығында жатыр мойыны қатерлі ісігі стадиялық анализінде бірінші стадияның анықталуы жоғарылауда.

Түйінді сөздер: жатыр мойыны қатерлі ісігі, ауыру, өлім, Қазақстан Республикасы.

The estimation of incidence and mortality from cervical cancer in the Rthublic of Kazakhstan for 2004-2014

We estimate incidence of cervical cancer over the last 10 years. Territorial, time and age characteristics of cervical cancer were studied by age intensive and standardized to 100 thousand female population. In the Republic of Kazakhstan incidence rates range from 17% to 20% 000 female population. In 2004, incidence rates were 14.5 per 100 000 female population, and in 2014 were 20.2 per 100 000 female population. The peak incidence over the last 6 years has shifted to a younger age. In the analysis of cervical cancer in the context of the stages marked increase in the detection rate of the disease in the first stage from 2004 to 2014

Key words: cervical cancer, incidence, mortality, the Republic of Kazakhstan.

К.В.Артемов, И.Р.Хусаинова

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Психологическое сопровождение онкологических больных

Аннотация. Статья посвящена отдельным вопросам стратегии психотерапевтических и психологических подходов в сопровождении онкобольных, на разных этапах. Приведены примеры применения психотерапии в сочетании с психофармакологической поддержкой пациентов с онкозаболеваниями. Рекомендованы основные направления для выработки стратегий психологической работы в условиях онкологического отделения.

Ключевые слова: Онкология, онкопсихология, психотерапия, качество жизни.

В настоящее время, уже ни у кого не вызывает сомнений факт, что в практической деятельности медицинского работника, вопрос особенностей психологического подхода к различным контингентам больных является актуальным. Характер и особенности того или иного заболевания так или иначе, накладывает, ограничивающий жизнедеятельность, отпечаток на качество жизни и переживание своего страдания больным, и формирует у него своеобразное отношение к себе, к болезни, к её прогнозу, и лечебному процессу. От этого отношения зависит эффективность лечебных мероприятий, врачебных назначений, и, в конечном счёте, качество жизни больного и исход болезни. Онкологические больные, в этом случае, значительно выделяются из многих других групп больных ввиду того, что в общественном сознании, до сих пор распространено, во многих случаях, устаревшее не критичное, и сильно обобщённое мнение о фатальности и неизлечимости онкозаболеваний. Это связано с недостаточной осведомлённостью широкого круга населения относительно новых средств и методов профилактики, диагностики и лечения, известных, лишь в основном, в кругу узких специалистов, практикующих непосредственно в онкологии.

Современные теории личности включают в себя кроме познавательной, поведенческой и эмоционально-волевой сфер, «систему психологической защиты», призванную ограждать душу от болезненных переживаний и осознания порою очевидных фактов, сигнализирующих о тех или иных угрозах физическому, душевному и социальному благополучию, а порою и жизни [1]. Это происходит или путём их иррационального отрицания, изменения значимости, или замены смыслов понятий в сознании. В некоторых случаях, происходит вытеснение неприятных переживаний из осознания любыми другими событиями или мыслями. Иногда разум выстраивает очевидным неприятным фактам собственное псевдорациональное «теоретическое» обоснование, уводящее внимание человека в сторону, от реальной проблемы, и придавая ей совсем иное значение. Всё это приводит к снижению психического напряжения за счёт смещения фокуса внимания с проблемы на что-нибудь другое, без реальной попытки её решения. Психологический контакт с таким больным и его родственниками бывает

зачастую, действительно нелёгко и сопряжен со значительным психоэмоциональным напряжением персонала, также, вынужденного практически ежедневно находиться в условиях хронического стресса [2].

Второй стратегией человеческой психики, при возникновении проблемных и стрессовых ситуаций, являются механизмы совладания с ними. В отличие от иррациональных, неосознаваемых, и зачастую контрпродуктивных стратегий психологической защиты, они направлены на мобилизацию ресурсного потенциала личности, направленного на реалистичное решение и преодоление проблемы. [1] Поэтому знание особенностей психического и психологического состояния на тех или иных этапах контакта с больным позволяет предупредить возможные психогенные влияния онкологических заболеваний и оптимизировать лечебный процесс. Психотравмирующий фактор онкологического диагноза зачастую воспринимается больным как в принципе неразрешимый с учетом коллективно-бессознательных представлений о неизлечимости опухолевых заболеваний. Связанная с ним угроза для жизни запускает мощный каскад переживаний, основанных на эмоциях, относящихся к базовому инстинкту самосохранения в основе которого лежит страх смерти. Он, по сути, является мотором в основе всех форм психической и поведенческой активности и является пусковым для прочих жизненно важных форм инстинктивной и социальной деятельности.

Для выработки стратегии психотерапевтических и психологических подходов к онкобольным, на разных этапах, удобно их разделить на следующие периоды [3]:

- поликлинический диагностический,
- этап «поступления в клинику»,
- предоперационный (предлечебный),
- послеоперационный,
- этап выписки,
- катамнестический.

Для поликлинического (диагностического) этапа, начинающегося с первых контактов больного с онкологической службой, а часто с направления пациента врачами к онкологам для осмотра и решения вопроса о необходимости госпитализации и оперативного лечения, характерным считается тревожно-депрессивный синдром. Типичным является общее беспокойство, выраженная тревога, иногда достигающая степени страха, ощущение полнейшей безнадежности, бесперспективности существования, мысли о неизбежной скорой и мучительной смерти. У тех пациентов, преморбид которых отличается чертами стеничности и активности в клинической картине обычно преобладают тревога и страх, в то время как у пассивных, астеничных субъектов на первый план выступает депрессивная симптоматика. На этом этапе больной нуждается в неформальной эмоциональной поддержке

со стороны врача, медсестры, родственников, призванной снизить интенсивность страха путем вселения надежды на возможность благоприятного исхода заболевания. В этом немаловажную роль играют примеры успешного достижения многолетних ремиссий болезни на фоне радикальных хирургических вмешательств и применения новейших химиотерапевтических препаратов, успехи лучевой терапии и совершенствования реабилитационных технологий. Всё это можно отнести и к санитарно-просветительной работе, технологии которой нужно активно внедрять уже «в коридоре» поликлиники, где больной ожидает приёма врача. Приветливое, доброжелательное и спокойное отношение к больному на этом этапе способствует к формированию у него надежды на то что «здесь мне действительно могут помочь».

Второе место по частоте возникновения на «диагностическом» этапе принадлежит дисфорическому синдрому, проявляющемуся в тоскливо-злобном настроении. Больные становятся мрачными, раздражительными, иногда без малейшего повода наблюдаются вспышки ярости, гнева, злобы, которые могут сопровождаться агрессией, направленной на ближайшее окружение (семью, сотрудников по работе, а также медицинский персонал). Зачастую за таким фасадом злобы и агрессии скрываются тревога и страх. Дисфорические расстройства обычно развиваются у лиц, преморбид которых характеризовался чертами возбудимости, взрывчатости, безудержности. С учетом этого, необходимо быть готовым к, порой, чрезмерной требовательности больных к персоналу, и к возможным конфликтам «на ровном месте», не вовлекаясь при этом в конфронтацию с позиций обыденной бытовой ссоры. Следует всегда помнить, что в основе провоцирующего и конфликтного поведения у многих онкологических больных лежит глубочайшее чувство отчаяния и страха, замешательство и ощущение агрессии ко всему бытию, допустившему по отношению к ним смертельную «несправедливость» в виде онкологического заболевания. Категорически неверно вступать с такими больными в спор, или пытаться их «поставить на место» - это может привести, в итоге, либо к отказу от лечения вообще, либо запустить долговременные конфликты и разбирательства в различных инстанциях, дезорганизующие надолго работу всего ЛПУ. Порой, чтобы сгладить такие эмоциональные выплески, больного достаточно, по-человечески, просто пожалеть и выразить ему сочувствие и понимание того, насколько тяжело переживать то, что он испытывает.

Третье место по частоте возникновения принадлежит тревожно-ипохондрической и астено-ипохондрической симптоматике. Первые из этих реакций характеризуются тревожным напряжением с постоянной фиксацией внимания на самочувствии, в особенности на ощущениях. Больные все время ищут и «находят» особые «неполадки» в организме, обычно ссылаясь при этом на какие-то неотчетливые, неопределенные ощущения, которые ими интерпретируются как катастрофически быстрое распространение опухоли по всему телу, безнадежная запоздалость диагностики и т.п. В данном случае бывает достаточно просто внимательно отнестись к таким жалобам. Следует выслушать больного, задать уточняющие

вопросы об их характере, но сопоставить их с менее значимыми, чем основное онкологическое заболевание болезнями, которые следует соотнести с высоким уровнем стресса, который переживает больной. Таким образом, можно в значительной мере «обесценить» ипохондрическую фиксацию больного, который внимательно «прислушивается» к любым неприятным ощущениям.

На следующем этапе — «поступления в клинику» происходит некоторое снижение тяжести (интенсивности) переживаний. Это в существенной мере связано с построением компенсаторной системы психологической защиты типа: «Я болен, возможно, у меня даже рак, но теперь я нахожусь в специальной больнице под наблюдением квалифицированных врачей, которые сделают все, чтобы мне помочь». На этом этапе может проявляться любая симптоматика из всех описанных выше, как: тревожно-депрессивная, дисфорическая, тревожно-ипохондрическая, обсессивно-фобическая, и все рекомендации для лиц, контактирующих с больным, указанные выше остаются актуальными и на этом этапе. В это время, необходимо учитывать возможность внезапных «взрывов отчаяния» под влиянием наплыва навязчивых мыслей о напрасности усилий перед лицом неизлечимого заболевания, которые могут произойти на фоне ожидания болезненных диагностических и лечебных процедур. Следствием таких острых невротических реакций могут быть отказы от лечения, от оперативных вмешательств, благодаря которым больному, порой, можно сохранить здоровье и жизнь, или в случаях паллиативных вмешательств в значительной мере облегчить его страдания, и выиграть время для решения значимых для него вопросов, которые он намеревается решить самостоятельно. В случае таких реакций имеет смысл ободрить больного своим присутствием, молчаливым вниманием, уместным прикосновением, дающим ему понять, что вы не безучастны к его судьбе и он в этот момент не один «перед ликом смерти». Из того что можно сказать больному в таких случаях, наилучшим является напоминание о том, что «если есть хоть один шанс повлиять на ситуацию в свою пользу, то лучше его использовать, чем жалеть потом о том, что этот шанс был упущен». При обнаружении такого состояния, больного следует направить к психиатру-психотерапевту, или к психологу в зависимости от штатного расписания ЛПУ. Резкий подъем интенсивности психогенных переживаний отмечается на следующем этапе — предоперационном (предлечебном). В рамках тревожно-депрессивного синдрома преобладающим становится страх возможной гибели в процессе операции в сочетании со страхом самого заболевания. В этот период имеет смысл применение психотерапии в сочетании с психофармакологической поддержкой пациента в зависимости от ведущего синдрома. Например, в АРОД наблюдался отчетливый, быстрый и стойкий положительный антidepressивный и противотревожный ответ на психотерапию и назначение антидепрессанта в случае отказа от необходимого оперативного лечения у больной Б., 35лет, и/б № 558-89, на фоне остро развившегося тревожно-фобического эпизода, в основе которого лежал глубинный страх смерти. [4] После отказа от операции непосредственно перед её проведением, с больной была немедленно проведена психотерапев-

тическая беседа, и был предложен прием антидепрессанта с противотревожным радикалом действия. Через три дня приема препарата у больной снизился уровень аффективного напряжения, фон настроения стабилизировался настолько, что она на фоне сопутствующей «интенсивной психотерапии» смогла конструктивно подойти к решению вопроса о необходимости хирургического лечения, и через семь дней приема препарата и психотерапевтических интервенций больная была успешно прооперирована.

На четвертом этапе, послеоперационном, происходит облегчение, резко снижается степень выраженности всех отрицательных переживаний больных и происходит своеобразное «психологическое облегчение», а преобладающим психопатологическим синдромом становится астения, сочетающаяся с ипохондрической фиксацией на тех или иных ощущениях больного. Здесь требуется не только внимательно выслушивать и «обесценивать» ипохондрические жалобы, но и обращать, как-бы невзначай, внимание больного на любые положительные сдвиги в его состоянии, обсуждать с ним перспективы планов на будущую жизнь в формате вопроса: «что я буду делать, когда выздоровлю, поправлюсь и выпишусь из клиники». Такая стратегия подхода к выздоравливающим пациентам помогает закрепить у них позитивное жизнеутверждающее поведение, и установку на требуемое, зачастую, поддерживающее послеоперационное лечение. На катамнестическом этапе, около двух третей пациентов имеют особые, так называемые, субдепрессивные нарушения психического состояния [5]. Внешне они проявляются как нерезковыраженная подавленность и стремление к самоизоляции. Отношение к привычным и любимым прежде, развлечениям меняется, и порой становится резко негативным. Попытки со стороны близких людей как-то «расшевелить» больного, как правило, не имеют никакого успеха. Особенно отрицательное отношение вызывают те ситуации, которые связаны с силь-

ными эмоциональными переживаниями. Утрачивается интерес и к внутрисемейным делам. В переживаниях больного постоянно звучат депрессивные ноты, связанные не только с наличием онкологического заболевания, но и его последствиями — инвалидизацией, утратой привлекательности и т.п. Особенно болезненны переживания, относящиеся к интимной сфере. При обнаружении таких состояний на приеме, желательно направить такого больного к психиатру-психотерапевту, поскольку данные состояния на современном этапе можно успешно корректировать при помощи психотерапии и лечить антидепрессантами и анксиолитиками, применение которых в некоторых случаях бывает критически необходимым. Следует напоминать больному, что прогресс в изучении причин опухолевых заболеваний в последние годы, значительно улучшил прогноз на период ближайших 10 лет от момента постановки диагноза, а совершенствование хирургических методов лечения позволяет во многих случаях радикально излечить больного от опухоли. Таким образом: следует активизировать фактор вселения надежды на выздоровление, ориентировать больного на реалистично возросший потенциал онкологической науки и предостерегать от зачастую распространенного и иррационально обоснованного обращения к «народным методам», «народным целителям», которые, в итоге, оставляя больного без адекватного лечения, могут нанести непоправимый вред здоровью и жизни.

Отсутствие депрессии и максимальная вовлеченность пролеченного больного в жизнь семьи, коллектива и общества в целом, создаёт благоприятные предпосылки для успешной социальной реабилитации. Это позитивно сказывается на улучшении качества жизни больного и помогает вернуть человека на максимально адаптивный уровень социально-психологического функционирования для выполнения задач ставящихся обществом перед онкологической службой системы здравоохранения РК.

Список литературы

1. Нуллер Ю.Л. Структура психических расстройств.-Киев:Сфера, 2008.
2. Русина Н.А. Адаптационные ресурсы пациентов онкологической клиники //Bulletin of Medical Internet Conferences.- 2011.Vol.1.-P 92-94.
3. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. О психогенных реакциях у онкологических больных / Журнал невропатологии и психиатрии.-1980.-№8.-С.1198-1204.
4. Артемьев К.В., Войновский Ю.В. // Онкология и радиология Казахстана.-2014.- №2 (32).- С. 46 – 49.
5. Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П. Психиатрия и психотерапия в онкологической практике. Учебное пособие // Ряз. гос. мед.ун-т им. акад. И.П.Павлова. – Рязань: РИО РГМУ, 2006. – С.83.

Тұжырым

К.В.Артемов, И.Р.Хусаинова

Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу
институты

**Онкологиялық науқастарға психологиялық
қолдау көрсету**

Мақала психотерапиялық стратегиялар мен түрлі кезеңдерінде онкологиялық науқастарға психологиялық қолдауда психологиялық тәсілдерді қолданудың нақты мәселелеріне арналған. Қатерлі ісікпен ауыратын науқастарды психофармакологиялық қолдаумен ұштастыра психотерапия қолдану мысалдары қарастырылған. Онкологиялық бөлімінің жағдайында психологиялық жұмыс стратегиясын әзірлеу үшін нұсқаулар ұсынылады.

Түйінді сөздер: Онкология, онкопсихология, психотерапия, өмір сапасы.

Summary

K.A.Artemyev, I.R.Khussainova

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

Psychological support of cancer patients

The article is devoted to specific issues of psychotherapeutic strategies and psychological approaches, accompanied by cancer patients at different stages. Examples of application of psychotherapy in combination with psychopharmacological support of patients with cancer. Recommended guidelines for developing strategies of psychological work in the conditions of the oncology department.

Keywords: Oncology, psychooncology, psychotherapy, quality of life.

УДК: 616.851-053.2

М.М.Маратова, И.Р.Хусаинова, А.Д.Молдашбаева

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Психологическое сопровождение детей с онкологическими заболеваниями с учетом их возрастных особенностей

Аннотация. Статья посвящена отдельным вопросам психологической помощи детям больным онкологическими заболеваниями. Приводятся результаты изучения психологических проблем больного ребенка и его окружения с учетом возрастных особенностей. Приведены примеры психологического сопровождения семей с детьми с онкозаболеваниями.

Ключевые слова: педиатрия, онкология, онкопсихология, возрастные особенности, психологическое сопровождение.

Онкопатология относится к одной из наиболее психотравмирующих, в особенности если это касается детской онкологии.

Возникновение у ребенка онкологического заболевания является для родителей сильнейшей психологической травмой. Дети и их родители подвержены влиянию сильной кризисной ситуации в их жизни – онкологического заболевания. Тревога за ребенка не пропадает длительное время. В ситуации болезни многое по отношению к окружающему миру нивелируется.

В последние годы наблюдается тенденция оберегать ребенка от его диагноза, исследования показали, что большинство детей все равно осознают то, что они очень серьезно больны. И осознают это вопреки попыткам родителей и медиков защитить их.

Очень тяжелыми для ребенка любого возраста являются первые дни пребывания в стационаре. Понимание, что он болен чем-то серьезным (особенно у детей школьного возраста), страх перед обследованиями, усиливающийся при общении со сверстниками, которые длительное время находятся в клинике и хорошо осведомлены о лечебных и диагностических методах (пункционные биопсии, внутривенные введения и т. д.), являются одними из факторов, оказывающих влияние на психологическое состояние ребенка. Смена привычной для ребенка домашней обстановки на больничную, разлука с родителями и близкими друзьями также накладывают отпечаток на поведение больного ребенка.

По проведенным опросам: в США 65% врачей ставят детей в известность о диагнозе и лишь 4% вовсе не говорят. В Японии 9,5% врачей сообщают ребенку о диагнозе и 34,5% предпочитают не говорить.

Дети, которые были информированы родителями или лечащей командой о предстоящем длительном лечении, диагностических процедурах, режиме, внешних изменениях, недомоганиях которые могут наблюдаться на фоне химиотерапии и об исходе, более легко соглашаются на проведение различных медицинских процедур.

Дети, которые не были информированы и ознакомлены надлежащим образом узнают о своем состоянии с

различных информационных ресурсов, таких как: интернет, СМИ и общения со сверстниками и т.д. И как правило, там описано все по иному, не учитывая возрастных особенностей детей у которых понимание и восприятие информации отличаются от взрослых. Полученная таким путем информация может негативно подействовать на ребенка, учитывая его психоэмоциональное состояние, вызванное следствием тяжелого заболевания. Таким образом, эти дети могут замкнуться в себе и переживать все внутри себя, что в итоге может потребовать в дальнейшем длительную психологическую коррекцию.

Вероятнее всего, что ребенок, находящийся в онкологическом стационаре, уже догадывается, что что-то не в порядке, ведь временами он чувствует себя плохо, его часто осматривают врачи, приходится проходить очень неприятные и пугающие обследования и процедуры. Беспокойство и опасения родных и близких также не остаются им незамеченными. И если никто не скажет ему о его болезни, ребенок с онкологическим заболеванием может искать объяснение происходящему в своем воображении, в своих страхах. Такой ребенок может решить, что его болезнь - это наказание за какие-то его проступки, и может чувствовать ненужную тревогу и вину. И сейчас медики соглашаются, что обсуждение правды о его болезни защитит ребенка от чувства вины и поможет ему сотрудничать с врачами во время лечения.

Для семьи и для детей со стороны лечащего врача необходимо полное информирование о диагнозе, прогнозе, осложнениях, инвазивных процедурах, об изменениях внешности, в зависимости от диагноза возможных ампутациях, о возможных объемных хирургических операциях, пересадке костного мозга, о фертильности.

На всех этапах лечения и реабилитации пациенты всегда должны быть в сопровождении онкопсихологов, которые используя пациент-центрированный подход, помогут пациенту и его семье.

Актуальность этой темы заключается в том, чтобы родителям и лечащей команде следует быть открытыми с ребенком по максимуму и учитывать психологический возраст детей.

При сообщении диагноза связывающим звеном между ребенком и родителями, сиблингами и врачами является онкопсихолог. В этой связи роль психологической работы чрезвычайно высока. Психолог, с одной стороны, может выступить в качестве медиатора между пациентом и его близкими, а с другой – помочь больному в снятии эмоционального напряжения как с помощью непосредственной работы с переживаниями, так и путем формирования эмоционально-коммуникативных навыков.

Правильное сообщение диагноза, учитывая возрастные особенности снижает уровень депрессии, негатив-

ных поведенческих изменений и приводит к наиболее хорошим психологическим состояниям даже в отдаленном будущем.

Понимание детей разных возрастов о болезнях можно описать ссылаясь на теорию Ж.Пиаже и на примерах из практики, во время работы с онкологическими пациентами в НЦПиДХ г.Алматы

Существуют определенные возрастные особенности, и по ним строится схема общения с детьми. Но необходимо быть очень внимательным к тому, что сам ребенок думает и понимает о своей болезни, какие вопросы интересуют его в первую очередь.

Сенсомоторная стадия (0-2 года). Дети в этой возрастной категории не способны различать между собственной личностью и внешним физическим миром, и зависимы от мнения родителей или опекуна. В этом возрасте преобладает чувство привязанности что бы ощущать безопасность и спокойствие. Дети ближе к 2 годам учатся связывать определенные события с окружающей средой и могут развивать условные рефлексы в качестве копинг-стратегий на стрессовые события, но по-прежнему зависимы от родителей или опекуна и требуют интерпретации своим переживаниям здесь и сейчас. Чтобы объяснить болезнь требуется развивать когнитивные схемы сознательного воспоминания о предыдущем опыте и развитие семантического или декларативного знания.

Пример 1: 2х летний мальчик стал беспокойным когда в палату зашла медсестра в белом халате, тогда как та же медсестра заходила в розовом халате ребенок никаких беспокойств не проявлял. Медсестра белый халат одевала в период химиотерапии а розовый халат носила на поддерживающей фазе лечения.

Предоперационная стадия (2-7 лет). Во время предоперационного периода дети начинают изъясняться с помощью языка. В этот период ребенок еще довольно эгоцентричен (не способен понять точку зрения других людей). Концепция эгоцентризма помогает нам понять, почему дети временами не желают делать то что им говорят. Понятие болезни на этом этапе включает феноменизм – то есть болезнь вызывается событиями или сенсорными стимулами. Болезненные процедуры на этом этапе воспринимаются ребенком как наказание за непослушание или за какое-либо неправильное действие.

Пример 2-4: 3х летний ребенок огорчился увидев медсестру с назогастральным зондом подумав что его медсестра ухаживает только за ним и устанавливать будут ему. А медсестра шла к другому ребенку.

У 6 летнего мальчика начались ожидаемые побочные эффекты от химиотерапии, на что сказал мальчик – «я думал от лечения самочувствие становится только лучше».

Конкретная операционная стадия (7-11 лет). Во время конкретной операционной стадии дети начинают осознавать понятия времени, пространства и числа. Дети на этом этапе понимают, что болезнь может быть вызвана контактом с болезнетворными микробами или переохлаждением. Так же дети в этом периоде считают что болезнь можно вылечить с помощью простых мер, таких как: постельный режим, прием препаратов только внутрь.

Пример 5. 7-летний мальчик у которого брат умер от диссеминации абдоминальной нейробластомы подумал что, он тоже заболел раком так как у него начал болеть желудок после того как гладил грязную собаку и часто обнимал брата.

Стадия формальных операции (после 11 лет). Мышление больше основывается на абстрактных принципах. На стадии формальных операции у ребенка формируются полноценные интеллектуальные способности взрослого. На этом этапе дети могут понять что может быть много взаимосвязанных причин которые могут приводить к болезни.

Пример 6-7. 12-летний мальчик сказал онкопсихологу при беседе что причиной его онкологического заболевания является ушиб колена, который он получил споткнувшись во время спортивной тренировки.

Кроме того, ребенок должен быть готов к тому, что не все люди, в том числе и взрослые, знают об онкологических заболеваниях столько, сколько знает он сам. И эти люди могут по-разному реагировать на него. Они могут говорить вещи, которые противоречат тому, что он слышал от родителей или врачей. Общение с такими людьми может породить у ребенка сомнения и страхи, а в результате и озлобление на то, что говорили ему родители. Если родители будут поощрять ребенка обсуждать с ними подобные разговоры, то можно откорректировать любые заблуждения, которые у него возникнут.

Важно помнить, что у ребенка сохраняются все эмоциональные потребности, характерные для его возраста.

Пребывая в постоянной стрессовой ситуации у родителей вырабатывается “шестое чувство” в отношении ребенка. И для них нет необходимости смотреть на проблемы через поведение ребенка, если проблемы и так очевидны. Но родителям и окружению можно посоветовать и дать понять, что врачам, медсестрам, психологу, возможно, уже приходилось сталкиваться с подобными ситуациями, и, опираясь на профессиональные знания и опыт, они могут помочь вам - легче наладить доверительную взаимосвязь с детьми, с учетом их возрастных особенностей, которая так необходима во время длительного и нелегкого пути к выздоровлению.

Список литературы:

1. Schonfeld D.J., Quackenbush M. *After a loved one dies: How children grieve and how parent and other adults can support them.* - New York: New York life foundation, 2009.
2. Жан Пиаже. *Речь и мышление ребенка* - Париж: Румис. - 2008 ISBN 978-5-9650-0045-6.
3. Patenaude A.F., Kupst M.J. *Psychosocial functioning in pediatric cancer* // *Journal of Pediatric Psychology*. - 2005. - Vol.30. - P.9 – 27. Review.
4. Stam H., Grootenhuys M.A., Last B.F. *Social and emotional adjustment in young survivors of childhood cancer* // *Supportive care cancer*. - 2011. - N9. - P.489 – 513.
5. Абрамов Г. С. *Возрастная психология*. - М.: Академ Проект, 2000.
6. Рогов Е. И. *Общая психология (курс лекций)*. - М.: РИЦ Владос, 2000.

Тұжырым

М.М.Маратова, И.Р.Хусаинова, А.Д.Молдашбаева
Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу
институты

**Қатерлі ісікке шалдыққан балаларға, жас
ерекшеліктеріне сәйкес психологиялық қолдау
көрсету**

Мақала онкологиялық аурулармен ауыратын балаларға психологиялық көмек берудің нақты мәселелеріне арналған. Психологиялық ауру баланың проблемаларын және жасына сәйкес оның қоршаған ортаны зерттеу нәтижелері келтірілген. Обыры бар балалары бар отбасыларға психологиялық қолдау мысалдары баяндалған.

Түйінді сөздер: педиатриялық онкология, онкопсихология, жас сипаттамалары, психологиялық қолдау.

Summary

Maratova M.M., Khussainova I.R., Moldashbayeva A.D.
Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

**Psychological support of children with cancer in
accordance with their age features**

The article is devoted to specific issues of psychological assistance to children suffering from oncological diseases. The results of the study of the psychological problems of the sick child and his environment are given with age-appropriate. Examples of psychological support of families with children with cancer are narrated.

Keywords: pediatric oncology, psychooncology, age characteristics, psychological support.

УДК: 616.851-053.2

Э.В.Исхакова, М.Ж.Ержанова

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Основные аспекты психологического сопровождения медицинского персонала

Аннотация. В статье рассматриваются основные аспекты психологического сопровождения медицинского персонала: раскрывается понятие «психологического сопровождения», обозначены основные его характеристики, а также задачи и направления (виды) деятельности. В статье актуализируется проблема синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников, основные подходы, стратегии и методы работы с данным феноменом, как специфическим видом профессиональной деформации.

Ключевые слова: психологическое сопровождение, психологическая работа с медицинским персоналом, синдром эмоционального выгорания (СЭВ).

Медперсонал, постоянно работающий в тяжелых условиях, например, в реанимациях, гемодиализных отделениях, хосписах, и постоянно сталкивающийся с травмирующими событиями и переживаниями, оказывается за пределами внимания психологической науки и практики[1]. В связи со сложным спектром задач, решаемых медицинским персоналом, возникает проблема ее психологического сопровождения. Психологическое сопровождение является важным современным компонентом в системной работе с персоналом во многих организациях.

Хотя термин «сопровождение» прочно вошел в профессиональную жизнь практических психологов как концептуально, так и в отношении практической деятельности, нет еще единства мнений специалистов в определении этого понятия. Например, Ю.Слюсарев понятие «сопровождение» употреблял для обозначения недирективной формы оказания здоровым людям психологической помощи, направленной «не просто на укрепление или достройку, а на развитие и саморазвитие самосознания личности», помощи, запускающей механизмы саморазвития и активизирующей собственные ресурсы человека[2].

Многие исследователи отмечают, что сопровождение «предусматривает поддержку естественно развивающихся реакций, процессов и состояний личности». Более того, успешно организованное социально-психологическое сопровождение открывает перспективы личностного роста, помогает человеку войти в ту «зону развития», которая ему пока еще недоступна [3].

Итак, можно сказать, что психологическое сопровождение - это:

- во-первых, один из видов социально-психологического патронажа как целостной и комплексной системы социальной поддержки и психологической помощи, осуществляемой в рамках деятельности психологических служб;
- во-вторых, интегративная технология, сердце-

вина которой - создание условий для восстановления потенциала развития и саморазвития личности и в результате эффективного выполнения отдельным человеком своих основных функций;

- в-третьих, процесс особого рода бытийных отношений между сопровождающим и теми, кто нуждается в помощи.

В качестве основных характеристик психологического сопровождения выступают его:

- процессуальность;
- пролонгированность;
- недирективность;
- погруженность в реальную повседневную жизнь человека;
- особые отношения между участниками этого процесса, что в психоанализе называется «положительный перенос».

Психологическое сопровождение работающих врачей и медсестер, учитывающее и степень их психологической пригодности к специальности, и степень проработанности у них экзистенциальной проблематики, даст возможность создать корректную программу психологической помощи. Данная программа, с нашей точки зрения, должна решать две основные задачи:

1. Информационная задача. Повышение общей психологической грамотности медицинского персонала. Эта задача может решаться в виде семинарских или лекционных занятий, посвященных психологическим аспектам того или иного заболевания, особенностей поведения больного человека, особенностей переживания его родных и близких.

2. Задача личностной психологической проработки. Эта задача может решаться в виде целевых тренинговых программ, направленных на развитие навыков адаптации к рабочим ситуациям, на осмысление экзистенциальных проблем, актуализирующихся в процессе работы. А также в виде регулярных групп поддержки («Балинтовские группы»), где обсуждались бы психологически проблемные рабочие ситуации. Кроме того, возможна и индивидуальная работа в форме психотерапевтических консультаций.

Разработанные программы могут проводиться на том или ином отделении медицинского учреждения, а могут быть включены в курсы повышения квалификации, что значительно уменьшило бы организационные трудности, связанные с режимом работы медсестер и врачей.

Основными видами деятельности (психологического сопровождения) психолога являются:

- психодиагностика;
- психоконсультирование;
- психопрофилактика;
- психокоррекция;

- психопросвещение.

Психологическая работа с медицинским персоналом проводится в форме, как индивидуального консультирования, так и группового. Тренинги по своему целевому назначению можно разделить на три большие группы:

- тренинг профессиональной коммуникации;
- тренинг эмоциональной устойчивости;
- тренинг эффективного группового взаимодействия.



Рисунок 1- Тренинг коммуникаций с медицинским персоналом

Научно-исследовательская и научно-практическая деятельность психолога, работающего с медперсоналом, включает в себя следующие мероприятия:

1. Исследование феномена эмоционального выгорания среди врачей и медицинских сестер.
2. Исследование степени удовлетворенности пациентов пребыванием в нашей больнице с целью выявления факторов, определяющих мнение пациентов.
3. Исследование психологического климата коллектива.
4. Исследование мотивационной сферы медицинского персонала.

Результатом психологического сопровождения становится новое жизненное качество – адаптивность, то есть способность самостоятельно достигать относительного равновесия в отношениях с собой и окружающими как в благоприятных, так и в экстремальных жизненных ситуациях. Адаптивность предполагает принятие жизни (и себя как ее части) во всех проявлениях, относительную автономию, готовность и способность изменяться во времени и изменять условия своей жизни [4].

В настоящее время специалисты отмечают обеспокоенность в отношении того, что специальность врача способствует развитию болезненных состояний. Профессия врача относится к классу профессий типа «субъект-субъект», которые наиболее подвержены влиянию психического выгорания. Для выявления причин психического выгорания исключительное значение имеет исследование личностных особенностей врача и специфики организационной культуры врачебного коллектива, так как грамотная диагностика, коррекция и профилактика развития «выгорания» могут помочь в приостановке начавшегося процесса «выгорания», предупредить его возникновение, сохранив врача как здоро-

вую личность и эффективного профессионала. Оценка склонности к психическому выгоранию имеет большое значение для анализа процесса профессионального становления личности врача, для планирования его профессиональной карьеры. Это может проявляться в виде разочарования в профессии, деморализации, нарастающей склонности к размышлению о том, чтобы оставить эту профессию, а также ухудшению психического здоровья врачей, снижению устойчивости браков, развитию склонности к употреблению психоактивных веществ и алкоголя.

Действие многочисленных объективных и субъективных эмоциогенных факторов вызывает нарастающее чувство неудовлетворенности, накопление усталости, что ведет к кризисам в работе, истощению и выгоранию. В каждом конкретном случае цели, задачи и формы сопровождения определяются особенностями субъектов, которым оказывается психологическая помощь, и той ситуации, в которой осуществляется сопровождение.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) — это специфический вид профессиональной деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с клиентами/ пациентами при оказании профессиональной помощи. Этот синдром проявляется в чувстве эмоционального истощения, дегуманизации (тенденции к развитию негативного отношения к пациенту), недостатке чувства профессионального мастерства[5]. По данным отечественных и зарубежных исследователей, данный синдром встречается в 30–90% случаев всех категорий руководителей, судей, учителей, продавцов, медицинских работников и т.д. в зависимости от конкретной профессиональной деятельности, типа личности, объективных возможностей психологической адаптации к реальным ситуациям.

Среди внешних условий врачебной деятельности, влияющих на возникновение психического выгорания у медицинских работников, можно указать следующие:

- организационные факторы (нечеткая организация и планирование труда, рабочие перегрузки, конфликтность ролей, двусмысленность и неоднозначность требований и др.);
- хронический характер воздействия психоэмоциональных стрессов (эмоциональные и нервные перегрузки, интенсивное общение, психологическая трудность контингента);
- неблагоприятная психологическая атмосфера (недостаточная социальная поддержка, конфликтность).

В качестве внутренних предпосылок к «выгоранию» могут выступать:

- интенсивная интериоризация, восприятие и переживание обстоятельств профессиональной деятельности, ведущие к быстрому истощению эмоционально-энергетических ресурсов;
- фрустрация значимых мотивов профессиональной деятельности;
- наличие некоторых личностных особенностей у врачей, затрудняющих эффективное выполнение ими своей профессиональной деятельности.

Несмотря на немногочисленность исследований выгорания у медицинских работников, в большинстве работ делается упор на анализ роли отдельных факторов в его возникновении. Но до настоящего времени не изучено совокупное влияние организационных факторов профессиональной врачебной деятельности и личностных особенностей медицинских работников на возникновение синдрома «психического выгорания». Вместе с тем, изучение всего комплекса причин появления «выгорания» у медицинских работников приобретает особую актуальность, так как грамотная диагностика и профилактика развития «выгорания» могут помочь в приостановке начавшегося процесса или предупредить его возникновение, сохранив врача как здоровую личность и эффективного профессионала.

Наиболее ярко выгорание проявляется в случаях, когда коммуникации отягощены эмоциональной насыщенностью, как правило, на почве стресса. Длительное наличие этого синдрома приводит профессионалов к различным вариантам саморазрушающего поведения.

Наиболее доступным в качестве профилактических мер является использование способов саморегуляции и восстановления себя.

Это своего рода техника безопасности для специалистов, имеющих многочисленные и интенсивные контакты с людьми в ходе своей профессиональной деятельности.

В психопрофилактическом направлении предупреждения развивающегося синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), а также имеющемуся СЭВ можно использовать различные подходы:

- личностно-ориентированные методики, направленные на улучшение способностей личности противостоять стрессу через изменение своего поведения, отношения;
- меры, направленные на изменение рабочего окружения (предупреждение неблагоприятных обстоятельств),
- психологические тренинги, направленные на развитие коммуникативных навыков, обучение навыкам эффективного межличностного общения, раскрытие творческих ресурсов, тренингов уверенности в себе, также тренинги личностного роста, телесно-ориентированной терапии, по стресс-менеджменту, тайм-менеджменту.

Таким образом, на сегодняшний день роль психологического сопровождения медицинского персонала, несомненно, возрастает. Медицинский персонал как никогда нуждается в квалифицированной поддержке и помощи на рабочем месте. И поэтому для обеспечения медицинских работников качественным психологическим сопровождением очень важно правильная организация терапевтических стратегий и методов работы.

Список литературы

1. Заманаева Ю.В., Фрумкин А.А. Психологическая помощь медицинскому персоналу: постановка проблем и возможные пути решения. Информационный бюллетень для врачей госпитальных эпидемиологов, организаторов здравоохранения и врачей других специальностей. – СПб., 2005 – 18 с.
2. Слюсарев Ю.В. Психологическое сопровождение как фактор активизации саморазвития личности: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 1992.
3. Мухина В.С., Горянина В.А. Развитие, воспитание и психологическое сопровождение личности в системе непрерывного образования: концепция и опыт работы ИРЛ РАО. Воспитание и развитие личности:

Материалы международной научно-практической конференции / Под ред. В.А. Горяниной. -М., 1997.- С. 4-12.

4. Беспалова С.В. Формирование профессиональной культуры будущего специалиста // Мат. X студенческой научной конференции и V международных педагогических чтений. -Архангельск, 2003.

5. Рыбина О.В. Клинико-психологические характеристики синдрома профессионального «выгорания» у врачей // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2004. – № 1. – С. 73-75.

Тұжырым

Э.В.Исхакова, М.Ж.Ержанова

Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

Медициналық персоналды психологиялық қолдаудың негізгі аспектілері

Мақалада медициналық персоналды психологиялық қолдаудың негізгі аспектілері қарастырылған: «психологиялық қолдау» түсінігі, оның негізгі сипаттамаларымен қатар іс-әрекеттің міндеттері мен бағыттары (түрлері) ашып көрсетілген. Мақалада медициналық жұмысшылардағы эмоционалды күйіп кету синдром мәселесі, кәсіби деформацияның ерекше түрі ретінде берілген феноменмен жұмыс істеудің негізгі тәсілдері, стратегиялары мен әдістері өзектендірілген.

Түйінді сөздер: психологиялық қолдау, медициналық қызметкерлер, күй (СЭВ) синдромы бар психологиялық жұмыстар.

Summary

E.V.Iskhakova, M.Zh.Yerzhanova

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

The basic aspects of psychological support of medical staff

The article deals with the basic aspects of psychological support medical staff: Revealed the notion of “psychological support”, basic characteristics, as well as the objectives and direction (s) of activity. The article actualizes the problem of burnout syndrome in health workers, basic approaches, strategies and methods of this phenomenon as a specific kind of professional deformation.

Keywords: psychological support, psychological work with the medical staff, burnout (CMEA) syndrome.

ОБЗОРЫ

УДК:616.65-006-577.4

Л.Н.Успанова, А.Ж.Жылкайдарова, Н.С.Нурғалиев

¹Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Влияние факторов риска для развития рака предстательной железы

Аннотация. Проведен обзор литературы по выявлению факторов риска и эпидемиология предстательной железы. В последние годы имеется тенденция к увеличению заболеваемости РПЖ не только во всем мире, но и в Республике Казахстан. В настоящее время наблюдается значительный рост больных РПЖ, что обуславливает необходимость поиска новых и совершенствования традиционных методов ранней диагностики, лечения и профилактики.

Ключевые слова: рак предстательной железы, заболеваемость, факторы риска.

Рак предстательной железы считается сегодня одной из самых серьезных медицинских проблем среди мужского населения. В Европе РПЖ является наиболее распространенной солидной опухолью, заболеваемость которой составляет 214 случаев на 1000 мужчин, опережая рак легких и колоректальный рак [1]. К тому же в настоящее время РПЖ занимает 2-е место среди основных причин смерти от рака у мужчин [2]. Более того, с 1985 г. наблюдается небольшое увеличение числа летальных исходов от РПЖ в большинстве стран, включая те страны и регионы, в которых он нераспространен [3]. РПЖ встречается чаще у пожилых мужчин. Следовательно, он представляет большую проблему в развитых странах, где процент пожилых мужчин выше. Так, в развитых странах РПЖ составляет около 15% случаев рака у мужчин, тогда как в развивающихся странах – 4% [4]. Следует отметить, что уровень заболеваемости РПЖ существенно различается в зависимости от региона. Например, в Швеции, которая отличается высокой продолжительностью жизни и относительно незначительной смертностью от заболеваний, связанных с курением, РПЖ является наиболее распространенной злокачественной опухолью у мужчин и составил 37% всех новых случаев рака в 2004 г. [5]. По данным Globocan (2012), в структуре заболеваемости среди всех злокачественных новообразований в мире РПЖ занимает 2-ое ранговое место (13,6%), всего в 2012 году во всем мире было выявлено 1,1 миллион больных РПЖ. В структуре смертности среди всех ЗН в мире, у мужчин РПЖ занимает 1-ое ранговое место (6,6%). В 2012 году во всем мире умерло 307 000 больных РПЖ [6].

Факторы риска. Факторы, определяющие риск развития клинического РПЖ, пока недостаточно изучены, однако несколько таких факторов уже выявлено. Точно установлены 3 фактора риска РПЖ: возраст, расовая принадлежность и наследственность. Если родственник первой степени родства болен РПЖ, риск возрастает как минимум вдвое. Если заболевание диагностировано у 2 родственников первой степени родства и более, риск увеличивается в 5–11 раз [7, 8]. У небольшого процента

больных РПЖ (9%) наблюдается наследственный РПЖ. Это подразумевает наличие 2 родственников с данным заболеванием или не менее 2 родственников с ранним (до 55 лет) началом заболевания [9]. Единственным отличием наследственного РПЖ является то, что у таких больных заболевание развивается, как правило, на 6–7 лет раньше, чем в спорадических случаях [10]. Частота выявления рака при аутопсии в различных регионах примерно одинакова [11]. Эти данные противоречат показателям заболеваемости РПЖ, которые существенно различаются в разных географических районах – от высоких в США и Северной Европе до низких в Юго-Восточной Азии [12]. При этом у японцев, переехавших из Японии на Гавайские острова, риск развития РПЖ возрастает; а у японцев, переехавших в Калифорнию, риск возрастает еще больше и приближается к риску развития РПЖ у американцев [13] (уровень доказательности 2). Из результатов этих исследований следует, что внешние факторы увеличивают риск перехода так называемого латентного РПЖ в клинический РПЖ. Среди этиологических факторов рассматривались особенности питания, характер половой жизни, употребление алкоголя, ультрафиолетовое облучение и профессиональная вредность [14]. При РПЖ чрезвычайно эффективна экзогенная профилактика, например диетическая и фармакологическая, благодаря таким особенностям, как высокий показатель заболеваемости, длительный латентный период, связь с эндокринной системой, наличие серологических маркеров (ПСА) и предшествующего заболевания (простатическая интраэпителиальная неоплазия – ПИН). К особенностям питания, которые могут влиять на развитие заболевания, относятся: общее количество потребляемых калорий (что отражается на индексе массы тела), потребление жиров, термически обработанного мяса, микроэлементов и витаминов (каротиноидов, ретиноидов, витаминов С, D и E), фруктов и овощей, минералов (кальция, селена) и фитоэстрогенов (изофлавоноидов, флавоноидов, лигнанов). Поскольку большинство исследований, проведенных до настоящего времени, представляют собой исследования «случай–контроль», их результаты не могут предоставить ответы на все вопросы относительно этого заболевания. На данный момент проводятся несколько рандомизированных исследований, цель которых – определение роли факторов риска и перспектив успешной профилактики РПЖ [15]. Таким образом, наследственные факторы играют большую роль в определении риска развития клинического РПЖ, тогда как экзогенные факторы могут в значительной степени влиять на этот риск. Основной вопрос состоит в том, достаточно ли научных доказательств для того, чтобы рекомендовать изменение образа жизни (пониженное потре-

бление жиров животного происхождения и повышенное потребление фруктов, овощей и круп) для уменьшения риска [16]. Результаты некоторых исследований доказывают правильность таких рекомендаций, и эти данные можно предоставлять родственникам больных РПЖ по мужской линии, которые задают вопрос о влиянии диеты (уровень доказательности 2–3).

Генетические факторы. Генетика рака простаты является предметом для исключительно интенсивных исследований. Определённая роль наследственности в формировании риска РПЖ не вызывает никаких сомнений. В частности, результаты близнецовых исследований свидетельствуют о том, что конкордантность по РПЖ для однойцовых (т.е. генетически идентичных) близнецов достоверно выше таковой для разнородных пар [17]. В полном соответствии с этими наблюдениями установлено, что наличие РПЖ у родственника первой линии (отца или брата) увеличивает вероятность возникновения РПЖ в 2–3 раза [18]. Идентифицированы отдельные семьи, характеризующиеся множественными случаями РПЖ. В подобных родословных предполагается передача из поколения в поколение доминантной мутации, обладающей высокой пенетрантностью. Примечательно, что в подобных семьях зачастую наблюдается необычно раннее начало заболевания, что укладывается в картину моногенного наследственного ракового синдрома. Тем не менее, в отличие от некоторых других типов новообразований – рака молочной железы, рака толстой кишки и т.д. – выраженная семейная агрегация РПЖ встречается относительно редко: в мире зарегистрировано лишь несколько сотен семей с подобными характеристиками. Представляется вероятным, что даже эти единичные случаи высокопенетрантного наследования риска РПЖ не объясняются одним единственным геном; разные родословные демонстрируют сцепленность наследования РПЖ с разными хромосомами (1, 4, 7, 8, 11, 17, 20, 22, X) [19, 20]. Наиболее интересным геном кандидатом представляется RNASEL, мутации в котором демонстрируют выраженную сегрегацию с проявлением заболевания в семьях [21]. Интересно, что для наследственных форм РПЖ продемонстрирована ассоциация с мутацией, встречающейся исключительно в славянских популяциях – 657del5 вариантом гена NBS1 [22]. Среди других генов с предполагаемым участием в высокопенетрантной генетической предрасположенности к РПЖ следует упомянуть ELAC2 и MSR1 [23]. Тем не менее, следует отчётливо понимать, что случаи семейного РПЖ достаточно редки и не могут служить объяснением феномена наследственной предрасположенности к РПЖ в целом. Представляется весьма вероятным, что существенным компонентом индивидуального риска РПЖ являются генные полиморфизмы – нормальные вариации генома, лежащие в основе фенотипического многообразия человеческой популяции. В отличие от наследственных мутаций, полиморфные варианты нуклеотидных последовательностей встречаются исключительно часто и, будучи разновидностями нормы, не подразумевают немедленных негативных последствий для их носителей. Тем не менее, аккумуляция нескольких неблагоприятных полиморфизмов, особенно в сочетании с провоцирующими факторами внешней среды, может заметно (в

2–3 раза) увеличивать риск того или иного заболевания [24]. Генные полиморфизмы у больных раком простаты исследуются многими научными коллективами. Наиболее популярной гипотезой является РПЖ ассоциированная роль вариаций генов, участвующих в метаболизме и сигнальных каскадах стероидных гормонов. В частности, высокий интерес вызвали работы, продемонстрировавшие взаимосвязь между низким количеством тринуклеотидных повторов в гене рецептора андрогенов (AR) и высоким риском РПЖ. Подобные наблюдения согласовывались с результатами функциональных тестов, свидетельствующих об обратной ассоциации между числом тринуклеотидных микросателлитов и функциональной активностью AR [19]. Другими активно изучаемыми кандидатами являются гены CYP17 (17 альфа гидроксилаза), SRD5A2 (5 альфа редуктаза), VDR (рецептор витамина D). Следует отметить, что, как и в случае практически всех разновидностей злокачественных новообразований, ни одно наблюдение в отношении РПЖ ассоциированных аллелей не характеризуется достаточной воспроизводимостью [25]. Следует заметить, что до недавнего времени поиск онкоассоциированных генных полиморфизмов лимитировался анализом генов кандидатов. Данный подход, несмотря на свою элегантность, ограничивается лишь небольшим числом генов с известными функциями. Появление принципиально новых технологий генотипирования позволило использовать принципиально новую методологию, основанную на анализе генома в целом. Подобная стратегия основывается на высокой степени сцепленности полиморфизмов у человека. Предполагается, что систематический анализ всех локусов генома позволит идентифицировать те участки ДНК, которые содержат истинные гены предрасположенности к онкологическим и другим заболеваниям [26].

Особенности питания. «Западный» стиль питания является доказанным фактором риска рака простаты. В частности, вероятность данного заболевания связана со «злоупотреблением» молочными и мясными продуктами, наблюдаемым в наиболее богатых странах мира. Предполагается, что причинными факторами РПЖ при подобном питании являются биологически активные жирные кислоты (в частности, альфа-линоленовая кислота) и кальций. С другой стороны, ряд исследований указывает на то, что риск РПЖ модифицируется не столько количеством мясных продуктов, сколько способом их приготовления. В частности, жареное и копчёное мясо характеризуется высоким содержанием канцерогенов – гетероциклических аминов. Неограниченное потребление молока и его производных, которое с точки зрения обывателей соответствует здоровому образу жизни, приводит к поступлению в организм множества биологически активных веществ, в т.ч. гормонов. Неблагоприятные последствия достатка молочных продуктов, который характерен лишь для стран с высоким уровнем жизни, сказываются на спектре заболеваемости многих гормонозависимых опухолей [27, 28]. Избыток в рационе продуктов растительного происхождения может оказывать протективное влияние в отношении злокачественной трансформации клеток предстательной железы. Предполагается, что определённую роль в данном феномене играют фитоэстрогены – аналоги стероидных гормонов

человека, присутствующие в различных компонентах некоторых растений. Для вегетарианской пищи также характерно значительное содержание антиоксидантов, что, в конечном счёте, снижает мутагенную нагрузку на генетический аппарат клеток [29]. Чрезвычайно интересными представляются сведения о сниженном риске рака простаты у тех мужчин, которые употребляют в пищу много томатов, как в свежем виде, так и виде их производных (кетчупов, соусов и т.д.). Подобные наблюдения связывают с присутствием в томатах одного из каротиноидов – ликопена – характеризующегося заметной антиоксидантной активностью [30].

Расовые различия. Расовые различия играют безусловную роль в формировании индивидуального риска РПЖ. Наибольшая встречаемость новообразований предстательной железы наблюдается у представителей африканской расы. Примечательно, что подобная закономерность характерна не только для США, но и для некоторых стран Африки. В частности, рак простаты, который обычно позиционируется как «болезнь цивилизации», является наиболее частой онкологической патологией у мужчин в Нигерии [31]. Представители азиатской расы отличаются наименьшим риском данного заболевания. У японцев, эмигрировавших в США, вероятность возникновения РПЖ несколько увеличивается, однако даже через несколько поколений она не достигает показателей коренного населения [32, 33]. Подобные наблюдения свидетельствуют о том, что в формировании предрасположенности к РПЖ играют роль не только особенности окружающей среды и стиля жизни, но и генетические факторы.

Другие факторы. Широко распространено мнение, что раку простаты способствует высокое содержание мужского полового гормона – тестостерона. Подобное мнение основывается на очевидном лечебном эффекте кастрации на течение заболевания. Тем не менее, многочисленные исследования, анализирующие уровень тестостерона у больных раком простаты и здоровых, не обнаружили никакой воспроизводимой ассоциации. Следует отметить, что у подобных экспериментов есть определённые методические ограничения. В частности, наибольший уровень тестостерона наблюдается у молодых мужчин, причём именно в этом возрасте, по видимому,

происходят первые этапы канцерогенеза в предстательной железе. В то же время, опубликованные эпидемиологические исследования анализируют пациентов с уже возникшим раком простаты, т.е. индивидуумов пожилого возраста [34, 35]. Хорошей воспроизводимостью отмечаются наблюдения, указывающие на взаимосвязь между высоким уровнем инсулиноподобного фактора роста (IGF1) и риском РП. Повышенная концентрация IGF1 в сыворотке может быть связана с избытком жира в рационе [36]. Известные компоненты нездорового образа жизни, в частности курение и злоупотребление алкоголем, не оказывают модифицирующего влияния на вероятность возникновения новообразований предстательной железы [37, 38].

Выводы:

Сегодня РПЖ – наиболее частое и распространённое онкоурологическое заболевание мужчин в мире. Заболеваемость в Республике Казахстан сопоставима с заболеваемостью в странах СНГ: 15-18 человек на 100 000 населения, однако в последнее десятилетие отмечается её существенный рост. При этом среди первичных случаев РПЖ высокий удельный вес запущенных III-IV стадий – около 46%, общая 5-летняя выживаемость составляет 25,5%. Главной проблемой в нашей стране и других странах СНГ является позднее обращение за медицинской помощью вследствие низкой информированности населения. Только в последние 2 года стали открываться центры мужского здоровья и мужские смотровые кабинеты в организациях ПМСП. И, конечно, немалую роль играет бессимптомное течение раннего периода карциномы простаты.

Поскольку точная причина РПЖ не известна, то в настоящее время невозможно предотвратить большинство случаев этой болезни. Многие факторы риска, – такие, как возраст, раса, семейный анамнез, – не могут быть модифицированы. Но, основываясь на знаниях о других факторах риска, существуют некоторые меры, которые могут снизить риск рака простаты в Казахстане.

Будущие направления исследований рисков развития РПЖ должны быть направлены на уточнение роли ожирения, различных продуктов питания, индивидуальных генетических признаков, хронического интрапростатического воспаления.

Список литературы

1. Boyle P., Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe 2004 // *Ann. Oncol.* - 2005. - Vol. 16, N 3. - P.481–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15718248>
2. Jemal A., Siegel R., Ward E. et al. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer // J. Clin.* - 2008. - Vol.58, N 1. - P.71–96. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18287387>
3. Quinn M., Babb P. Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part I: international comparisons // *BJU Int.* - 2002. - Vol.90, N 2. - P.162–73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12081758>
4. Parkin D.M., Bray F.I., Devesa S.S. Cancer burden in the year 2000: the global picture // *Eur.J.Cancer.* - 2001. - Vol.37(Suppl 8). - P.4–66. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11602373>
5. Cancer incidence in Sweden 2004. The National Board of Health and Welfare: Stockholm. http://sjp.sagepub.com/cgi/reprint/34/67_suppl/3.pdf
6. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 // The International Agency for Research on Cancer, Lyons. France // <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
7. Steinberg G.D., Carter B.S., Beaty T.H., Childs B., Walsh P.C. Family history and the risk of prostate cancer // *Prostate.* - 1990. - Vol.17, N4. - P.337–47. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2251225>
8. Gronberg H., Damber L., Damber J.E. Familial prostate cancer in Sweden. A nationwide register cohort study // *Cancer.* - 1996. - Vol.77, N 1. - P.138–43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8630920>

9. Carter B.S., Beaty T.H., Steinberg G.D., Childs B., Walsh P.C. Mendelian inheritance of familial prostate cancer // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* - 1992.-Vol.89, N 8.-P.3367-71. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1565627>
10. Bratt O. Hereditary prostate cancer: clinical aspects // *J. Urol.* - 2002.-Vol.168, N 3.-P.906-13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12187189>
11. Breslow N., Chan C.W., Dhom G. et al. Latent carcinoma of prostate at autopsy in seven areas / *The International Agency for Research on Cancer.* - Lyons, France // *Int.J.Cancer.* 1977.-Vol.20, N 5.-P.680-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/924691>
12. Quinn M., Babb P. Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part I: international comparisons // *BJU Int.* - 2002.-Vol.90, N 2.-P.162-73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12081758>
13. Zaridze D.G., Boyle P., Smans M. International trends in prostatic cancer // *Int.J.Cancer.* -1984.-Vol.33, N 2.-P.223-30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6693200>
14. Kolonel L.N., Altshuler D., Henderson B.E. The multiethnic cohort study: exploring genes, lifestyle and cancer risk // *Nat. Rev. Cancer.* - 2004.-Vol.4, N 7.-P.519-27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15229477>
15. Schmid H-P., Engeler D.S., Pummer K., Schmitz-Dr. ger B. J. Prevention of prostate cancer: more questions than data. *Cancer Prevention // Recent Results Cancer Res.* - 2007.-Vol.174.-P.101-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17302190>
16. Schulman C.C., Zlotta A.R., Denis L., Schroder F.H., Sakr W.A. Prevention of prostate cancer // *Scand. J. Urol. Nephrol.* - 2000.-Vol.205.-P.50-61. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11144904>
17. Lichtenstein P., Holm N.V., Verkasalo P.K. et al. Environmental and heritable factors in the causation of cancer—analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland // *N. Engl. J. Med.* - 2000. - Vol. 343. - P. 78 85.
18. Grönberg H. Prostate cancer epidemiology // *Lancet.* - 2003. - Vol. 361. - P. 859 864.
19. Hsing A.W., Chokkalingam A.P. Prostate cancer epidemiology // *Front Biosci.* - 2006. - Vol. 11. - P. 1388 1413.
20. Osegbe D.N. Prostate cancer in Nigerians: facts and nonfacts // *J. Urol.* - 1997. - Vol. 157. - P. 1340 1343
21. Carpten J., Nupponen N., Isaacs S. et al. , Germline mutations in the ribonuclease L gene in families showing linkage with HPC1 // *Nat. Genet.* - 2002. - Vol. 30. - P. 181 184.
22. Cybulski C., Gyrski B., Debniak T. et al. NBS1 is a prostate cancer susceptibility gene // *Cancer Res.* - 2004. - Vol. 64. - P. 1215 1219.
23. DeMarzo A.M., Nelson W.G., Isaacs W.B., Epstein J.I. Pathological and molecular aspects of prostate cancer // *Lancet.* - 2003. - Vol. 361. - P. 955 964.
24. Imyanitov E.N., Togo A.V., Hanson K.P. Searching for cancer associated gene polymorphisms: promises and obstacles // *Cancer Lett.* - 2004. - Vol. 204. - P. 3 14.
25. Chu L.W., Reichardt J.K., Hsing A.W. Androgens and the molecular epidemiology of prostate cancer // *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* - 2008. - Vol. 15. - P. 261 270.
26. International HapMap Consortium. A haplotype map of the human genome // *Nature.* - 2005. - Vol. 437. - P. 1299 1320.
27. Grönberg H. Prostate cancer epidemiology // *Lancet.* - 2003. - Vol. 361. - P. 859 864.
28. Hsing A.W., Chokkalingam A.P. Prostate cancer epidemiology // *Front Biosci.* - 2006. - Vol. 11. - P. 1388 1413.
29. Strom S.S., Yamamura Y., Duphorne C.M., Spitz M.R., Babaian R.J., Pillow P.C., Hursting S.D. Phytoestrogen intake and prostate cancer: a case control study using a new database // *Nutr. Cancer.* - 1999. - Vol. 33. - P. 20 25.
30. Giovannucci E., Rimm E.B., Liu Y., Stampfer M.J., Willett W.C. A prospective study of tomato products, lycopene, and prostate cancer risk // *J. Natl. Cancer. Inst.* - 2002. - Vol. 94. - P. 391 398.
31. Osegbe D.N. Prostate cancer in Nigerians: facts and nonfacts // *J. Urol.* - 1997. - Vol. 157. - P. 1340 1343
32. Haas G.P., Sakr W.A. Epidemiology of prostate cancer // *CA Cancer. J. Clin.* - 1997. - Vol. 47. - P. 273 287.
33. Ries L.A.G., Melbert D., Krapcho M. et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975 2004. National Cancer Institute, Bethesda, MD, 2007.
34. Hsing A.W. Hormones and prostate cancer: what's next? // *Epidemiol. Rev.* - 2001. - Vol. 23. - P. 42 58.
35. Morgentaler A. Testosterone and prostate cancer: an historical perspective on a modern myth // *Eur. Urol.* - 2006. - Vol. 50. - P. 935 939.
36. Stattin P., Bylund A., Rinaldi S. et al. Plasma insulin like growth factor I, insulin like growth factor binding proteins, and prostate cancer risk: a prospective study // *J. Natl. Cancer Inst.* - 2000. - Vol. 92. - P. 1910 1917.
37. Grönberg H. Prostate cancer epidemiology // *Lancet.* - 2003. - Vol. 361. - P. 859 864.
38. Haas G.P., Sakr W.A. Epidemiology of prostate cancer // *CA Cancer. J. Clin.* - 1997. - Vol. 47. - P. 273 287.

Тұжырым

Л.Н.Успанова, А.Ж.Жылкайдарова, Н.С.Нурғалиев

¹Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

Қазақстан медицина университеті «Қоғамдық денсаулық сақтау мектебі»

Простатит қатерлі ісігі бойынша тәуекел факторларының әсері

Дерексіз . Тәуекел факторларын және простата обыры, эпидемиология анықтау үшін әдебиет шолу . Соңғы жылдары , қуық асты безінің қатерлі ісігімен ауру артуына үрдісі бүкіл әлемде , сонымен қатар Қазақстан Республикасында ғана емес бар . Қазіргі уақытта , ерте диагностика, емдеу және алдын алу , жаңа және дәстүрлі әдістерін жетілдіру таба қажеттілігіне әкеледі простата қатерлі ісігімен науқастарда айтарлықтай өсімі бар.

Түйінді сөздер: Қуық асты безінің қатерлі ісігі , ауру , тәуекел факторлары .

Summary

¹L.N.Uspanova, A.Zh.Zhylkaidarova, N.S.Nurgaliev¹Kazakhstan Medical University " KSPH",
Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology**Impact of Risk Factors for Prostate Cancer**

A review of the literature to identify risk factors and epidemiology of prostate cancer. In recent years, there is a tendency to an increase in the incidence of prostate cancer is not only worldwide but also in the Republic of Kazakhstan . Currently, there is a significant increase in prostate cancer patients , which leads to the need to find new and improving traditional methods of early diagnosis , treatment and prevention.

Keywords : prostate cancer , incidence , risk factors .

УДК: 616.351-006-07

А.Т.Айрапетян, А.О. Тананян

Медицинский институт усовершенствования врачей МГУП, Москва,
Национальный Центр Онкологии им.В.А.Фанарджяна МЗ Армении

Эффективные методы диагностики при колоректальном раке

Аннотация. В статье представлены современные данные литературы по диагностике колоректального рака, так как своевременная и правильная диагностика имеет важное значение для осуществления квалифицированного и этиотропного лечения. В настоящее время различные методы своевременной диагностики и эффективного лечения КРР широко дискутируются в научной периодике. В обзорной статье представлены литературные сведения по современным методам диагностики колоректального рака.

Ключевые слова: онкологические больные, колоректальный рак, диагностические мероприятия, своевременное выявление.

В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак (КРР) занимает второе место у женщин, уступая лишь раку молочной железы, и третье место у мужчин после рака предстательной железы и легкого. За последние годы во многих странах мира отмечен рост заболеваемости КРР. По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируется более полутора миллиона случаев КРР. При этом наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются в экономически развитых странах – в США, в странах Западной Европы, России, странах СНГ и в других экономически развитых регионах мира. Отмечено, что у каждого третьего заболевшего КРР на момент постановки диагноза выявляются метастазы в ближайшие ткани и органы и, в первую очередь, в печень, что вызывает необходимость своевременной и ранней диагностики заболевания. Несмотря на то, что толстая кишка, особенно прямая, доступны осмотру и различным современным методам обследования и диагностики, подавляющее большинство больных, к сожалению, поступают в стационар с распространенными и осложненными формами рака, порой с уже развившимися метастазами. Одной из причин запоздалого выявления злокачественной опухоли является значительный интервал между первыми ее проявлениями и началом лечения [3, 4, 9].

В этой связи обращают на себя внимание два важных обстоятельства.

Первое - это несвоевременное обращение больных к врачам. Несмотря на достаточно яркие симптомы заболевания (примесь крови в стуле, боли в животе, нарушение опорожнения кишечника и др.), более половины больных обращаются к врачу в сроки, превышающие 6 мес. от появления первых признаков.

Второе - от первого обращения к врачу до выявления злокачественного новообразования проходит значительный период времени. При первичном обращении КРР устанавливают в среднем у 37% больных. Остальные больные обращаются к врачу по несколько раз, в основном, из-за неэффективности лечения, назначенного по поводу других заболеваний иного характера [2,5,7].

Основная причина несвоевременного выявления злокачественного новообразования заключается в недостаточной онкологической настороженности врачей, в том числе хирургов, которые не выполняют элементарные диагностические мероприятия. Тем не менее распознавание КРР, особенно в раннем периоде, представляет значительные трудности. Клиническая симптоматика КРР часто трактуется неправильно, в связи, с чем подавляющее большинство больных направляется на стационарное лечение с ошибочно установленным диагнозом. Из них 14-36% больных к моменту диагностики опухолевого процесса уже относятся к 3 и 4 клинической стадии заболевания [1,8,11].

В этой связи основными задачами диагностической программы при КРР являются:

1. Установление факта и локализации опухоли; установление клинической формы и морфологической структуры опухоли; выявление степени местной и отдаленной распространенности опухолевого процесса.

2. Оценка общего состояния больного; диагностика сопутствующих заболеваний и оценка функционального состояния жизненно важных органов и систем.

Решение указанных задач и является собственно диагностическим процессом в отношении КРР. Особое значение в распознавании рака прямой и ободочной кишки имеет подробно собранный анамнез, уточнение начальных клинических симптомов, последовательности и выраженности нарастания клинической картины заболевания. Всеобщее признание получило пальпаторное определение опухоли. Одним из решающих методов диагностики, посредством которого распознаётся до 80-90% всех случаев рака прямой и нижнего отрезка сигмовидной кишки, является пальцевое исследование. По данным большинства авторов, к моменту установления диагноза, опухоль удаётся прощупать более чем у 2/3 больных КРР [6,10,13].

Несмотря на значительную ценность анамнеза и объективных данных исследования больного, нередко их оказывается недостаточно для распознавания заболевания, особенно на ранних стадиях КРР. В этих случаях на помощь клиницисту приходят специальные методы исследования. Основными инструментальными методами обследования больных КРР являются рентгенологический, эндоскопический и ультразвуковой, позволяющие на современном уровне медицинских знаний диагностировать на ранних стадиях заболевания, когда опухоль ещё доступна оперативному удалению.

Эндоскопический метод исследования, разработанный еще в конце 19 века С.П. Фёдоровым (1897), в настоящее время подвергается многочисленным усовершенствованиям и модификациям является одним из основных методов исследования при КРР. Дополнительными опциями удаётся осуществить электрокоагуляцию,

биопсию и фотографирование слизистой ободочной и прямой кишки. К эндоскопическим методам исследования относятся ректороманоскопия и фиброколоноскопия. Однако ректороманоскопия не позволяет в полном объеме исследовать все отделы ободочной кишки.

В настоящее время для полного исследования ободочной кишки применяется видеофиброколоноскопия, которая завоевывает всё большее признание, что вызвано преимуществами этого метода исследования перед другими способами по эффективности результатами своевременной и точной диагностики КРР. Современные видеофиброколоноскопы, имеющие достаточно совершенную оптическую систему, делают доступным визуальный осмотр всех отделов кишки, а также позволяют осуществить забор материала для морфологической верификации диагноза, не прибегая к операции - лапаротомии. По данным ряда авторов с помощью этого метода удаётся диагностировать 92-96% рака ободочной кишки [5,8,12,15].

В некоторых случаях, из-за наличия спаек в брюшной полости, которые образуются вследствие перифокального воспаления или прорастания опухоли в окружающие органы и ткани выполнение фиброколоноскопии у больных раком ободочной кишки может оказаться затруднительным, в связи с чем информативность данного метода снижается. По всеобщему признанию клиницистов, решающим методом распознавания рака ободочной кишки является рентгенологическое исследование, благодаря которому, по данным большинства авторов, удаётся распознавать заболевание у 80-90% больных [7,9].

Среди рентгенологических методов наибольшей информативностью обладает ирригография. Исследование ободочной кишки при подозрении на опухоль чаще всего осуществляется с помощью контрастной (бариевой) клизмы. Более чувствительной методикой является ирригоскопия с двойным контрастированием, при которой в просвет толстой кишки сначала вводится бариевая взвесь, а затем исследуемый орган раздувается воздухом. Сочетание ирригоскопии с видеофиброколоноскопией является наиболее ценным диагностическим методом в распознавании опухолей ободочной кишки и наиболее надёжным способом выявления рецидивов в области кишечного анастомоза [3,6,9,11].

Всё чаще в диагностике как опухолей прямой и ободочной кишки, так и в дифференциальной диагностике механической и динамической кишечной непроходимости стали применять метод ультразвукового исследования (УЗИ). Метод УЗИ, сравнительно недавно появившийся в клинической практике, быстро совер-

шенствуется и распространяется во всех областях медицины. Данный метод широко используется как для предоперационного обследования, так и в процессе последующего наблюдения за больным, позволяя получить подробную информацию о состоянии печени и забрюшинных лимфоузлов [13, 14].

В настоящее время широкое распространение получила компьютерная томография. Рентгеновская компьютерная томография позволяет оценить размеры и местное распространение опухоли, в том числе прорастание её в прилежащие к кишке органы, а также наличие отдалённых метастазов (включая вовлечение забрюшинных и мезентериальных лимфатических узлов, а также печени). Наиболее важным методом, на современном этапе получения изображения внутренних органов является ядерно-магнитный резонанс (ЯМР). Возможность анализа анатомо-физиологических характеристик практически всех органов и систем, а также характера протекающих в них биохимических процессов, как в норме, так и при развитии злокачественных новообразований, неинвазивность исследования выдвигают ЯМР-томографию на ведущее место при исследованиях на диагностическом этапе при КРР. В последнее время из инвазивных методов большое внимание уделяется экстренной лапароскопии. Особенно в тех случаях, когда после тщательного осмотра больного с учётом рентгенологических и лабораторных данных клинический диагноз все же остаётся неясным. Однако возможности этого метода ограничены, что связано с небезопасностью его использования [5,8,14].

Поэтому, при разработке алгоритма диагностики и тактики лечения больных должны учитываться не только степень распространенности опухолевого процесса и объективная оценка общесоматического статуса, но и оценка состояния больного по шкалам объективизации иммунологического и цитокинового статуса как в предоперационном, так и в динамике послеоперационного периода, что будет способствовать значительному снижению как числа послеоперационных осложнений, так и летальности.

Заключение В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак (КРР) занимает одно из ведущих мест. Поэтому своевременная и правильная диагностика имеет важное значение для осуществления квалифицированного и этиотропного лечения КРР. В настоящее время различные методы своевременной диагностики и эффективного лечения КРР широко дискутируются в научной периодике. В обзорной статье представлены литературные сведения по современным методам диагностики колоректального рака.

Список литературы

1. Бадалянц Д.А. *Метастазы и рецидивы колоректального рака: статистика, диагностика, лечение: автореф. дис. канд. мед. Наук.* - Ростов-на-Дону, 2011. - 24с.
2. Вилявин М.Ю. *Диагностика послеоперационных осложнений и оценка результатов операций на печени с помощью компьютерной томографии*//Мат. 17-международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». - М., 2010. - С. 16-17.
3. Дарвин В.В. и др. *Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению метастазов колоректального рака в печень*//Мат. Пленума правления Международного общества «Ассоциация хирургов-гепатологов». - 2010. - С. 19-25.
4. Лихтер М.С., Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И. - *Мультидисциплинарный подход к лечению больных колоректальным раком с вовлечением орга-*

нов мочевого пузыря // Хирургия им. Н.И.Пирогова.- 2012.- № 12.- С. 34-39.

5.Патютко Ю.И. и др. - Хирургическое и комбинированное лечение больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени //Онкологическая колопроктология.- 2011.-№1.- С. 24-30.

6.Петренко К.Н. и др. Результаты РЧА при лечении колоректальных метастазов в печени // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.- 2007.-№3.- С. 22-28.

7.Помазкин В.И. - Исследование качества жизни при лечении колоректального рака // Российский онкологический журнал.- 2010.-№5.-С. 47-49.

8.Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. // Онкология.- М.- 2006.- 720с.

9.Alabi A. et al. - Preoperative serum levels of serum VEGF-C is associated with distant metastasis in colorectal cancer patients // Int.J. Colorectal Dis.- 2009.-№24.-P.269-274.

6.Bilchic A., Poston G., Adam R. - Prognostic Variables for Resection of Colorectal Cancer Hepatic Metastases: An Evolving Paradigm // J.Clin. Oncol. - 2008. - Vol. 26. - N 33. - P. 5320-5321.

7.Egi H., Okajama M., Hinoi T. et al. - Single-incision laparoscopic colectomy using the Gelport system for early colon cancer // Scand.J.Surg.- 2012.- № 101.- P. 16-20.

8.Gasser M. et al. - Comparative analysis of predictive biomarkers for therapeutical strategies in colorectal cancer // Ann. Surg. Oncol. - 2007. - Vol. 14, N 4. - P. 1272-1284.

9.Grundmann R.T. et al. Diagnosis and treatment of colorectal liver metastases – workflow // Zentralbl. Chir.-2008.-Vol. 133. -P.267-284.

10.Iwanicki-Caron A. et al. - Usefulness of the serum carcinoembryonic antigen kinetic for chemotherapy

monitoring in patients with unresectable metastasis of colorectal cancer // J. Clin. Oncol.-2008.-№26.-P.3681-3686.

11.Kennedy J.E. et al. High-intensity focused diagnosis ultrasound for the treatment of liver tumours // Ultrasonics. - 2004. - Vol. 42.- №9. - P.931-935.

12.Levy M., Visokai V. Tumormarkers in diagnosis staging and prognosis of colorectal carcinoma // Neoplasma. - 2008. - Vol.55, № 2. - P. 138 - 142.

13.Machi J. et al. Long-term outcome of radiofrequency diagnosis ablation for unresectable liver metastases from colorectal cancer: evaluation of prognostic factors and effectiveness in first- and second-line management // Cancer. J. - 2006.-№12. -P.318-326.

14.Pawlik T.M. Surgical margins during hepatic surgery for colorectal liver

metastases: complete diagnosis and resection not millimeters defines outcome // Ann. Surg. Oncol.- 2008.- №15(3).-P.677-679.

15.Shimizu Y. et al. Diagnosis and treatment strategy for synchronous metastases of colorectal cancer // Langenbeck's Arch. Surg.- 2007.- № 39.-P.535-538.

16.Suwa T., Sakurai J., Ohtsubo T. - Cancer be a risk factor for recurrence in stage 2 colon cancer // Tumor Biology. - 2008 - Vol.29. - P.83.

17.Tsai S., Pawlik T. Outcomes of ablation versus resection for colorectal metastases: are we comparing apples to oranges? // Ann. Surg. Oncol.-2007. -Vol. 16, N 9.-P.2422-2428.

18.Wagman L.D. More tools, new strategies: enlarging the diagnosis and therapeutic scope for the patient with liver metastases from colorectal cancer // J. Surg. Oncol.-2007.-Vol.95.-P.1-3.

Тужырым

А.Т.Айрапетян, А.О. Тананян

Дәрігерлерді жетілдіру медициналық институты
МГУПП, Мәскеу, В.А. Фанарджян атындағы Ұлттық

Онкология Орталығы

Армения республикасының денсаулық сақтау
министрлігі, Ереван

Колоректальдық әтерлілік кезіндегі тиімді диагностикалық әдістері

Мақалада колоректальдық әтерлілік ісік диагностикасындағы әдебиеттердегі жаңа мәліметтері берілген, себебі білікті және этиотроптық ем алуда уақытылы және дұрыс диагностиканың маңыздылығы жоғары. Қазіргі таңда колоректальдық әтерлілік кезінде әртүрлі уақытылы диагностикалық әдістер мен тиімді ем қолдану ғылыми тұрғыда көп жерде қолданылып келеді. Шолу мақаласында колоректальдық әтерлілігінің жаңа диагностикалық әдістерінің әдеби мәліметтері берілген.

Түйінді сөздер: онкологиялық науқастар, колоректальдық әтерлілік, диагностикалық іс-шаралар, уақытылы анықтау.

Summary

A.T. Ayrapetyan, S.A. Tananyan

Medical Institute of Postgraduate Medical MGUPP, Moscow,
National Center of Oncology im.V.A.Fanardzhyan

Ministry of Health of Armenia, Yerevan

Effective diagnostic methods for colorectal cancer

The article presents the current data in the literature on the early diagnosis of colorectal cancer, as a timely and correct diagnosis is essential for the implementation of qualified and etiotropic treatment. At present, various methods of timely diagnosis and effective treatment of colorectal cancer is widely debated in the scientific literature. In a review article presents literature data on modern methods of diagnosis of colorectal cancer.

Key words: cancer patients, colorectal cancer, diagnostic measures, early identification.

ПРОФИЛАКТИКА

УДК: 616.65-006-07

Е.И. Ишкинин, Д.М. Байпесов, А.Ж. Жылкайдарова, Н.С. Нурғалиев, ²А.Е. Ошибаева, А.Е. Аждагамбетова

Казахский научно - исследовательский институт онкологии и радиологии

²Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы

Клинико-экономический анализ начального этапа внедрения скрининга рака предстательной железы в Казахстане

Аннотация: В последние годы тенденция к увеличению заболеваемости рака предстательной железы (РПЖ) в Республике Казахстан. В 2012 – 2015 годах осуществляется реализация скрининговой программы РПЖ в нашей стране. Необходима оценка клинико-экономической эффективности проведения скрининга рака предстательной железы (РПЖ) по сравнению с традиционной диагностикой. Клинико-экономический анализ «затраты-эффективность», критерий эффективности - прогнозный показатель 5 летней выживаемости больных РПЖ. Отмечается экономия средств в 117 650,6 тг, при проведении скрининга РПЖ с последующей терапией для обеспечения 5- летней выживаемости выше на 8,8% чем при традиционной диагностике.

Ключевые слова: скрининг рака предстательной железы, клинико-экономический анализ, методы лечения.

Актуальность. По прогнозам ВОЗ, к 2030 году заболеваемость и смертность от РПЖ во всем мире возрастет в 2 раза. В последние годы имеется тенденция к увеличению заболеваемости РПЖ в Республике Казахстан. Если в 2001 году с впервые в жизни установленным диагнозом РПЖ взято на учет 534 мужчин (3,6 на 100 000 населения), то в 2014 году – 1287 (7,5 на 100 000 населения); сохраняется высокая смертность среди больных раком простаты, которая в динамике нарастает но темп прироста стабилизировался: в 2001 году – 296 человек (2,0 на 100 000 населения), в 2014 году – 375 (2,2 на 100 000 населения). Отмечается высокая запущенность при впервые установленном диагнозе на протяжении последних лет с тенденцией к улучшению: если в 2001 году у 76,1% больных РПЖ была выявлена III-IV стадия, то в 2014 году у 46,3% больных. В 2012 – 2015 годах осуществляется реализация скрининговой программы РПЖ Казахстане.

Цель -Оценка клинико-экономической эффективности проведения скрининга рака предстательной железы (РПЖ) по сравнению с традиционной диагностикой в Казахстане в 2012- 2015 годах.

Материалы и методы. Клинико-экономический анализ «затраты-эффективность», критерий эффективности - прогнозный показатель 5 летней выживаемости больных РПЖ согласно номограмме эффективности лечения РПЖ по стадиям. Если предположить что всем пациентам

РПЖ за 2012 -2015 г была проведена терапия вне зависимости от стадии, то для I стадии 5- летняя выживаемость составляет 90%, для II стадии 70%, для III стадии 50%, для IV стадия 20%. Затраты и объем лечения согласно Электронного Регистра Стационарных Больных (ЭРОБ) и протоколам лечения в Казахстане. Данные подчиняются закону нормального распределения, сравнение значений непарным критерием Стьюдента для равных дисперсий. Сумма затрат в тенге (тг).

- Стоимость по методам – вычисляется суммой предполагаемых затрат на всех пациентов по методу лечения умноженной на количество пациентов.

- Предполагаемая эффективность всего – вычисляется сложением числа пациентов по стадиям, кто предположительно переживет 5- летний рубеж.

- КЭА “затраты эффективность” определялось соотношение «затраты/эффективность», рассчитывался отдельно для областей с «традиционной диагностикой” и скринингом РПЖ.

Результаты. Распределение по стадиям для регионов «проведения скрининга» (ПС) и регионов «традиционной диагностики» (ТД) соответственно: I стадия: 586 (18,4%) и 104 (6,5%), II стадия: 1305 (40,9%) и 536 (33,7%), III стадия: 918 (28,8%) и 625 (39,3%), IV стадия: 378 (11,9%) и 325 (20,4%) соответственно. Для больных ТД прогнозируемая 5 летняя выживаемость 53,2%, (95% ДИ 51,9 - 54,5); с затратами на лечение 1 больного 750 186,2тг. Для больных СР прогнозируемая 5 летняя выживаемость 62,0%, (95% ДИ 61,1 - 62,9); с затратами на лечение 1 больного 800 721,5 тг. Для 1 случая предотвращения смерти в течении 5 летс условием проведения имеющихся методик лечения, необходимо затратить 1 409 424,6 тенге при выявлении РПЖ методом “традиционной диагностики”, и 1 291 774,0 тенге при выявлении при скрининге. Отмечается экономия средств в 117 650,6 тг, при проведении скрининга РПЖ с последующей терапией для обеспечения 5- летней выживаемости выше на 8,8% (95% ДИ 8,7 - 8,9), $t = -252,5$, $df = 2362$, $p < 0,001$.

Выводы. Скрининг РПЖ позволяет прогнозно увеличить 5 летнюю выживаемость на 8,8% при более низких затратах на лечение больного. Есть риск гипердиагностики, она может косвенно повысить 5 летнюю выживаемость.

Список литературы

1. По данным Globocan, 2012 The International Agency for Research on Cancer, Lyons, France.
2. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Ж., Байпеисов Д.М. и соавт. Показатели онкологической службы РК за 2012г. (статистические материалы). – Алматы, 2013.
3. Нурғалиев Н.С., Жылкайдарова А.Ж., Ишкинин Е.И. Руководство по проведению скрининга целевых групп мужского населения на раннее выявление рака предстательной железы и обеспечению его качества /Под редакцией д.м.н. Нургазиева К.Ш. – Алматы, 2013. – 71с.
4. Рак предстательной железы //Периодические протоколы диагностики и лечения злокачественных новообразований. – Алматы, 2012. – С. 325–377.
5. Клинические рекомендации ESTRO-2012. Клинические рекомендации ASTRO-2010.
6. American Society for Therapeutic Radiology and Oncology Consensus Panel. Consensus statement: guidelines for PSA following radiation therapy // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. – 1997. – Vol.37. – P.1035–41.
7. Ash D., Flynn A., Batterman J. et al. ESTRA/EAU Urological Brachytherapy Group; EORTC Radiotherapy Group. ESTRO/EAU/EORTC recommendations on permanent seed implantation for localized prostate cancer //Radiother Oncol. – 2000. – Vol.57, N 3. – P.315–21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11104892>.
8. Merrick G.S., Butler W.M. Modified uniform seed loading for prostate brachytherapy: Rationale, design, and evaluation // Tech. Urol. – 2000. – N 6. – P.78–684.
9. Gyorgy Kova'cs, Richard Potter, Tillmann Loch et al. GEC/ESTRO-EAU recommendations on temporary brachytherapy using stepping sources for localised prostate cancer //Radiotherapy and Oncology. – 2005. – Vol.74. – P. 137–148
10. Hoskin P.J. High dose rate brachytherapy boost treatment in radical radiotherapy for prostate cancer // Radiother Oncol. – 2000. – Vol.57. – P.285–8
11. Roach M. 3rd, Hanks G., Thames H. Jr. et al. Defining biochemical failure following radiotherapy with or without hormonal therapy in men with clinically localized prostate cancer: Recommendations of the RTOG ASTRO Phoenix Consensus Conference // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. – 2006. – Vol.65. – P.965–974.
12. Rubin P., Constine L.S., Fajardo L.F. et al., RTOG Late Effects Working Group. Overview. Late effects of normal tissues (LENT) scoring system // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. – 1995. – Vol.31. – P.1041–1042.

Тұжырым

Е.И.Ишкинин, Д.М.Байпесов, А.Ж.Жылкайдарова,
Н.С.Нурғалиев, А.Е.Ошибаева, А.Е. Азмагамбетова
Қазақ онкология және радиология
ғылыми-зерттеу институты
Қазақстандық медициналық университет
«ҚДСЖМ», Алматы қ.

Summary

E.I. Ishkinin, D.M. Baipisov, A.Zh. Zhylkaidarova,
N.S. Nurgaliyev, A.E. Oshibayeva, A.E. Azhmagambetova
Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology
Kazakhstan Medical University "HSPH", Almaty

Клиникалық-экономикалық анализ арқылы жүргізілген қуық асты безі қатерлі ісігі скринингінің нәтижелерін бағалау

Қазақстан Республикасында соңғы жылдары қуық асты безінің қатерлі ісігі дертінің өсу үрдісі байқалады. Біздің Республикамызда 2012 – 2015 жылдар аралығында қуық асты безінің қатерлі ісігінің скрининг бағдарламасы орындалып жатыр. Қуық асты безі қатерлі ісігі кезіндегі скрининг бағдарламасын жүргізудің дәстүрлі диагностикалық әдістермен салыстырғандағы клиникалық-экономикалық тиімділігін бағалау қажет етеді. Клиникалық-экономикалық анализ «шығындар-тиімділік», тиімділіктің критерилері – қуық асты безі қатерлі ісігі бар науқастардың 5 жылдық өмір сүру болжамдық көрсеткіші. Қуық асты безі қатерлі ісігінің скрининг бағдарламасын жүргізу, кейін ем жүргізу кезіндегі қаражат экономиясы 117 650,6 тг құрады. Ал ол дәстүрлі диагностикалық әдістерді жүргізуге қарағанда 5-жылдық өмір сүру көрсеткіштерінің 8,8%-ға жоғарлады.

Түйінді сөздер: қуық асты безі қатерлі ісігі скринингі, клиникалық-экономикалық анализ, емдеу әдістері.

Assessment of the first stage of Kazakhstan's prostate cancer screening results using cost- efficacy analysis

In recent years, the trend towards an increase in the incidence of prostate cancer (PCa) in the Republic of Kazakhstan in 2012 - 2015 are being implemented PCa screening program in our country. An assessment of the clinical and cost-effectiveness of screening for prostate cancer (PCa) in comparison with the conventional diagnosis. Clinical and economic analysis of "cost-effectiveness" criterion of efficiency - the forecast figure 5 year survival rate of patients with prostate cancer. Noted savings of 117 650.6 tenge, during the screening of prostate cancer, followed by treatment for 5-year survival rate higher by 8.8% than in the traditional diagnostics.

Key words: prostate cancer screening, cost- efficacy, therapy methods.

УДК: 616.351-006-07

E.Zh.Bitanova, A.B. Mansurova

Kazakh National Medical University after S.D.Asfendiyarov

Recent advances in improving colorectal screening

Summary. *The steady growth of colorectal cancer in the world motivates many scientists in the constant search for new methods of diagnosis of early stages of cancer of the colon and rectum. The article describes the methods of research of scientists around the world about cancer markers used for the diagnosis of colorectal cancer to reduce the steadily growing cancers of the colon and rectum.*

Keywords: *Colorectal cancer, screening, cancer markers, carcinoembryonic antigen.*

Over the past 10 years the world has witnessed a steady rise in the incidence of colorectal cancer (CRC). According to the database GLOBOCAN, the number of cases of malignant tumors of the colon in 2012 amounted to 1,360,602 (746,298 men and 614,304 women), the number of deaths - 693,933 (373,639 men and 320,294 women). Global average incidence was 17.2% of the company (20.6‰ among men and 14.3‰ among women) - 4th place in the structure of oncological diseases of the entire population, 3-rd place among men and 2-nd place among women mortality of 8.4% of the company (10.0‰ among men and 6.9‰ among women), 5th place in the structure of the total population oncology death, 4th place among men, 3rd place among women. It is expected that in the next 20 years, incidence rates increase not only by increasing the number of the world population, but also due to its aging [1].

In connection with the above, scientists around the world are constantly looking for methods of research that can detect colorectal cancer in its early stages. One area of research - the study of non-enzymatic tumor markers, so-called tumor markers. Tumor markers - a substance produced by the tumor cells or normal cells in response to the tumor [2]. Markers can be useful as screening tests, differential diagnosis, in predicting and dynamic observation of the disease. They can differentiate malignant tumors from benign in the case of an undifferentiated histology [3]. Markers can be taken from blood, urine and other body fluids [2]. In the diagnosis and monitoring of colorectal cancer is most often used carcinoembryonic antigen (CEA), cancer antigen (CA) 19-9, tumor antigen of colorectal cancer (tumor associated glycoprotein, TAG-72), tissue polypeptide antigen (TPS) and TAG-72. Increasing the value of tumor markers in the diagnosis helps metastases or recurrence [4]. Unfortunately, the tumor markers currently in use are not able to establish the diagnosis of colorectal cancer in the early stages due to insufficient sensitivity and specificity [5].

The best-known marker of cancer of the gastrointestinal tract, especially colon cancer is carcinoembryonic antigen (CEA), which opened in 1965. scientists Gold and Freedman [2].

CEA is a glycoprotein, located in the peripheral layers of the cell membrane of the colon. Elevated CEA levels in the serum can be associated with the presence in the body of carcinogenesis. In 50% of patients is indicative of tumor

recurrence after resection. Unfortunately, the increase in the concentration of CEA is rarely found in the early stages of the disease; typically observed in advanced cases of tumor [2, 4]. Note that CEA is not detected in 40% of patients with colorectal cancer, and has poor specificity because increasing its level is detected not only for colorectal cancer but also at other sites of malignant neoplasms and nonmalignant diseases. The high level of the marker is often detected metastases in the liver, at least at the local cancer, increase of this indicator can also occur in the presence of inflammatory diseases, including hepatitis, inflammatory bowel disease, pancreatitis, obstructive pulmonary disease. Thus, the CEA cannot be considered oncology marker primary diagnosis of colorectal cancer. Recent studies have shown that 15% of tumors of the colon are not accompanied by increased levels of CEA and this figure increases slightly [4].

After the radical treatment, the level of CEA in the blood of the patient is usually reduced relative to the source or to standards. High CEA levels after surgery is a poor prognostic sign and evidence of non-radical of the treatment, which is accompanied by an increase in the likelihood of recurrence and reduced survival. The systematic definition of CEA in patients after radical treatment reveals a relapse. Increased CEA levels in the plasma of a patient more than 2 times compared to baseline (post-operative) or indicator - 10 ng / ml can be regarded as an alarm and requires in-depth examination of the patient in order to detect recurrence. Despite the fact that CEA is very specific for colorectal cancer, the sensitivity is not sufficient for the early detection of cancer [6, 7].

Scientists of Pakistan Khyber Pakhtunkhwa conducted a comparative study of CEA levels in patients with gastric cancer and colorectal cancer.

This study involved 66 patients. CEA levels were determined in the blood of patients using the technique of ELISA.

Of the 66 patients, there was an increase in the level of CEA in 59.1% of cases, 60.7% - in patients with colon cancer, and 57.9% - in patients with gastric cancer. In addition, the researchers noted that the incidence of colorectal cancer and gastric cancer is higher in men than in women. CEA levels were relatively higher in patients (51.5%) with histology moderately differentiated carcinoma than patients with highly differentiated and poorly differentiated carcinoma. The conclusion drawn by scientists from Pakistan: CEA has higher sensitivity for colon cancer than for gastric cancer [8].

Australian scientists have conducted research using the analyzer Proseek® Multiplex Oncology I, which holds the expression of 92 human proteins that are identical units of plasma were investigated by immunoassay analyzer Bio-Plex Pro™ human cytokine 27-plex. The scientists were challenged to identify tumor markers that could establish the diagnosis of colorectal cancer in the early stages, when

surgical treatment is much more effective. Current diagnostic methods for colorectal cancer do not possess the necessary sensitivity and specificity required for the early detection of the disease population. Plasma samples were obtained from 75 patients who were divided into two groups according to the classification by Duke colorectal cancer (early stage, late stage) and one group - control, 92 were examined for the expression of human proteins by immunoassay analyzer Proseek® Multiplex Oncology I. An identical set of plasma samples were analyzed for immunological analyzer Bio-Plex Pro™ 27-Plex. The study found that the expression level of CEA, IL-8 and prolactin correlates with stage of colorectal cancer. CEA levels, IL-8 and prolactin matched control group of benign tumors and malignant diseases. Consequently, according to these scientists, these tumor markers should be used for the diagnosis of benign colon and rectum, and the early stages of malignant tumors of the colon [9].

Scientists from the Chinese study was conducted, the purpose of which was to evaluate the prognostic value of tumor markers CA 19-9, CEA and CA125 in the serum before surgery correlated with 5-year disease-free survival of patients with colorectal cancer.

Tumor markers CA19-9, CEA and CA125 were studied in 103 patients with colorectal cancer and was conducted correlation with 5-year survival.

Patients with positive tests for tumor markers CA19-9, CEA and CA125 recurrence within 5 years was almost 2 times higher than in patients with negative results of the analysis of these markers (75.0% vs. 41.0%, 65, 6% versus 39.4% and 87.5% vs. 44.2%, respectively, all $p < (0) 0.05$), as well as the life expectancy without relapse declined in patients with a positive tumor markers in comparison with the control group (14 versus 35 months, 20 months to 36 and 4 to 35 months, respectively, all $P < (a) 0.05$). In addition, the scientists compared the number of positive tumor markers duration of life expectancy of patients without relapse: patients with a negative index of all 3 markers indicator of life without recurrence was 59 months, with a positive result of 1-2 marker indicator life without recurrence was 14 months, 3 tumor markers positive result indicator of life without relapse was 4 months. Patients with positive results both CA19-9, CA125 and CEA had the highest percentage of

recurrence (100%) and the lowest level of the index of life without recurrence (4 months). Thus, preoperative serum tumor markers CA19-9 + CEA + CA125 can be used as an independent predictor of 5-year disease-free survival [10].

Another group of Chinese scientists hoping to find sensitive and specific tumor marker for colorectal cancer conducted a study whose purpose was to investigate the presence of serum CEA, alpha-fetoprotein (AFP) and CA19-9 in patients with disorders of the colon. The scientists examined 46 patients with confirmed colorectal cancer and 36 cases with benign colon. The result of the study was a significant increase in serum CEA, CA19-9 and AFP in patients with colorectal cancer compared with patients with benign tumors (all $P < 0.05$). The sensitivity of tumor markers for colorectal cancer CEA, AFP, and CA19-9 totaled 80.43%, 73.91% and 69.57%, respectively; specificity of tumor markers for colorectal cancer CEA, AFP, and CA19-9 totaled 75.00% 69.44%, 61.11% respectively. As with previous research, these study researchers also suggest that the study of the level of serum CEA can be used in a joint study with other biomarkers, in this case with AFP and CA19-9, as the diagnosis of colorectal cancer [11].

Another study of CEA and CA 19-9 conducted by scientists of Bosnia and Herzegovina confirmed the above studies, which describe the data are tumor markers confirm late carcinogenesis, especially in the presence of metastases. There were examined 91 patients with a confirmed diagnosis of adenocarcinoma of the colon in 98% of cases. All patients underwent a colonoscopy, biopsy and measurement of CEA and CA 19-9 in the blood serum. The study involved 58 men and 33 women, mean age 66.6 years. The greatest number of patients aged 56-75 years. Metastases were observed in 37 patients with a predominance in the liver. Scientists note that the CEA and CA 19-9 in patients with liver metastases had a relatively high value [12].

Thus, considering the above study it can be concluded that CEA as a single tumor marker for early diagnosis of colorectal cancer can not be used due to the lack of sensitivity and specificity for colorectal cancer. However, in combination with AFP, CA 19-9, CA 125 can be applied as dynamic factor surveillance in the early and late postoperative period on the CRC, as well as a 5-year life expectancy without recurrence.

Bibliography

1. Practical Guide of the World Gastroenterology Society (VGO) and the International Union for the prevention of cancer of the digestive system /Colorectal cancer screening. - 2008. - 17 pp.
2. Dziński A. Przedoperacyjna diagnostyka chorych z rakiem jelita grubego // Świat. Med. Farm. - 2007. - №10. - P.11.
3. Hayes D.F., Bast R.C., Desch C.E. et al. Tumor marker utility grading system: a framework to evaluate clinical utility of tumor markers // J. Natl. Cancer Inst. - 1996. - Vol.88. - P.1456-1466.
4. Ławicki S., Mroczko B., Szmitkowski M. Markery nowotworowe przydatne w diagnostyce i monitorowaniu raka jelita grubego // Post. Hig. Med. Dosw. - 2002. - Vol.56. - P.617-634.
5. Bartkowiak J., Jabłkowski M., Białkowska J., Dębiec-Rychter M. Markery nowotworowe w diagnostyce onkologicznej – terażniejszość i przyszłość // Nowa Klinika. - 1998. - №5. - P.948-954.
6. Locker G.Y., Hamilton S., Harris J. et al. J. ASCO. ASCO. 2006 Update of recommendations for the use of tumor markers in gastrointestinal cancer // J. Clin. Oncol. - 2006. - Vol.33. - P.5319-5327.
7. Theron E.J., Albrecht C.F., Kruger P.B., Jenkins K., van der Merwe M.J. Beta-glucosidase activity in fetal bovine serum renders the plant glucoside, hypoxoside, cytotoxic toward B16-F10-BL-6 mouse melanoma cells // In Vitro Cell Dev. Biol. Anim. - 1994. - Vol.30A. - P.115-119.
8. Ahmad B.I., Gul B., Ali S. et al. Comparative Study of Carcinoembryonic Antigen Tumor Marker in Stomach and Colon Cancer Patients in Khyber Pakhtunkhwa // Asian Pac. J. Cancer Prev. - 2015. - Vol.16, N11. - P.4497-4502.
9. Mahboob S., Ahn S.B., Cheruku H.R. A novel multiplexed immunoassay identifies CEA, IL-8 and prolactin as prospective markers for Dukes' stages A-D colorectal cancers // Clinical Proteomics. - 2015. - Vol.12, N1. - P.10.
10. Yang X.Q., Chen C., Wang F.B., Peng C.W., Li Y. Preoperative serum carcinoembryonic antigen, carbohydrate antigen 19-9 and carbohydrate antigen 125 as prognostic factors for recurrence-free survival in colorectal cancer // Asian. Pac. J. Cancer Prev. - 2011. - Vol.12, N5. - P.1251-1256.
11. Wang Y.R., Yan J.X., Wang L.N. The diagnostic value of serum carcino-embryonic antigen, alpha fetoprotein and carbohydrate antigen 19-9 for colorectal cancer // J. Cancer Res. Ther. - 2014. - N10. - S.307-309.
12. Zora Vukobrat-Bijedic, Azra Husic-Selimovic, Amela Sofic. Cancer Antigens (CEA and CA 19-9) as Markers of Advanced Stage of Colorectal Carcinoma // Med. Arch. - 2013. - Vol. 67, N6. - S. 397-401.

Тұжырым

Э.Ж. Битанова, А.Б. Мансурова

С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті

Колоректальды ісік скринингті жақсарту туралы соңғы жетістіктер

Әлемде тоқ ішек ісігінің санының өсуіне байланысты көптеген ғалымдар тоқ ішек пен және тік ішектің ісігін ерте сатысында табатын жаңа диагностика әдістерін ізденуде. Мақалада колоректальды ісіктің төмендету мақсатында онкологиялық маркерлерді зерттейтін әлемнің түрлі елдерінің ғалымдардың зерттеу жұмыстары сипатталған.

Түйінді сөздер: Колоректальды рак, скрининг, ісік маркерлер, раковоэмбриональный антиген.

Аннотация

Э.Ж. Битанова, А.Б. Мансурова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Современные достижения в усовершенствовании скрининга колоректального рака

Неуклонный рост колоректального рака во всем мире мотивирует многих ученых на постоянный поиск новых методов диагностики ранних стадий рака толстого кишечника и прямой кишки. В статье описаны исследования ученых разных стран, использующих онкологические маркеры для проведения диагностики колоректального рака с целью снижения неуклонно растущего рака толстой и прямой кишки.

Ключевые слова: Колоректальный рак, скрининг, онкологические маркеры, раковоэмбриональный антиген.

ДИАГНОСТИКА

УДК: 616.355-006-632.15

¹Б.А. Апсаликов, ¹З.А. Манамбаева, ²Г. Кошпесова, ¹А.А. Жоламанова,¹Н.С. Жумаканова, ¹А.О. Оразбаева, ¹А.К. Кайырхан¹Государственный медицинский университет города Семей²Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии

Частота мутаций гена TP53 в регионе радиоэкологического неблагополучия как фактор риска развития рака молочной железы

Аннотация. С целью определить взаимосвязи частоты мутаций в гене TP53 с семейным и радиоэкологическим анамнезом РМЖ в регионе радиоэкологического неблагополучия обследованы 250 женщин в возрасте от 40 до 80 лет. В это число вошли 190 больных раком молочной железы и 60 практически здоровых лиц. Все обследованные были распределены в зависимости от наличия семейного и анамнеза РМЖ и радиационного анамнеза, а также по возрасту.

Ключевые слова: рак молочной железы; радиоэкологический анамнез; семейный анамнез.

Актуальность. Рак молочной железы имеет в течение последних десятилетий выраженную динамику к увеличению распространенности как в нашей стране, так и во всем мире [1,2]. В то же время, снижается частота и роль в структуре онкологической заболеваемости таких форм, как рак пищевода, желудка, почек [3,4]. Причины этого различны и изучены недостаточно. Однако с высокой степенью достоверности установлены некоторые факторы риска рака молочной железы, наличие которых может служить причиной его преимущественного развития. К ним относятся экологические факторы, наличие генетических особенностей в различных популяциях, заключающиеся в высокой частоте мутаций определенных генов, особенности образа жизни [5,6]. Данные факторы могут интерферировать друг с другом, создавая условия для формирования популяций с повышенным риском общей онкозаболеваемости и развития конкретных злокачественных новообразований. К таковым обычно относят группы лиц, проживающих в условиях экологического неблагополучия [7].

Наиболее часто к числу генов, связанных с риском развития новообразований, относят регуляторные гены, определяющие условия клеточного роста или гибели. Среди последних одним из наиболее изученных является ген TP53, являющийся ключевым регулятором клеточных процессов, ведущим постоянный надзор за состоянием генома и устраняющим потенциально опасные в плане злокачественной трансформации клетки. Под контролем TP53 находится свыше 300 генов, отвечающих за активацию таких жизненно важных процессов, как репликация, репарация, апоптоз, антиоксидантная защита и др.

Выявлено множество нелетальных мутаций в различных участках данного гена, которые связаны с риском развития распространенных опухолей [8]. Их встречаемость различна. Рак молочной железы относится к числу наиболее частых [9,10].

В зоне радиоэкологического неблагополучия Семипалатинского испытательного полигона проживало и

проживает большое число лиц, непосредственно подвергавшихся воздействию ионизирующего излучения, или являющихся потомками облученных. В обеих этих когортах риск генетических нарушений выше, чем у лиц без отягощенного радиоэкологического анамнеза [11]. Соответственно, данные нарушения могут влиять на вероятность развития злокачественных новообразований.

Цель исследования - Определить взаимосвязи частоты мутаций в гене TP53 с семейным и радиоэкологическим анамнезом рака молочной железы в регионе радиоэкологического неблагополучия.

Материалы и методы. Исследование проведено на клинической базе Регионального онкологического диспансера г.Семей. Генетические исследования проведены в лаборатории генетики Института терапии Сибирского отделения РАМН.

Всего обследовано 250 женщин в возрасте от 40 до 80 лет, различавшиеся в зависимости от наличия рака молочной железы, его семейного анамнеза, радиационного анамнеза и возраста.

В качестве основной группы выделены женщины, больные РМЖ, с наличием семейного анамнеза развития злокачественной опухоли данной локализации. В данную группу включены 125 человек, обследованные в 2013-2015 гг., в возрасте от 40 до 78 лет (средний возраст – $64,3 \pm 2,5$ года). Первичное выявление РМЖ у обследованных данной группы имело место в период 2007-2015 гг. Семейный анамнез был прослежен в течение 1 предшествующего поколения у 37 женщин (29,6%), 2 поколений – у 59 женщин (47,2%) и 3 и более поколений – у 29 женщин (23,2%).

Дифференцированный в зависимости от генетических предикторов анализ течения заболевания в период лечения и ранних исходов был проведен в подгруппе из 72 человек, у которых первичный диагноз РМЖ был выставлен в 2013-2015 гг.

В качестве группы сравнения были обследованы 65 больных РМЖ, у которых не имелось семейного анамнеза данного заболевания в возрасте от 42 до 75 лет (средний возраст $65,5 \pm 2,3$ года). Временные промежутки включения в исследование и проспективного обследования в группах были аналогичными.

Основная группа была распределена на 2 подгруппы – с наличием радиоэкологического анамнеза, в том числе семейного, включающего воздействие излучения в средних и высоких дозах (более 500 мЗв), и без такового. В первую подгруппу вошли 60 пациенток. Среди них выявлен достаточно высокий процент находящихся в молодом возрасте (30,0%, в т.ч. младше 45 лет – 13,3%).

В категорию непосредственно облученных вошли

41,7% женщин, потомков – 58,3%. В большей части случаев наблюдались потомки облученных первого поколения в возрасте старше 50 лет. Не исключено также, что они сами подвергались длительному воздействию ионизирующего излучения в малых дозах в результате проживания на ранее загрязненных территориях.

Среди пациенток основной группы подгруппы без отягощенного радиоэкологического анамнеза в возрасте до 50 лет находились 21,5% обследованных, а старше 60 лет – 38,5%. Наибольшее число пациенток приходилось на группу 51-60 лет.

В отношении основной группы, в структуре которой были выделены непосредственно облученные и их потомки в данной подгруппе женщин с семейным анамнезом, были выделены две категории – сравнения 1 (старше 60 лет), соответствующая непосредственно облученным, и категория 2 (младше 60 лет), соответствующая их потомкам. В первую вошли 38,5% обследованных, во вторую – 61,5%. В группе больных РМЖ без семейного и радиоэкологического анамнеза (65 женщин в возрасте от 43 до 77 лет) наиболее многочисленной возрастной категорией оказалась 61-70 лет, на втором месте – 51-

60 лет. Кроме того, имелось достаточно много пациенток, у которых РМЖ был выявлен в возрасте старше 70 лет (23,1%). Численность больных младшей возрастной категории оказалась меньшей, чем в основной группе (13,8%). В результате в подгруппу сравнения 1 (лица по возрасту соответствующие непосредственно облученным с семейным анамнезом) вошли 58,5% обследованных данной группы, а в подгруппу, адекватную потомкам – только 41,5%. В данной группе распределение пациенток по клиническим стадиям также было аналогичным основной.

Контрольную группу составили 60 женщин без злокачественных новообразований и семейного анамнеза РМЖ в возрасте от 42 до 79 лет (средний возраст $69,1 \pm 2,5$ года).

Определяли наличие мутаций гена TP53 (rs1042522).

Статистический анализ проводили по критерию χ^2 с поправкой Йетса. Граничным уровнем для опровержения нулевой гипотезы принимали $p < 0,05$.

Результаты исследования. Всего наличие мутации rs1042522 было выявлено в 41 случае из 250 (16,4%). Распределение частоты мутаций по выделенным группам в

Таблица 1 – Частота мутаций гена TP53, среди обследованных в зависимости от группы

Группа обследованных	Всего	С наличием мутации	%	Доверительный интервал
Женщины с РМЖ, семейным и радиоэкологическим анамнезом	60	16	26,7	20,3-33,7
Женщины с РМЖ и семейным анамнезом (без радио-экологического)	65	10	15,4	10,9-19,9
Женщины с РМЖ без семейного и радиоэкологического анамнеза	65	12	18,5	13,1-24,6
Женщины без РМЖ	60	3	5,0	2,5-7,6

зависимости от наличия РМЖ, семейного и радиоэкологического анамнеза представлено в таблице 1.

В общей группе обследованных были зарегистрированы четкие и статистически значимые различия в первую очередь по параметру наличия рака молочной железы. Так, частота выявленных мутаций у обследованных с сочетанием семейного анамнеза РМЖ и отягощенного радиоэкологического анамнеза была в 5,3 раза выше, чем у женщин без РМЖ ($p < 0,001$). Аналогичные различия с группой женщин с семейным анамнезом и без радиоэкологического составили 3,08 раза ($p = 0,004$). В то же время, у женщин с РМЖ без семейного и радиоэкологического анамнеза частота мутаций была умеренно выше. Различия с группой без РМЖ составили 3,69 раза

($p = 0,003$). Различия между группами женщин с РМЖ оказались статистически значимыми только в случае наличия и отсутствия радиоэкологического анамнеза при наличии семейного (соотношение частот равнялось 1,71, $p = 0,031$). Эти данные представляются отчасти парадоксальными, поскольку не прослеживается прямого влияния отягощенного радиоэкологического анамнеза на частоту выявленных мутаций у женщин с РМЖ.

Для уточнения причины этого мы провели анализ связи частоты мутаций с непосредственным облучением и наличием негативных радиоэкологических факторов в семейном анамнезе. В таблице 2 представлены данные о выявленных мутациях у лиц старшей группы (непосредственно облученных), в таблице 3 – у женщин без

Таблица 2 – Частота мутаций гена TP53 среди обследованных старшего возраста в зависимости от группы

Группа обследованных	Всего	С наличием мутации	%	Доверительный интервал
Женщины с РМЖ, семейным анамнезом, облученные	25	6	24,0	19,7-30,5
Женщины с РМЖ и семейным анамнезом (без радиоэкологического)	30	4	13,3	9,6-17,5
Женщины с РМЖ без семейного и радиоэкологического анамнеза	35	4	11,4	8,2-15,8
Женщины без РМЖ	30	3	10,0	7,7-12,6

личного, но с наличием семейного радиоэкологического анамнеза.

У непосредственно облученных отмечалось резкое превышение частоты мутаций над всеми остальными

подгруппами. Так, статистически значимыми были различия с группой пациенток с семейным анамнезом (в 1,8 раза, $p=0,043$), без семейного и радиоэкологического анамнеза (в 2,1 раза, $p=0,031$) и с группой обследованных

Таблица 3 – Частота мутаций гена TP53 среди обследованных младшего возраста в зависимости от группы

Группа обследованных	Всего	С наличием мутации	%	Доверительный интервал
Женщины с РМЖ, семейным и радиоэкологическим анамнезом	35	10	28,6	23,6-35,2
Женщины с РМЖ и семейным анамнезом (без радиоэкологического)	35	6	17,1	12,7-23,3
Женщины с РМЖ без семейного и радиоэкологического анамнеза	30	8	26,7	20,4-33,6
Женщины без РМЖ	30	0	0,0	-

без РМЖ (в 2,4 раза, $p=0,027$). Между всеми остальными группами статистически значимых различий не было.

Несколько иная картина характеризовала частоту мутаций у обследованных женщин молодого возраста. Интересным является практическое равенство выявленных частот в группах больных с наличием семейного и радиоэкологического анамнеза и отсутствием такового. Наиболее высокий показатель характеризовал первую группу, но различия со второй указанной составили только 1,07 раза. Зато при наличии семейного и отсутствии прослеживаемого радиоэкологического анамнеза частота выявления мутаций гена TP53 оказалась существенно ниже. Различия с первой группой составили 1,67 раза ($p=0,047$), со второй – 1,56 раза ($p=0,049$). У женщин без РМЖ в этой возрастной подгруппе мутации выявлено не было.

Обсуждение результатов. Воздействие ионизирующего излучения считается ведущей причиной развития вновь образующихся мутаций в человеческой популяции [12]. Наиболее опасным компонентом в спектре излучений, действующих на человечество в целом, принято считать антропогенное. Во-первых, этот компонент имеет наиболее неравномерное распределение, локализуясь главным образом на территориях ядерных испытаний и радиоэкологических катастроф. Во-вторых, воздействие антропогенного ионизирующего излучения часто происходит с относительно высокой дозовой нагрузкой, а также сопровождается действием других негативных факторов [13]. В-третьих, изотопный состав антропогенных

источников излучения в большинстве случаев способствует их накоплению в живых организмах, в том числе у человека [14]. В-четвертых, природные источники, как представляется, вызывают повышение радиорезистентности организмов, популяций, длительно обитающих на территории их действия, тогда как антропогенные воздействия действуют на «неподготовленные» организмы [15].

В нашем исследовании наиболее высокие показатели распространенности мутаций были выявлены у облученных лиц. Определенным недостатком исследования может быть признано отсутствие анализа частоты мутаций у облученных без рака молочной железы и акцент на выявлении лиц с семейным анамнезом. Данные особенности работы были связаны с необходимостью ограничения объема исследования в связи с ограниченными возможностями. Однако увеличение частоты мутаций этого гена у облученных лиц известно [16].

Особенности частоты мутаций гена TP53 у лиц различных возрастных групп свидетельствуют, во-первых, об их накоплении в популяции, проживающей на территории радиоэкологического неблагополучия, и, во-вторых, о преимущественной роли в развитии РМЖ у облученных, а не при отягощенном семейном анамнезе. Сочетание генетических факторов, формирующихся при воздействии ионизирующего излучения и семейных, как мы полагаем, во многом определяет повышение частоты рака молочной железы в регионе семипалатинского испытательного полигона.

Список литературы

1. Арзыкулов Ж.А., Игисинов С.И., Сейтказина Г.Д. Эпидемиология рака молочной железы в Казахстане // Онкология и радиология Казахстана. – 2003. – №1. – С.11-24.
2. Hogben R.K. Screening for breast cancer in England: a review // *Cur. Opin. Obstet. Gynecol.* - 2008.-Vol.20, N 6.- P.545-549.
3. Hu Y., Fang J.Y., Xiao S.D. Can the incidence of gastric cancer be reduced in the new century? // *J. Dig. Dis.* -2013.- Vol.14, N 1.-P.11-15.
4. Napier K.J., Scheerer M., Misra S. Esophageal cancer: A Review of epidemiology, pathogenesis, staging workup and treatment modalities // *World J. Gastrointest. Oncol.* - 2014.- Vol. 6, N 5.- S.112-120.
5. Cornejo-Moreno B.A., Uribe-Escamilla D., Salamanca-Gómez F. Breast cancer genes: looking for BRCA's lost brother // *Isr. Med. Assoc. J.* - 2014.- Vol. 16, N 12.-S.787-92.
6. Dieterich M., Stubert J., Reimer T. et al. Influence of lifestyle factors on breast cancer risk // *Breast. Care. (Basel).* -2014.- Vol.9, N 6.-S.407-14.
- 7.Ahmadian M., Samah A.A. Application of health behavior theories to breast cancer screening among Asian women // *Asian. Pac. J. Cancer Prev.* - 2013.- Vol.14, N 7.- S.4005-13.
- 8.Duffy M.J., Synnott N.C., McGowan P.M. et al. p53 as a target for the treatment of cancer // *Cancer Treat. Rev.* - 2014.- Vol.40, N 10.-S.1153-1160.
- 9.Shiovitz S., Korde L.A. Genetics of breast cancer: a topic in evolution // *Ann. Oncol.* -2015.- Vol.26, N 7.-S.1291-9.
10. Sheikh A., Hussain S.A., Ghori Q. et al. The spectrum of genetic mutations in breast cancer // *Asian Pac. J. Cancer Prev.* - 2015.- Vol.16, N 6.-S.2177-2185.
- 11.Shevchenko V.A. Integral estimation of genetic effects of ionizing radiation // *Radiat. Biol. Radioecol.* -1997.- Vol.37, N 4.-P.569-76.
- 12.Pandey B.N., Kumar A., Tiwari P., Mishra K.P. Radiobiological basis in management of accidental radiation exposure // *Int. J. Radiat. Biol.* - 2010.- Vol. 86, N 8.- P.613-35.
- 13.Manti L., D'Arco A. Cooperative biological effects between ionizing radiation and other physical and chemical agents // *Mutat. Res.* -2010.- Vol.704, N 1-3.- P.115-22.
14. Laurier D., Hill C. Cancer risk associated to ionizing radiation // *Rev. Prat.* - 2013.- Vol.63, N 8.-S.1126-1132.
15. Tang F.R., Loke W.K. Molecular mechanisms of low dose ionizing radiation-induced hormesis, adaptive responses, radioresistance, bystander effects, and genomic instability // *Int. J. Radiat. Biol.* -2015.-91, N 1.- S.13-27.
16. Mirzayans R., Andrais B., Scott A., Wang Y.W., Murray D. Ionizing radiation-induced responses in human cells with differing TP53 status // *Int. J. Mol. Sci.* - 2013.- Vol. 13-14, N 11.-S.22409-35.

Тұжырым

¹Б.А. Апсаликов, ¹З.А. Манамбаева, ²Г. Кошпесова,
¹А.А. Жоламанова,
¹Н.С. Жумаханова, ¹А.О. Оразбаева, ¹А.К. Кайырхан
¹Государственный медицинский университет
 города Семей

²Научно-исследовательский институт радиационной
 медицины и экологии

Радиоэкологиялық жағымсыз аймақтарда сүт безі обыры дамуының қауіп факторы ретінде TP53 гені мутациясының жиілігі

Радиоэкологиялық жағымсыз аймақтарда сүт безі
 обыры дамуы мен TP53 гені мутациясының жиілігінің бай-
 ланысын зерттеу мақсатымен радиоэкологиялық және
 жанұялық анамнезі бар 40 жас пен 60 жас аралығындағы
 250 әйел тексерілді. Бұл санға 190 омырау безі обы-
 рымен сырқаттанған әйел және 60 салыстырмалы сау
 әйел енгізілген. Барлық зерттелген адамдар жанұялық,
 радиоэкологиялық анамнезіне және жасына байланысты
 бөлінді.

Түйінді сөздер: сүт безі обыры; радиоэкологиялық
 анамнез; жанұялық анамнез.

Summary

¹B. A. Apsalikov, ¹Z. A. Manambaeva, ²G. Koshpesova,
¹N. S. Gumakanova,
¹A. O. Orazbaeva, ¹A. K. Kairkhan
¹Semey State Medical University
²Scientific-Research Institute for Radiation
 Medicine and Ecology

The frequency of TP53 mutations in the region of radio ecological trouble as a risk factor for breast cancer

To determine the relationship of frequency of mutations
 in the TP53 gene with family and radioecological history of
 breast cancer in the region radiological trouble surveyed
 250 women aged 40 to 80 years. This number included
 190 breast cancer patients and 60 healthy individuals. All
 subjects were divided according to the presence of family
 history and breast cancer and radiation history, and age.

Key words: breast cancer; radioecological anamnesis;
 family anamnesis.

УДК:616.345-006-073.75

^{1,2}Ж. Ж. Жолдыбай, ²Б. К. Исаматов, ²Ж. М. Аманкулов, ²Ж. К. Жакенова¹Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии²Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

Виртуальная колоноскопия в ранней диагностике новообразований толстой кишки

Аннотация. Колоректальный рак занимает 4 место в структуре онкозаболеваемости в стране и отмечается неуклонный рост заболевания. Колоректальный рак развивается в результате малигнизации медленно-растущих полипов. Раннее обнаружение и удаление полипов толстой кишки снижает частоту заболевания и смертность. В статье представлены предварительные результаты работы по оценке возможностей виртуальной колоноскопии в диагностике рака и предраковых новообразований толстой кишки.

Ключевые слова: диагностика, виртуальная колоноскопия, колоректальный рак.

Актуальность. Более 1,5 миллиона новых случаев колоректального рака (КРР) регистрируется ежегодно в мире. Смертность превышает более 600 000 человек и является одной из главных причин смертности от злокачественных новообразований [1]. В 2014 году в Казахстане КРР занял 4-е место в структуре онкозаболеваемости - 17,7%000, и 3-е место по смертности от злокачественных новообразований - 9,0%000. При этом пятилетняя выживаемость составила 47%[2].

КРР в большинстве случаев развивается вследствие малигнизации доброкачественных новообразований. Выявление КРР в ранних стадиях и предраковых заболеваний толстой кишки снижает частоту и смертность [3,4].

Цель исследования. Оптимизировать раннюю диагностику новообразований толстой кишки с применением виртуальной колоноскопии.

Задачи исследования:

1. Изучить показатели заболеваемости и смертности от колоректального рака в Казахстане в зависимости от пола и возраста за 2010 – 2014гг.
2. Изучить лучевую семиотику новообразований толстой кишки с применением виртуальной колоноскопии.
3. Провести анализ возможностей виртуальной колоноскопии в сравнении с данными эндоскопической колоноскопии.

Материал и методы. Всего было обследовано 22 пациента с положительным гемокульт-тестом (iFOBt) в ходе скрининга (13 мужчин и 9 женщин, в возрасте от 30 до 70 лет; средний возраст 52,7 лет) (1-й этап). На 2-м этапе последовательно проводили виртуальную колоноскопию и эндоскопическую колоноскопию, последнюю проводили специалисты Каз НИИ онкологии и радиологии. 3-й этап включал сравнительный анализ результатов двух методов исследования. Для проведения виртуальной колоноскопии толстая кишка предварительно очищалась с применением препарата Фортранс. Виртуальную колоноскопию проводили на 64-срезном компьютерном томографе SOMATOM Definition AS. Перед исследованием

толстая кишка раздувалась углекислым газом с использованием инсуффлятора «CO2flow» фирмы Ulrich. Для сканирования применили следующий протокол: 50мАс, 110кВ, коллимация 1,25мм, интервал реконструкции 1мм, лучевая нагрузка - 2,1 мЗв. Обработка и интерпретация изображений проводилась на рабочей станции с программным обеспечением Singo VIA.

Результаты исследования. В ходе изучения статистических данных по КРР в Казахстане за 2010 – 2014гг. было установлено, что заболеваемость КРР за эти годы увеличивается, если в 2010 году этот показатель составлял 15,7 на 100 тыс. населения, то 2014 году составил 17,7 на 100 тыс. населения [5]. Следовательно, увеличивается регистрация новых случаев КРР. Смертность от КРР за последние 5 лет имеет тенденцию к снижению, если в 2010 году смертность составила 10,2 на 100 тыс. населения, то 2014 году этот показатель снизился до 9,0 на 100 тыс. населения [5]. В ходе изучения распределения КРР по стадиям заболевания было установлено, что увеличивается количество пациентов с I - II стадией КРР, если в 2010 году этот показатель составлял 43,10%, то в 2014 году – 57,75%. А удельный вес III - IV стадии КРР имеет тенденцию к снижению [5]. Эти изменения связываются с внедрением скрининговых программ по ранней диагностике КРР в РК. КРР у мужчин за последние пять лет увеличивается, если в 2010 году было зарегистрировано 8,30% случаев КРР у мужчин, то 2014 году - 9,50% среди всех злокачественных новообразований. А у женщин КРР имеет тенденцию к снижению (2010 году – 9,0%, 2014 году – 8,5%) [5]. В структуре онкопатологии РК за 2014 год КРР и у мужчин, и у женщин занимает 4-е место. Пик заболеваемости КРР приходится на возрастную группу 70-75 лет [4].

Результаты виртуальной колоноскопии. При изучении результатов виртуальной колоноскопии у 13 (59,1%) обследованных пациентов была выявлена патология толстой кишки. Из них полипы составили 18,2%, а рак толстой кишки 4,5%.

При изучении лучевой семиотики новообразований толстой кишки утолщение стенок, инфильтрация окологидротической клетчатки, неровность контуров, утолщение складок и выбухание слизистой было обнаружено в 100% в случае с раком толстой кишки.

Чувствительность виртуальной колоноскопии при полипах до 5 мм составила 63,0%, а при эндоскопической колоноскопии 67,6%; при полипах от 6 до 9 мм – 91,2%, при эндоскопической колоноскопии – 91,0%; при полипах больше 10 мм – 97,6%, при эндоскопической колоноскопии – 97,7% (таблица №1). Таким образом, виртуальная колоноскопия является информативным методом диагностики патологии толстой кишки.

Таблица 1 - Сравнительная оценка возможностей виртуальной колоноскопии и эндоскопической колоноскопии

		Виртуальная колноскопия	Эндоскопическая колноскопия
Чувствительность метода в выявлении полипов	до 5мм	63,0%	67,6%
	от 6мм до 9мм	91,2%	91,0%
	больше 10мм	97,6%	97,7%
Оценка состояния околокишечной клетчатки		возможно	не возможно
Оценка состояния органов брюшной полости		возможно	не возможно
Риск перфорации кишечника		очень низкий	есть
Возможность взятия биопсии		-	+

Выводы. Отмечается рост заболеваемости КРР в РК за 2010-2014 годы. КРР занимает 4-е место по заболеваемости у обоих полов в структуре онкозаболеваемости (2014г), при этом у мужчин отмечается рост этого показателя, а у женщин тенденция к снижению. Показатель смертности от КРР имеет тенденцию к снижению.

КРР характеризуется утолщением стенок кишки, инфильтрацией околокишечной клетчатки, неровностью контуров, утолщением складок и выбуханием слизистой,

что обнаружено в 100% случаев при виртуальной колоноскопии.

Чувствительность виртуальной колоноскопии при полипах до 5 мм - 63,0%; от 6 до 9 мм - 91,2%; больше 10 мм - 97,6%.

Виртуальная колоноскопия является информативным методом диагностики новообразований толстой кишки.

Список литературы

1. Jemal A., Bray F., Center M.M. et al. Global cancer statistics //CA Cancer Journal for Clinicians -2011. -№61. -С 69–90.

2. Нургазиев К.Ш., Байпеусов Д.М. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2013 год. –Алматы, 2014. –С. 116-123.

3. Джуманов А.И., Жылкайдарова А.Ж., Кузикеев М.А. и др. Результаты скрининга колоректального рака в Республике Казахстан за 2013 год //Общие вопросы

диагностики и лечения в онкологии. -2014. –С. 61.

4. Нургазиев К.Ш., Джуманов А.И., Жылкайдарова А.Ж. и др. Первые результаты внедрения колоректального скрининга в Республике Казахстан //Евразийский онкологический журнал. -2014. -№3. –С 46-47.

5. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2010-2014гг. (статистические материалы). – Алматы, 2011-2015.

Тұжырым

^{1,2}Ж.Ж. Жолдыбай, ²Б.К. Исаматов, ²Ж.М. Аманкулов,
²Ж.К. Жакенова

¹Қазақтың онкология және радиология ғылыми-зерттеу институті

²С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақұлттық медицина университеті

Тоқ шектің ісікті әспелері диагностикасында виртуалды колоноскопияны қолдану

Колоректалдыракеліміздеісікауруларықұрылымында 4 орын алады және соңғы жылдары аурудың жиілеуі байқалады. Колоректалды рак баяу өсуші полиптердің малигнизациясы нәтижесінде дамиды. Полиптерді ерте анықтау және алып тастау ісіктің және оның салдарынан туындайтын өлім жиілігін төмендетеді. Мақалада тоқ ішек рагы мен ісікалды түзілістерін анықтауда виртуалды колоноскопияның мүмкіндіктерін зерттеу жұмысының алғашқы нәтижелері ұсынылған.

Түйінді сөздер: Диагностика, виртуалды колоноскопия, колоректалды рак

Summary

^{1,2} Zh.Zh.Zholdybay, ² B.K.Issamatov, ² Zh.M.Amankulov,
² Zh.K.Zhakenova

¹Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology
² Asfendiyarov Kazakh National Medical University

Virtual colonoscopy in diagnosis of colorectal neoplasms

Colorectal cancer is the fourth most prevalent cancer in the country and its rate is steadily increasing. Colorectal cancer develops as result of malignization of slow-growing polyps. Early detection and removing of polyps decreases the rate of incidence and mortality. This article presents the preliminary results of the evaluation of Virtual colonoscopy accuracy in early detection of colorectal cancer and precancerous lesions.

Keywords: Diagnostics, virtual colonoscopy, colorectal cancer

УДК: 616-006.6-577.4

¹Л.А.Пак, ¹З.А.Манамбаева, ¹С.О.Рахыжанова, ²С.Олжаев, ¹М.С. Абдыханова,¹Г.А.Адилмуратова, ¹Ш.Е.рмекова, ²М.Л.Лукпанова¹Государственный медицинский университет г.Семей, Казахстан²Алматинский областной онкологический диспансер, Казахстан

Сосудисто-тромбоцитарное звено системы гемостаза и нарушения эндотелиальной функции при злокачественных новообразованиях у лиц, подвергавшихся антропогенному облучению

Аннотация. Цель данной работы определить особенности эндотелиальных факторов и состояния системы гемостаза у пациентов со злокачественными новообразованиями, подвергавшихся действию ионизирующего излучения. Всего обследовано 223 пациента. 153 из них с онкопатологией желудочно-кишечного тракта.

В результате исследования выявлено наличие повышенного уровня эндотелиальной дисфункции и активации системы гемостаза у больных злокачественными новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта. В частности, определена большая степень эндотелиальной дисфункции по параметрам эндотелийзависимой вазодилатации, содержания десквамированных эндотелиоцитов в периферической крови и фактора Виллебранда. Эти показатели имели четкую корреляцию со степенью нарушения исследованных параметров системы гемостаза, что может служить причиной развития тромботических осложнений.

Ключевые слова: радиация; рак; эндотелий.

Актуальность. По данным литературы известно, что развитие злокачественных новообразований происходит в результате воздействия ионизирующего излучения при диагностических процедурах, ядерных бомбардировках, авариях и катастрофах и в результате осуществления ядерных испытаний [1]. При этом весьма существенное воздействие на состояние здоровья населения, согласно данным известных нам исследований, оказала деятельность Семипалатинского ядерного полигона.

Естественно, при рассмотрении вопроса о воздействии ионизирующего излучения на развитие новообразования ключевым моментом является их мутагенное действие. Однако существует ряд иных направлений анализа, включающий, в первую очередь, состояние иммунной системы. Именно этот параметр рассматривается как ключевой в указанной выше работе. Концепция генеза радиационно-индуцированных злокачественных новообразований может иметь и еще один аспект – негативное влияние излучения, в том числе малых доз, на морфофункциональное состояние сосудистого эндотелия. Состояние сосудистого эндотелия при этом рассматривается в качестве потенциального модифицирующего фактора в генезе осложнений онкологических заболеваний у лиц, подвергавшихся действию ионизирующего излучения в течение жизни (в нашем исследовании – за счет деятельности СИЯП).

Цель работы – определить особенности эндотелиальных факторов и состояния системы гемостаза у пациен-

тов со злокачественными новообразованиями, подвергавшихся действию ионизирующего излучения.

Материалы и методы. Сформированы две группы обследованных с онкологической патологией желудка, поджелудочной железы, прямой кишки. Всего обследовано 153 пациента. Из них основную группу №1 составили 83 пациента, основную группу №2 70 пациентов. Также имелась контрольная группа из 70 практически здоровых лиц.

Возраст пациентов от 45 до 65 лет. Средний возраст по группе $59,7 \pm 2,0$ года.

Критерии включения пациентов в основные группы – возрастной, наличие верифицированного диагноза злокачественного новообразования на основании данных морфологического исследования; отсутствие специфической противоопухолевой терапии на момент первичного обследования; отсутствие каких-либо диагностических процедур, связанных с воздействием ионизирующего излучения, в течение последних 6 месяцев; наличие информированного согласия пациента на включение его в исследование и анонимное использование полученных материалов в научных публикациях.

Данное исследование было одобрено заседанием Этического комитета Государственного Медицинского Университета города Семей от 13.11.2013, протокол №2.

Для основной группы №1 дополнительным критерием включения было установлено наличие расчетной кумулятивной поглощенной дозы облучения 50 бэр и выше в результате проживания в зонах чрезвычайного и максимального радиационного риска СИЯП в период проведения дозообразующих ядерных испытаний, т.е. облучения в диапазоне средних и высоких доз.

Больные основной группы №2 проживали в условиях радиоэкологически благополучного региона (г.Алматы).

Критерии исключения – наличие тяжелых сопутствующих соматических заболеваний (артериальная гипертония II ст. и выше, ИБС, бронхиальная астма, ХОБЛ, хронические заболевания почек с почечной недостаточностью, сердечная недостаточность любого генеза выше I ФК; хронические инфекционные заболевания (туберкулез, бруцеллез и т.д.); острые инфекционные заболевания, состояния, сопровождающиеся лихорадкой на момент первичного обследования; отказ от участия в исследовании на любом этапе.

Обследование проведено после верификации клинического диагноза, до специфического противоопухолевого лечения, такого как химиотерапия, лучевая терапия и до оперативного вмешательства.

жизни проживали в регионах, считающихся благополучными в радиоэкологическом отношении и не имели в анамнезе эпизодов лучевой терапии.

Нозология	Основная группа №1, n=83	Основная группа №2, n=70
Рак желудка IIB-IIIА ст.	31	28
Рак головки поджелудочной железы III ст.	30	25
Рак прямой кишки II-III ст.	22	17

показателей в группах и достоверности корреляций между показателями системы гемостаза и функции эндотелия осуществлялась методом бутстреп [5]. В таблицах представлены показатели медианы числовых рядов (M), интервалы отклонения (m) – для численных рядов, коэффициенты корреляции (r), интервалы отклонения коэффициентов корреляции (Δr) и показатели статистической значимости (p).

Результаты исследования. Основные результаты анализа численных показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза и состояния эндотелия представлены в таблице 2, а корреляционного анализа в группах пациентов, подвергавшихся и не подвергавшихся воздействию ионизирующего излучения – в таблице 3.

Определение статистической значимости различий

[illegible]

Значения показателя ИАТ в контрольной группе находились в пределах 21-58%, у пациентов группы сравнения – 47-76%, у пациентов группы облученных – 50-82%. Имелись статистически значимые различия по данному показателю между обеими группами пациентов и контролем ($M2M1=1,31$; $M3M1=1,39$). Между группами облученных пациентов и не подвергавшихся хроническому воздействию ионизирующего облучения значимых различий выявлено не было. По средней величине СИАТ соответствующие различия с контрольной группой составили $M2M1=1,24$; $M3M1=1,28$ и также были статистически значимыми. Величина ИДТ в группах обследованных пациентов со злокачественными новообразованиями была сниженной относительно контроля. Так, в группе клинически здоровых лиц этот показатель находился в пределах 14-31%, у пациентов злокачественными новообразованиями группы сравнения – 10-18% и у пациентов, подвергавшихся хроническому воздействию ионизирующего облучения – 8-14%. Различия ($M1M3=1,45$; $M1M2=1,93$ и $M2M3=1,33$) между всеми группами были статистически значимыми.

Содержание ФВ было значительно превышено у пациентов обеих групп в сравнении с контролем ($M3M1=1,31$; $M2M1=1,71$). Также значимыми оказались различия между группами больных ($M3M2=1,30$).

Таким образом, при анализе некоторых показателей сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза была выявлена активация механизмов агрегации в обеих группах пациентов злокачественными новообразованиями, что вполне соответствует концепции комбинированного генеза тромботической готовности при онкологических заболеваниях. Однако остается вопрос происхождения самой этой активации на фоне нарушений дезагрегации. Является ли она проявлением первичных нарушений структуры и функции тромбоцитов, или следствием их вторичной патологической активации за счет действия внутривенозных факторов? Уменьшение степени и статистической значимости различий между группами пациентов по показателю СИАТ в отношении ИАТ свидетельствует о возможной роли внешних воздействий на состояние тромбоцитов.

Известно, что агрегационная функция тромбоцитов в значительной степени связана с состоянием сосудистого эндотелия. Поэтому мы полагаем, что одной из возможных причин повышения агрегационной и снижения дезагрегационной способности тромбоцитов у облученных пациентов злокачественными новообразованиями могут являться структурно-функциональные нарушения

со стороны эндотелия. Для проверки данной гипотезы мы провели соответствующий лабораторный и статистический анализ (таблицы 2-3).

Были выявлены статистически значимые различия по показателю содержания циркулирующих эндотелиоцитов в периферической крови между всеми группами обследованных. При этом наиболее выраженным было превышение показателя над контрольной группой ($M3M1=2,23$; $M2M1=3,40$). Однако существенным оказалось и превышение данного показателя в группе пациентов с наличием радиационного анамнеза ($M2M3=1,53$). Таким образом, можно указать на вероятность наличия поражения сосудистого эндотелия у облученных лиц еще до развития новообразования или усугубляющее действие опухолевого процесса на состояние эндотелиоцитов. Однако каковы бы ни были механизмы, результатом является снижение устойчивости клеток эндотелия при сочетании хронического облучения и злокачественного новообразования.

Содержание метаболитов NO в крови обследованных пациентов, как показатель, отражающий функцию сосудистого эндотелия, было повышенным. Данный феномен, отражающий патологические механизмы гиперпродукции NO эндотелием при наличии местного или системного воспаления, гипоксии, активации липопероксидации, достаточно хорошо известен. Однако в группе облученных пациентов его средние значения оказались все же ниже, чем в основной группе №2 ($M3M2=1,08$). Учитывая важную роль NO в регуляции агрегации и процессе спонтанной дезагрегации тромбоцитов, следует предположить, что данное относительное снижение могло играть определенную роль в выявленном резком уменьшении дезагрегационной активности.

Параметром, наиболее четко определяющим наличие дисфункции эндотелия, является степень ЭЗВД. Именно она подвергалась наиболее значимому снижению в нашем исследовании. Так, по средним значениям данного показателя различия $M1M3$ составили 1,46, $M1M2=1,96$ и $M3M2=1,34$. Таким образом, все полученные лабораторные и инструментальные данные подтверждали наличие эндотелиальной дисфункции у пациентов со злокачественными новообразованиями и большую ее степень при наличии в анамнезе хронического ионизирующего облучения.

Для конкретизации связи между состоянием эндотелия и сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза нами был проведен корреляционный анализ.

Таблица 3 - Показатели корреляции между параметрами функции эндотелия и сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза у пациентов основной группы №1 и №2

Показатели функции эндотелия	Показатели сосудисто- тромбоцитарного гемостаза							
	ИАТ		СИАТ		ИДТ		ФВ	
	r	Δr	R	Δr	R	Δr	r	Δr
Основная группа No1								
содержание эндотелиоцитов	0.59	0.02	0.60	0.03	-0.41	0.02	0.79	0.01
	p = 0.021		p = 0.015		p = 0.036		p = 0.006	
Содержание мет. NO	0.48	0.04	0.60	0.05	-0.24	0.02	0.36	0.03
	p = 0.031		p = 0.028		p = 0.061		p = 0.045	
ЭЗВД	-0.62	0.04	-0.73	0.04	0.70	0.04	-0.58	0.03
	p = 0.019		p = 0.010		p = 0.009		p = 0.029	
Основная группа No2								
Содержание эндотелиоцитов	0.45	0.02	0.39	0.03	-0.30	0.02	0.56	0.02
	p = 0.038		p = 0.043		p = 0.040		p = 0.015	
Содержание мет. NO	0.31	0.05	0.36	0.04	-0.13	0.02	0.22	0.04
	p = 0.054		p = 0.048		p = 0.073		p = 0.062	
ЭЗВД	-0.33	0.03	-0.25	0.02	0.52	0.04	-0.37	0.03
	p = 0.054		p = 0.048		p = 0.073		p = 0.062	

В обеих группах обследованных пациентов были выявлены статистически значимые корреляционные связи между содержанием эндотелиоцитов в крови, уровнем ЭЗВД и показателями системы гемостаза. Коэффициенты корреляции последних с содержанием метаболитов NO были значительно меньшими.

Общей чертой при оценке всех результатов корреляционного анализа у пациентов, подвергавшихся ранее хроническому воздействию ионизирующего излучения, оказалась наибольшая выраженность корреляционных связей между показателями функции эндотелия и системы гемостаза.

Обсуждение. Общим для обеих групп обследованных пациентов, имевших и не имевших в анамнезе воздействие ионизирующего излучения, являлось наличие признаков эндотелиальной дисфункции, характеризующихся снижением эндотелийзависимой вазодилатации [6], повышением содержания в крови циркулирующих эндотелиоцитов [7], а также одного из важнейших эндотелиальных факторов активации системы гемостаза – фактора вон Виллебранда.

Закономерным оказалось превышение степени повреждения сосудистого эндотелия у лиц со злокачественными новообразованиями, ранее подвергавшихся воздействию излучения в результате проживания в зонах радиационного риска СИАП.

Несмотря на различную выраженность данных особенностей при различных злокачественных новообразованиях и в отношении разных показателей эндотелиаль-

ной функции, наличие общей направленности и данные дисперсионного и корреляционного анализа подтверждают значимое превышение степени эндотелиальной дисфункции у облученных.

Анализ ряда показателей системы гемостаза в группах онкологических пациентов свидетельствует о наличии зависимости между показателями эндотелиальной функции и состояния гемостаза. Эти особенности базируются на наличии определенных физиологических взаимосвязей между функциональными системами. Эндотелий обеспечивает важнейшие механизмы функционирования гемостаза.

Степень превышения показателей тромботической готовности у пациентов со всеми исследованными формами злокачественных новообразований, как подвергавшихся, так и не подвергавшихся воздействию ионизирующего излучения, имело значимое превышение над контрольной группой. Данная особенность характерна для любых форм рака и составляет основу риска тромботических осложнений, составляющих большой процент среди причин онкологической смертности [8], а также при прогрессировании злокачественных новообразований.

Результаты корреляционного анализа, проведенного для отдельных показателей состояния сосудистого эндотелия и системы гемостаза, свидетельствуют о наличии тесных и высоко значимых корреляционных связей, что служит дополнительным подтверждением роли эндотелиальной дисфункции в формировании гемостазиологи-

ческих нарушений и повышении риска тромботических осложнений у ранее облученных больных. Эти данные полностью соответствуют существующим моделям взаимоотношений сосудистого эндотелия и системы гемостаза.

Однако определение влияния эндотелиальной дисфункции на течение новообразования вполне может быть ассоциировано с выявленным превышением степени нарушений со стороны состояния системы гемостаза.

Известно, что тромботические осложнения являются второй по частоте непосредственно причиной смерти онкологических пациентов [8]. С учетом использования современных методов лечения, при наличии отдаленных метастазов данный фактор выходит на первый план. Сам по себе риск метастазирования при наличии выраженной эндотелиальной дисфункции потенциально увеличивается за счет трех механизмов – повышения проницаемости эндотелия для клеточных элементов опухоли, увеличения тромбозмобилического потенциала и негативного влияния эндотелиальной дисфункции на состояние иммунной системы в результате цитокинового дисбаланса.

Кроме того следует упомянуть, что по данным большинства исследований нарушение функции эндотелия также способствует неоваскуляризации метастатических образований.

Заключение. В результате исследования выявлено наличие повышенного уровня эндотелиальной дисфункции и активации системы гемостаза у больных злокачественными новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта. Данные особенности модифицировались при наличии облучения, полученного в результате проживания на территориях, подвергавшихся контаминации радионуклидами. В частности, определена большая степень эндотелиальной дисфункции по параметрам эндотелийзависимой вазодилатации, содержания десквамированных эндотелиоцитов в периферической крови и фактора Виллебранда. Эти показатели имели четкую корреляцию со степенью нарушения исследованных параметров системы гемостаза, что может служить причиной развития тромботических осложнений.

Список литературы

1. Strzelczyk J.J., Damilakis J., Marx M.V., Macura K.J. *Facts and controversies about radiation exposure, part 2: low-level exposures and cancer risk* // J. Am. Coll. Radiol.-2007.- Vol.4, N1.-P.32-39.
2. Huck V., Schneider M.F., Gorzelanny C., Schneider S.W. *The various states of von Willebrand factor and their function in physiology and pathophysiology* //Thromb. Haemost.- 2014.-Vol.111, N 4.-S.598-609.
3. Moysich K.B., Menezes R.J., Michalek A.M. *Chernobyl-related ionising radiation exposure and cancer risk: an epidemiological review* //Lancet Oncol. -2002.-Vol.3, N 5.-P.269-79.
4. Chistiakov D.A., Revin V.V., Sobenin I.A. et al. *Vascular endothelium: functioning in norm, changes in atherosclerosis and current dietary approaches to improve endothelial function* //Mini Rev.Med. Chem.- 2015.-Vol.15, N 4.-S.338-50.
5. Elyamany G., Alzahrani A.M., Bukhary E. *Cancer-associated thrombosis: an overview* // Clin. Med. Insights Oncol.- 2014.-Vol. 4, N 8.-S.129-37.
6. Ramcharan K.S., Lip G.Y., Stonelake P.S., Blann A.D. *Increased pre-surgical numbers of endothelial progenitor cells and circulating endothelial cells in colorectal cancer fail to predict outcome* //Int. Colorectal. Dis.-2015.-Vol.30, N 3.-S.315-21.
7. Shore R.E. *Low-dose radiation epidemiology studies: status and issues* // Health. Phys.- 2009.- Vol.97, N5.-P.481-6.
8. Heit J.A. *Epidemiology of venous thromboembolism* // Nat. Rev. Cardiol.- 2015.-Vol.12, N8.-S.464-474.

Тұжырым

Л.А.Пак¹, З.А.Манамбаева¹, С.О.Рахыжанова¹, С. Олжаев²,
М.С.Абдыханова¹, Г.А.Адилмуратова¹, Ш.Е.Ермекова¹,
М.Л.Лукпанова²

¹Семей қаласының мемлекеттік медицина
университеті, Қазақстан

²Алматинский областной онкологический
диспансер, Қазақстан

**Антропогенді сәулелік әсерге ұшыраған қатерлі
ісігі бар науқастардағы тамырлық-тромбоцитарлы
түйіннің гемостаздық жүйесі және эндотелиальды
қызметінің бұзылысы.**

Аталмыш жұмыстың мақсаты иондаушы сәуле әсеріне ұшыраған, қатерлі ісікауруына шалдыққан пациенттердегі эндотелиалды факторлар ерекшелігін және гемостаз жүйесі жағдайларын анықтау. Барлығы - 223 пациент тексерілді. Оның ішінде - 153 асқазан-ішек жолдарының онкопатологиясы бар.

Зерттеу нәтижесінде асқазан-ішек жолдары мүшелерінің қатерлі ісігіне шалдыққан науқастарда эндотелиалды дисфункцияның жоғарғы деңгейі және гемостаз жүйесінің активациясы бар екені анықталды. Нақтысында, эндотелиге тәуелді вазодилатация параметрлері бойынша эндотелиалды дисфункцияның үлкен сатысы, перифериялық қанда және Виллебранд факторында десквамациялы эндотелиоциттер құрамының болуы анықталды. Осы көрсеткіштерде гемостаз жүйесінің зерттелген параметрлеріндегі өзгерістер сатысының нақты байланысы бар, бұл тромбоцитарлық асқынулардың дамуына себеп болуы мүмкін.

Түйінді сөздер: радиация; рақ; эндотелий.

Summary

L.A.Pak¹, Z.A.Manambaeva¹, S.O.Rakhyzhanova¹, S.Olzhayev²,
M.S.Abdykhanova¹, G.A.Adil'muratova¹,
Sh.E.Ermekova¹, M.L.Luckpanova²

¹Semey State Medical University

²Almaty Regional Oncologic Hospital, Almaty, Kazakhstan

**Vascular- platelet link of the hemostasis system and
disorders of the endothelial function with malignant
tumors tumors in patients exposed anthropogenic
radiation**

The aim of this research is to determine the characteristics of endothelial factors and the hemostatic system conditions with malignant neoplasms patients, which were exposed to ionizing radiation. Total number of examined people is 223, 153 of them are patients with gastrointestinal tract oncopathology.

The study revealed the presence of higher levels of endothelial dysfunction and following trigger of the hemostatic system in patients with malignant tumors of the gastrointestinal tract. In particular, the defined high degree of endothelial dysfunction include endothelium-dependent vasodilation, content desquamated endothelial cells in peripheral blood and von Willebrand factor. These indicators have a clear correlation with the degree of disorder of studied parameters of the hemostasis, which can cause the development of thrombotic complications.

Key words: Radiation; cancer; endothelium.

А.О.Тананян
Национальный Центр онкологии им.В.А.Фанарджяна
Минздрава республики Армения, Ереван

Одномоментное хирургическое лечение больных колоректальным раком с метастазами

Аннотация. В работе представлены результаты одномоментного хирургического лечения больных колоректальным раком с метастазами в различные органы и ткани. Дифференцированный подход с выбором хирургической тактики может служить залогом высокой вероятности благоприятного исхода хирургического лечения колоректального рака.

Ключевые слова: колоректальный рак, метастазы в различные органы и ткани, дифференцированный подход, одномоментное хирургическое лечение.

Введение. Как известно, сложность хирургического лечения колоректального рака (КРР) во многом определяется ранним развитием осложнений в виде метастазов в различные органы и ткани. Метастазы, развившиеся на фоне опухолевого процесса, как правило на 3-й стадии, в значительной мере ухудшают непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения. До настоящего времени нет единого мнения в отношении хирургической тактики при метастазах КРР [1, 4].

Считается, что при плановых операциях в основном выполняется одномоментная резекция участка кишки с опухолью с восстановлением кишечной непрерывности. Однако при метастазах такие операции чреваты дальнейшим развитием опухолевого процесса с усугублением болезни и страданиями больного, с риском повторных оперативных вмешательств. Поэтому во многих клиниках используется одномоментная операция по удалению как самой опухоли, так и метастазированных участков близлежащих органов и тканей [2-3].

Цель исследования - Определить возможность одномоментной хирургической операции у пациентов с колоректальным раком, осложненным метастазами в различные органы и ткани.

Материал и методы. Работа основана на лечении больных с колоректальным раком, осложненным метастазами в различные близлежащие органы и ткани, с применением методики одномоментного хирургического удаления опухоли с участками метастазированных органов и тканей. Поднаблюдением и лечением находились 16 больных, среди которых было 7 пациентов мужского пола и 9 – женского пола. Возрасте больных колебался в пределах от 49 до 80 лет (средний возраст составил $65,1 \pm 1,7$ лет). Локализация опухолевого процесса была в области ободочной и сигмовидной кишки (11 больных) и прямой кишки (5 больных). В 11 случаях первичная опухоль была инфильтрирована во все слои кишечной стенки с прорастанием в прилежащие органы и структуры. При этом метастазы в печень выявлены у 5 больных, в регионарные лимфатические узлы – у 7 больных и в другие органы и ткани – у 4 больных.

Результаты и обсуждение. Оперативному вмешатель-

ству были подвергнуты 14 больных. В двух случаях опухоли оказались неоперабельными. В предоперационный период осуществляли рентгеноскопию органов брюшной полости и ректороманоскопию. Вопрос о первичном восстановлении кишечной непрерывности решался дифференцированно в зависимости от состояния и возраста больного, стадии опухолевого процесса, наличия и степени развития метастазов и сопутствующих заболеваний. Антибиотики широкого спектра действия использовались до, в ходе и после операции с целью подавления патогенной микрофлоры и предотвращения гнойно-септических осложнений. Основываясь на клинических данных, нами была выполнена радикальная операция по удалению опухоли у 14 больных с 3-й стадией КРР с метастазами и локализацией процесса в следующих областях. При выявлении опухоли в ободочной кишке определялись одиночные метастазы в печень (у 3 больных), которые иссекались с одновременным удалением опухолевого участка ободочной кишки. У двух больных из этой группы опухоль проросла в петли тонкого кишечника, в результате чего производилась резекция пораженного участка тонкого кишечника единым блоком с опухолью ободочной кишки. У больных с опухолью в области сигмовидной кишки отмечены метастазы в близлежащие лимфатические узлы (в 5 случаях), а также в тело матки и придатки у больных женского пола (в двух случаях). В этих случаях производилась одномоментная резекция опухоли с маткой и придатками, с удалением пораженных лимфатических узлов и с наложением колостомы или обходных анастомозов.

В 5 случаях локализация опухоли определялась в прямой кишке с метастазами в области брыжейки и в близлежащие лимфатические узлы (в 2 случаях), а также в матку и придатки больных женского пола (в 3 случаях). У этих больных была произведена резекция участка прямой кишки с удалением пораженных лимфатических узлов и части брыжейки, а также матки с придатками. Этим больным накладывались различные колостомы или обходные анастомозы. У всех больных на последнем этапе производилось восстановление проходимости кишечной трубки.

В послеоперационном периоде все больные получали соответствующее интенсивное восстановительное лечение, направленное на профилактику гнойно-септических осложнений, используя противобактериальные препараты широкого спектра действия, с восстановлением и нормализацией водно-электролитного и белкового баланса, с активным поддержанием функций жизненно-важных органов и систем [4, 5].

Послеоперационные осложнения были отмечены в 4 случаях, среди них несостоятельность анастомозов была отмечена в двух случаях, некроз низведенной кишки воз-

нику 1 больного, осложнившись параректальным абсцессом. У одного больного отмечено гнойно-септическое осложнение в области операционной раны с развитием внутрибрюшного абсцесса. Ранняя послеоперационная летальность отмечена в одном случае.

Результаты наших клинических наблюдений не выявили различий в прогнозе хирургического лечения среди больных мужского и женского пола, а также изменений в зависимости от локализации опухолевого процесса, степени распространения на близлежащие органы и ткани. Отдаленные результаты в сроки наблюдений от 12 месяцев до пяти лет были прослежены у 9 пациента из 14 оперированных. Четверо больных выбили из-под наблюдения в связи со сменой места жительства или неявкой на контрольные обследования, двое умерли в сроки от 3 до 5-х лет. Общая послеоперационная летальность составила 3 человека.

Таким образом, при разработке алгоритма диагностики и тактики лечения больных КРР, осложненным метастазами в ближайшие органы и ткани, нами учитывались не только степень распространенности опухолевого про-

цесса и объективная оценка общесоматического статуса, но и оценивались состояние больного, его возраст и возможности комплексного подхода при одномоментном хирургическом лечении данной патологии, что способствовало значительному снижению как числа послеоперационных осложнений, так и летальности [2, 5].

Выводы.

Лечение колоректального рака, осложненного метастазами, позволяет полагать правомерность избирательного и дифференцированного подхода к выбору тактики хирургического лечения. В зависимости от сложности и стадии опухолевого процесса, степени глубины и ареала распространения метастазов, возраста и состояния пациентов, может быть использован одномоментный подход по удалению опухоли и участков метастазированных органов и тканей. Такой подход может служить залогом высокой вероятности благоприятного исхода непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения колоректального рака, осложненного метастазами.

Список литературы

1. Алиев С.А. Тактика хирургического лечения послеоперационных осложнений у больных с обтурационной непроходимостью ободочной кишки опухолевой этиологии // Вестн. хирургии – 1999. - № 3. - С. 66-69.

2. Колесник Е.А., Хворостовский Р.Р., Лаврик Г.В., Губская В.З. Комбинированное лечение больных колоректальным раком с синхронными метастазами в печени с применением циторедуктивных операций и различных режимов химиотерапии // Онкология. - 2008. - №1. - С.36-37.

3. Лихтер М.С., Шелыгин Ю.А. Мультидисципли-

нарный подход к лечению больных колоректальным раком с вовлечением органов мочевыделительной системы // Хирургия им. Н.И.Пирогова. - 2012. - № 12. - С. 34-39.

4. Berretta S., Barbagallo S., Bonanno S. Our experience with the Hartmans operation in colorectal emergencies // Minerva Chir. - 2000. - Vol.55. - P. 247-258.

5. Egi H., Okajama M., Hinoi T. et al. Single-incision laparoscopic colectomy using the Gelport system for early colon cancer // Scand.J.Surg. - 2012. - Vol. 101, N 1. - P. 16-20.

Тұжырым
А.О.Тананян

В.А. Фанарджян атындағы Ұлттық Онкология Орталығы
Армения республикасының денсаулық сақтау
министрлігі, Ереван

Метастаздық колоректальды қатерлі ісігі бар науқастардың бір мезеттегі хирургиялық емі

Бұл жұмыста әр түрлі мүшелер мен тіндерге метастаз берген колоректальдықатерліісігі бар науқастарды бірмезеттегіхирургиялықемінің нәтижелері берілген. Сараланған көзқараспен хирургиялық тактиканы таңдау колоректальдықатерліісігінің хирургиялық емінің қолайлы нәтижеге қол жеткізуіне ықпалын тигізеді.

Түйінді сөздер: колоректальдықатерліісік, әр түрлі мүшелер мен тіндерге метастаз беру, сараланған көзқарас, бірмезеттегіхирургиялықемі.

Summary
A.O.Tananyan

National Center of Oncology im.V.A.Fanardzhyan
Ministry of Health of the Republic of Armenia, Yerevan

Simultaneous surgical treatment of patients with metastatic colorectal cancer

The paper gives the results of simultaneously surgical treatment of patients with colorectal cancer on metastatic in various organs and tissues. The differential manner to the selection surgical tactics perhaps to be high probability of immediate and remote favourable outcomes of surgical treatment of colorectal cancer.

Key words: colorectal cancer, metastatic in various organs and tissues, differential manner, simultaneously surgical treatment.

УДК:616.22-006-07

Ғ.Б.Әділбаев

Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

Көмей қатерлі ісіктері жәнә оның алдын алу жолдары

Тұжырым. Мақалада көмей қатерлі ісіктерінің таралуы, оның пайда болуының себебі, қатерлі және қатерсіз ісіктердің салыстырмалы клиникасы, тексеру мен емдеу әдістері және оның алдын алу жолдары көрсетілген.

Түйінді сөздер: көмей қатерлі ісіктері, клиникалық белгілері, тексеру, емдеу әдістері, алдын алу жолдары.

Бас және мойын қатерлі ісіктерінің арасында жиі кездесетін қатерлі ісіктерге көмей обыры жатады және оның шамамен 27% құрайды. Жылына Қазақстанда 400 ге жуық көмей қатерлі ісіктерімен ауырған науқас адамдар есепке алынады. Мысалы 2014 жылы 439 аурулар есепке алынса, оның 398 і еркектер болды, науқастардың 57,2% 111-1У стадиясында тіркелді. Бұл сатыларда ауруларға күрделі емдер қолданылады және көбісінде оталық тәсіл қолданып, көмекей толық алынып тасталады да, ауру өмір бақи мүгедек болып, қоғамда қиын жағдайда өмір сүреді. Сондықтан аурудың алдын алу жолдарын жетілдіру, ауруларға уақытында диагноз қою үлкен өзекті мәселе болып есептеледі.

Көмей қатерлі ісіктері пайда болуы үшін әсер ететін себептердің ішінде бірінші орынды темекі тарту алады. Ғылыми зерттеулердің нәтижесінде, 15-20 жылдан астам артық темекі тартатын адамдардың көмейінде әр-түрлі аурудың түрі табылды және көмей қатерлі ісіктерімен ауырған науқастардың 98% темекі тартатын адамдар болды. Сонғы жылдары адамдардың папиллома вирусының көмей қатерлі ісігінің пайда болуына әсері анықталды.

Алкоголь де көмей рагінің пайда болуына әсер етеді. Темекі шегу және арақ өнімдерін жиі ішу көмейдің шырышты қабаттарында өзгерістер туғызып қатерлі ісіктердің пайда болуына себеп болады. Сыртқы ортада канцерогендік әсері бар заттардың (бензол, мұнай және оның өнімдері, химиялық, металлургиялық, құрылыс өндірістерінің шаң-тозаңы, радиоактивті элементтер) көбейуі де үлкен әсер етеді. Әр-түрлі елдердің статистикалық ақпараттарында көмей рагімен ауыратын науқастардың басым көпшілігін мұнай өнімдерімен (шоферлар, механизаторлар), фенолды қарамайымен, кен шығару орындары мен асбест дайындайтын фабрикаларда көп уақыт жұмыс істейтін адамдармен, жұмыс кезінде мамандығы бойынша көп сөйлейтін ксілердің (педагогтар, заңгерлер, диспетчерлер) құрайтынын көрсетеді.

Көмекей ісігінің пайда болуына рақалды аурулары да әсер етеді. Олардың екі түрі болады: облигатты жәнә факультативті. Облигатты рақалды ауруларына папиллома, пахидермия жәнә дискератоздар кіреді. Бұлардың ішінде жиі кездесетіні папиллома жәнә папилломатоз ауруы. Олар көмейдің қатерсіз ісіктерінің 40 пайызын құрайды, ғылыми деректер бойынша, уақытында емделмесе, 10% тен 20% ке жуық папилломалар қатерлі ісікке айналады. Факультативті рақалды ауруына фиброма, аденома, липома, хондрома, гемангиома, лимфангиома жатады.

Рақалды ауруларынан басқа көмейдің шырышты қабатының қабынуы қатерлі ісіктердің пайда болуының алғашқы мезгілі болуы мүмкін. Әр-түрлі авторлардың жазуы бойынша, созылмалы гиперпластикалық ларингит толық емделмесе 5 пайызға жуық науқастарда қатерлі ісіктерге айналады.

Көмейді дәрігерлер үш қабатқа бөледі, әр бөліктің өзінетән қатерлі ісіктердің ерекше белгілері (симтомдары) бар. Егер қатерлі ісік көмейдің жоғарғы немесе кіреберіс бөлігінде пайда болса (50-60%), алғашқы кезде ауру тамағы жыбырлап, аздан кейін оның ісінгенін, тамағында өтпей бөтен бір зат тұрғандай сезім пайда болады. Кейін оған шаншу (ауру сезімі) қосылады, жұтынған кезінде ауырады, тамақтан шыққан шаншу құлаққа да беріледі. Бұл кездерде науқас дәрігерлерге қаралмаса, ауру асқынып оның дауысы өзгереді, кейін тыныс жолдары тарылады.

Егер ауру алдымен көмекейдің ортаңғы бөлігінде пайда болса (30-40%), алдымен ауру адамның даусы өзгереді (қарлығады). Бұл кезде аурулардың көбі оны темекінің әсері, немесе көп сөйлеуден деп ойлайды. Айта кететін тағы бір жай, дауыс қарлығуы суықтың әсерінсіз кенеттен пайда болады. Егер осы уақыттарда ауру адам дәрігерлерге қаралмаса ауру асқынып оның дауысы мүлдем шықпай қалады, тыныс жолдары тарылып ентіге бастайды, кей кезде жоғарғы тыныс жолдары мүлдем бітеліп қалып науқасқа жедел операция жасауға тура келеді.

Ауру көмейдің төменгі бөлігінде пайда болса (5-7%), оның тағы да алдымен дауысы өзгереді, ісік өскен сайын біртіндеп тыныс жолдары тарылып ентігеді.

Кей кездерде аурудың алғашқы белгісі – мойын бездерінің шошынуы, ісіп үлкен болуы, одан кейін ғана дауыстың өзгеруі жәнә тыныс жолдарының тарылуы (ентігу) басталады.

Сонымен көмейде қатерлі ісіктер пайда болған кезде мынандай белгілермен (симтомдармен) білінеді: тамақтың жыбырлап оның қабынуы, тамақта өтпей бөтен зат тұрған сияқты сезім, жұтынған кезде ауруы, шаншудың құлаққа берілуі, дауыстың өзгеруі-қарлығуы, шықпай қалуы, тыныс жолдарының тарылуы, ауа жетпей ентігуі жәнә мойын бездерінің ісінуі.

Диагноз қою үшін дәрігерлер науқастардың шағымын сұраған соң пальпация, жанама ларингоскопия арқылы көмейді қарайды. Толық диагноз қою үшін фиброларингоскопия, рентгенологиялық, ультрадыбыс арқылы зерттеу әдістерін қолданады. Зерттеудің ең соңында ісіктен биопсия жасап оған морфологиялық зерттеу жүргізеді.

Қазіргі уақытта көмей қатерлі ісіктерін емдеу үшін радиологиялық (сәулемен емдеу), хирургиялық жәнә дәрімен (химиотерапевтік) емдеу әдістері қолданады. Егер аурудың алғашқы сатыларында (1-11 стадия) сәуле мен хирургиялық тәсілдерді қолдану арқылы науқастардың 80-90% толық емдеу жазуға мүмкіндік болса, аурулардың асқынған стадияларында күрделі емдеулер қолдану арқылы (көбісінде оталық тәсіл қолданып,

көмекей толық алынып тасталады) 40-55% науқас адамдар жазылады. Ларингэктомия отауынан кейін науқастың сөйлеу қабілетін қалпына келтіру үшін дауыс протезі, электронді көмей немесе логопедиялық әдістер қолданылады. Бүгінгі күндерде көмей қатерлі ісіктерін

алдын алу жолы – салауатты өмір сүру. Темекі тартпау, арақ ішпеу, жоғарыдағы біз жазған аурулардың белгілері пайда болғандарда ғана дәрігерлерге қаралмай, жыл сайын алдын-ала тексерілу, рақалды ауруларын уақытында емдеу.

Қолданылған әдебиеттер

1. Нургазиев К.Ш., Байпейсов Д.М., Ауезова Э.Т. и др. Показатели онкологической службы РК за 2014 г. (статистические материалы).- Алматы, 2015.

2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. –М., 2013.- С.170-198.

3. Адильбаев Г.Б., Абисатов К.А., Адильбай Д.Г. Избранные главы опухолей головы и шеи. -Алматы, 2015.- С.137-174.

Аннотация
Г.Б.Адильбаев

Казахский научно-исследовательский институт
онкологии и радиологии

Рак гортани: диагностика и профилактика

В статье представлены заболеваемость злокачественными опухолями гортани в Республике Казахстан, причинные факторы, его клиническое проявление, методы дифференциальной диагностики, лечения, реабилитации и профилактики.

Ключевые слова: рак гортани, клиника, диагностика, лечение и профилактика

Summary
G.Adilbayev

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

Cancer of the larynx: diagnostics and prevention

The article presents the morbidity of malignant tumors of the larynx in the Republic of Kazakhstan, causal factors, its clinical manifestation, methods of differential diagnostics, treatment, rehabilitation and prevention.

Keywords: cancer of the larynx, clinic, diagnostics, treatment and prevention

УДК: 616-006:615.849

Е.И.Ишкинин, Н.С.Нургалиев, Б.Т.Онгарбаев, Ж.А.Тельгузиева, С.И.Ким
Казахский НИИ онкологии и радиологии МЗ РК, г. Алматы

Доступность высокотехнологичных методов лечения рака предстательной железы населению Казахстана

Аннотация. Необходим анализ доступности для населения Казахстана радикальных методов лечения рака предстательной железы (РПЖ) при сохранении качества жизни пациента. Для РПЖ у нас внедрены следующие методы лечения – оперативное лечение РПЖ – радикальная простатэктомия, лучевая терапия (ЛТ), лекарственная терапия. Увеличился доступ к высокотехнологичным методам ЛТ при РПЖ: конформная ЛТ, интенсивно-модулированная ЛТ, управляемая по изображениям ЛТ, низкодозная брахитерапия. Больные РПЖ, могут получить полный объем лечения без выезда за рубеж. Улучшение результатов лечения обеспечивает более продолжительную и качественную жизнь пациентов.

Ключевые слова: рак предстательной железы, методы лечения, дистанционная лучевая терапия, брахитерапия.

Актуальность. Рак предстательной железы (РПЖ) – одна из ведущих причин смерти мужчин пожилого возраста от злокачественных опухолей в мире. В структуре смертности среди всех ЗН в мире, у мужчин РПЖ занимает 1-ое ранговое место (6,6%). В 2012 году во всем мире умерло 307 000 больных РПЖ [1]. Надежды сократить число смертей от рака простаты основаны на двух тактиках: ранней диагностике и эффективном лечении болезни на ее начальной стадии. В настоящее время специалисты, занимающиеся проблемой лечения РПЖ, оказались перед проблемой выбора такого подхода, когда при адекватных затратах достигается максимальная эффективность при практически сохранном качестве жизни пациента. Особенно на ранних стадиях заболевания, когда необходимо применить достаточно радикальный метод лечения и при этом не ухудшить качество жизни пациента.

Цель: анализ доступности радикальных методов лечения РПЖ населению Казахстана.

Материалы и методы. Согласно внедрению программы по развитию онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы, наряду с ранней диагностикой проводятся мероприятия по усовершенствованию методов лечения и доступности для жителей страны вне зависимости от места проживания. С 2006 года внедрены периодические протоколы диагностики и лечения. Данные протоколы соответствуют международным рекомендациям, адаптированы к нашим условиям. Периодически раз в три года происходит переиздание данного руководства, в связи с появлением новых методик лечения, результатов клинических испытаний. Для РПЖ у нас внедрены следующие методы лечения – оперативное лечение РПЖ – радикальная простатэктомия, лучевая терапия (ЛТ), лекарственная терапия. В 2014 года из 1289 больных РПЖ 474 больных закончили специализиро-

ванное лечение 378 больных продолжают лечение, таким образом, у 12% впервые выявленных больных либо имелись противопоказания к специализированному лечению из-за сопутствующих заболеваний, тяжелого соматического статуса и т.д., либо предпринята выжидательная тактика). При этом, 25,8% получили только хирургическое лечение – радикальная простатэктомия, 17,1% – только лучевую терапию, 20,6% комплексную терапию, включающую хирургическое лечение и гормонотерапию или лучевая терапия с гормональной терапией; операцию с лучевым лечением 3,3%, лекарственную в сочетании с лучевой терапией – 2,8%. только лекарственную терапию (гормонотерапия, химиотерапия) получило 30,8% больных. [2] Проводится обучение специалистов всех профилей – онкоурологов, химиотерапевтов и лучевых терапевтов. Проводится мультидисциплинарный подход в диагностике и лечении РПЖ.

Результаты. Радикальная простатэктомия при РПЖ в КазНИИОнР впервые стала выполняться с 2008 года. В дальнейшем количество оперативных вмешательств увеличивалось за счет повышения технического уровня специалистов, а так же в результате внедрения на территории РК скрининга РПЖ, благодаря чему значительно увеличилось число больных с впервые выявленными ранними формами. В настоящее время операции радикальной простатэктомии проводятся в регионах: Западно-Казахстанская, Павлодарская, Восточно-Казахстанская, Акмолинская, Костанайская, Кызылординская, г. Алматы, г. Астана. Хочется отметить хорошее лекарственное обеспечение в нашей стране. Все пациенты обеспечены достаточным количеством гормонов, химиопрепаратов необходимых для лечения РПЖ, в том числе и кастрат-резистентного. За последние годы значительно эволюционировали лучевые методы лечения. При этом роль ЛТ в обозримой перспективе будет расти, так как с применением современных линейных ускорителей это высоко-эффективный и не агрессивный для пациента метод лечения. Лучевая терапия необходима около 60% пациентов РПЖ. (BOSANQUET, N., SIKORA, K., The Economics of Cancer Care, Cambridge University Press, Cambridge 2007). Современными методиками лучевой терапии являются: конформная ЛТ (3D-КЛТ), интенсивно-модулированная ЛТ (IMRT). Для визуализации и непрерывного контроля и коррекции поля облучения применяют ЛТ управляемую по изображениям – Image Guided Radiotherapy (IGRT). Это более персонализированные, адаптивные и точные методики доставки высокой дозы и контроля облучения пациента. В мировой практике эти методики применяются достаточно давно. В Казахстане в настоящее время 12 относительно современных линейных ускорителей (рисунок 1).

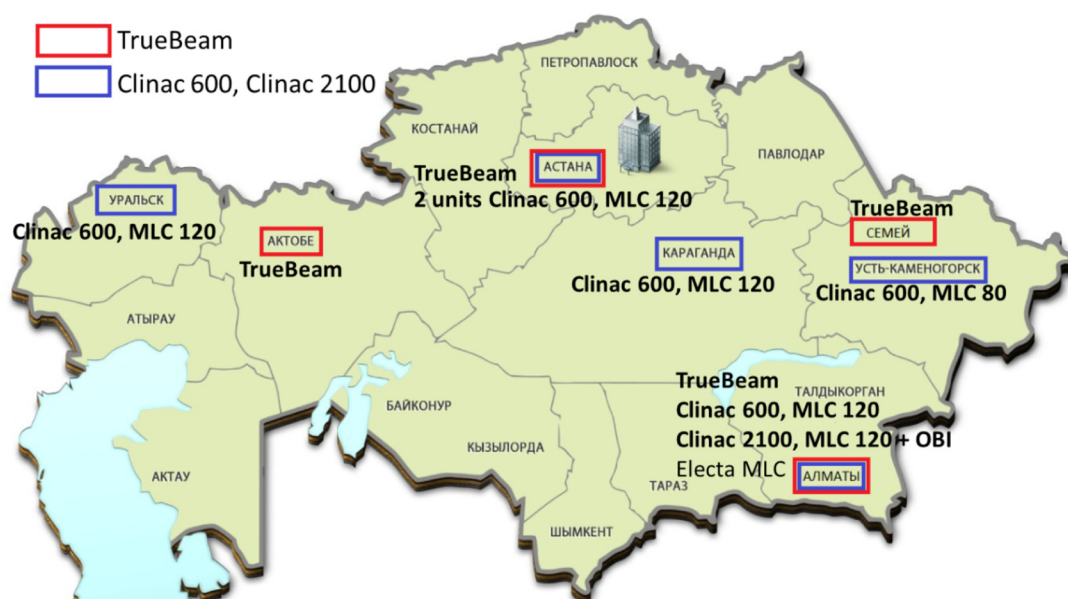


Рисунок 1 – Распределение линейных ускорителей по территории Казахстана

Линейных ускорителей с одним фотонным пучком («Clinac 600») – 6 ед., (из них модернизация 4 с дооснащением их мультилифтными коллиматорами) на этих аппаратах можно применять конформное облучение. С 2015 года в высокотехнологичных центрах радиационной онкологии (ВЦРО) работают 4 современных линейных ускорителя TrueBeamStx (КазНИИОиР, ГОД г. Астана, РОД г. Семей и МЦ ЗКГМУ им. М. Оспанова г. Актобе). На этих аппаратах, а также на «Clinac 2100» – 1 ед. с двумя энергиями фотонных пучков и наличием приставки «On-BoardImager» возможно проводить облучение в фотонном и электронном режимах, применять конформное, IMRT и IGRT. Процедурные протоколы этих высокотехнологичных методик и их калькуляция были утверждены в 2014 – 2015 годах. В рамках подготовки к работе на данном аппарате специалисты КазНИИОиР и изрегиональных ВЦРО прошли обучение в ведущих центрах радиационной онкологии Латвии, Кореи, Германии, Швейцарии, Белоруссии и России. Радиологическая служба КазНИИОиР в настоящее время осуществляет следующие новые технологии для лучевой терапии больных РПЖ: IMRT, в том числе и ротационная, IGRT, низкодозная брахитерапия. Так если ранее при лучевом лечении РПЖ применя-

лась двухпольное облучение либо с секторной ротацией на гамма-аппарате и конвенциональная 2D ЛТ, которая не позволяла подвести необходимую лучевую дозу на простату и вызывала значительные лучевые реакции со стороны близлежащих органов. Однако в настоящее время в ЛТ произошли изменения. Самым простым методом ЛТ из современных, является трехмерная конформная лучевая терапия, при которой тонкими лепестками, смонтированными в головку лучевого аппарата, задаются фигурные поля облучения, характерные для объема опухоли. Следующей ступенью является IMRT, она позволяет более бережно облучить только пораженный опухолевый участок с максимальной интенсивностью лучевой дозы при снижении лучевой реакции со стороны окружающих органов и тканей, что позволяет пациенту получить значительную дозу облучения при сохранении высокого качества жизни. При планировании этой методики создаются 5-12 полей, равномерно распределенных по окружности. Во время облучения изменяются форма пучка излучения и интенсивность дозы, которые зависят от объема опухоли. И ее усовершенствованная методика, ротационная интенсивно-модулированная лучевая терапия (рисунок 2).

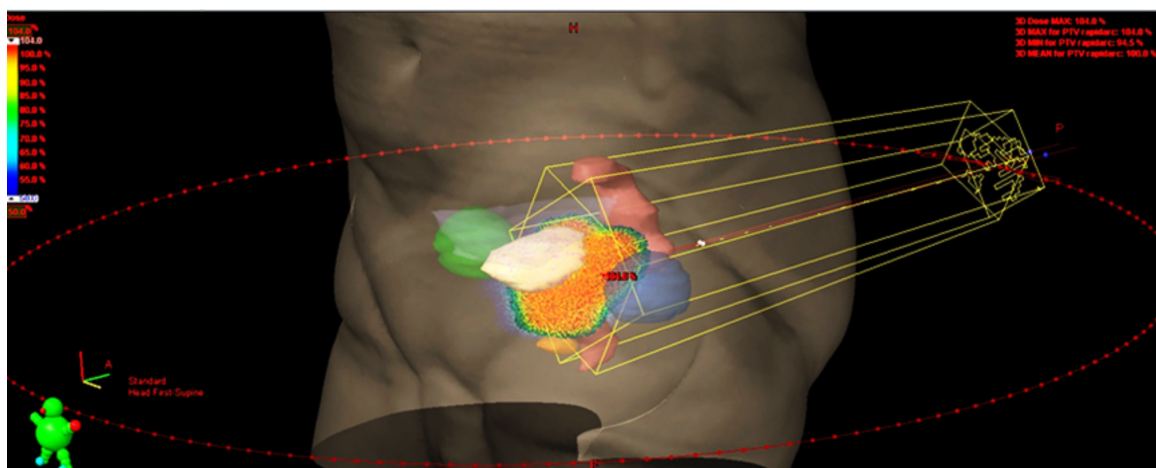


Рисунок 2 – ротационная IMRT пациента РПЖ

Важным аспектом является контроль подведения этих высоких доз с ежедневным выполнением визуализации области облучения. Используется установленная на ускорителе систему получения рентгеновских снимков перед сеансом облучения по полученным снимкам определяют позицию пациента. Роботизированное управление лечебным столом позволяет за несколько секунд выполнить коррекцию положения пациента по 6 направлениям. Это обеспечивает точное попадание пучка излучения по мишени. Однако при раке простаты необходима более детальная верификация, так как положение опухоли зависит от степени наполнения и вза-

имоположения мочевого пузыря и прямой кишки. Для этого после укладки пациента на лечение на аппарате, производится компьютерная томография с трехмерной реконструкцией и сравнением области облучения с запланированной.

С этого года внедряется низкодозная брахитерапия - это комбинация хирургического и лучевого лечения РПЖ. При этом происходит внедрение в ткань предстательной железы закрытых микрокапсул, содержащих радиоактивный изотоп йода, под контролем ультразвукового аппарата с использованием дозиметрического планирования в режиме онлайн (рисунок 3,4).



Рисунок 3 – Подготовка к низкодозной брахитерапии РПЖ

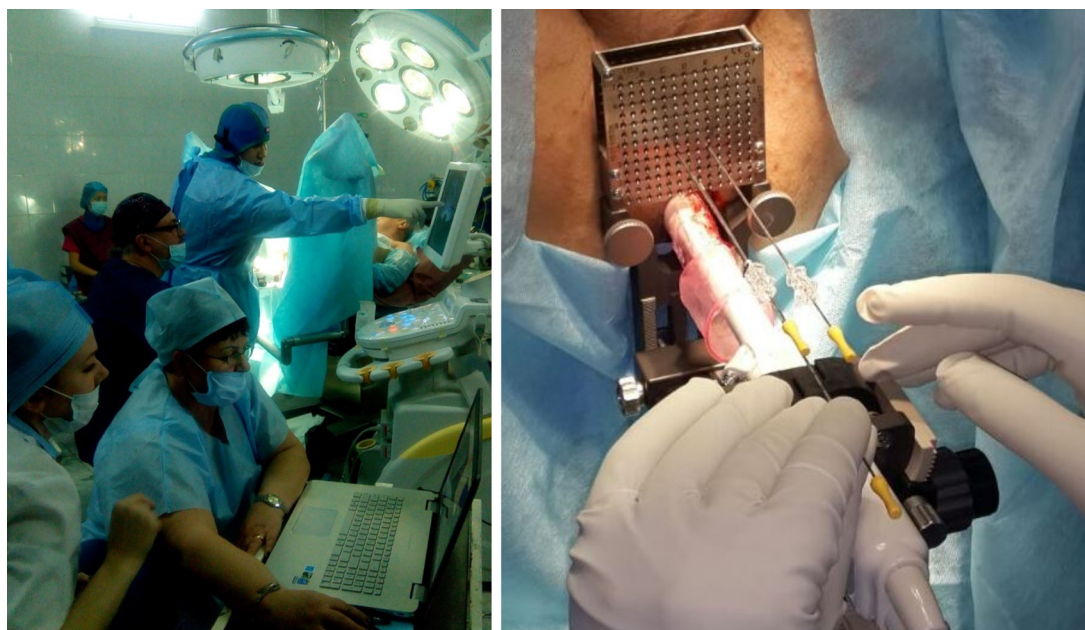


Рисунок 4 – Низкодозная брахитерапия РПЖ

Этот метод позволяет при помощи специальных аппаратов, программ и самое главное слаженной мозговой работы команды специалистов за несколько часов под-

вести наивысшую дозу излучения непосредственно в опухоль. (рисунок 5)

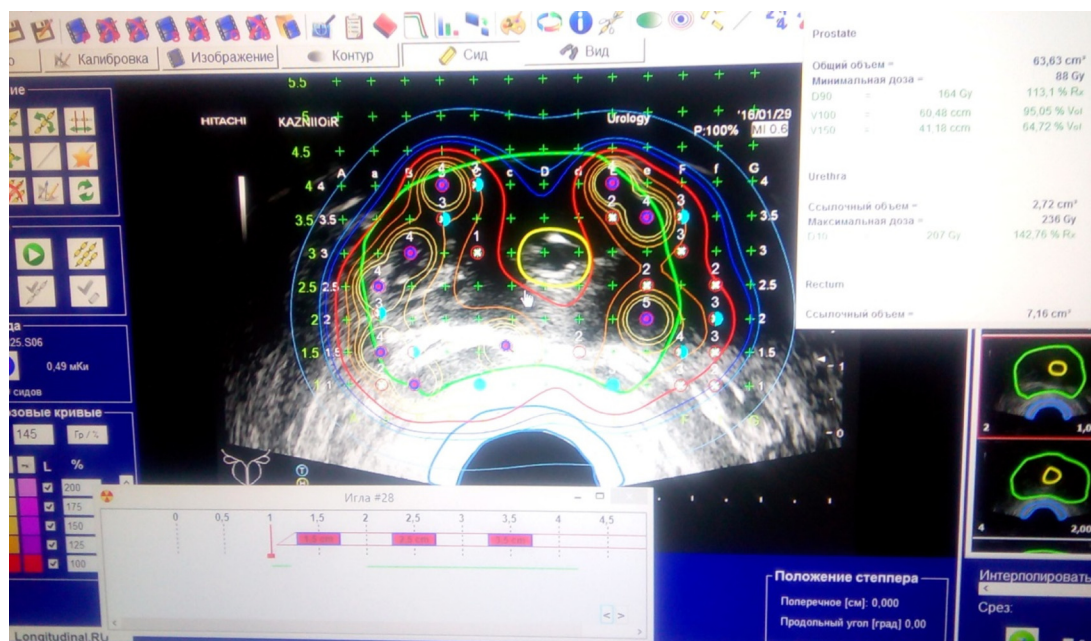


Рисунок 5 – Дозиметрическое планирование при низкодозной брахитерапии РПЖ

Внутритканевая лучевая терапия имеет ряд преимуществ: не требует длительного пребывания в стационаре, характеризуется коротким периодом реабилитации и низким уровнем ассоциированных осложнений, а именно низкий процент недержания мочи, осложнений со стороны прямой кишки, высокая степень сохранения потенции. Пациенты на следующий день после операции выписываются из больницы и возвращаются в обычный ритм жизни.

Выводы. За последние годы увеличился доступ к высокотехнологичным методам лечения для больных РПЖ, особенно на ранних стадиях, они могут получить полный объем лечения без выезда за рубеж. Улучшение результатов лечения обеспечивает более продолжительную и качественную жизнь пациентов.

Список литературы

1. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 / The International Agency for Research on Cancer, Lyons, France // <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
2. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Ж., Байнеусов Д.М. Показатели онкологической службы РК за 2013 г. (статистические материалы, электронный формат).
3. Нургазиев Н.С., Жылкайдарова А.Ж., Ишкинин Е.И. Руководство по проведению скрининга целевых групп мужского населения на раннее выявление рака предстательной железы и обеспечению его качества / под редакцией д.м.н. Нургазиева К.Ш. – Алматы, 2013. – 71 с.
4. Рак предстательной железы // Периодические протоколы диагностики и лечения злокачественных новообразований. – Алматы, 2012. – С. 325-377.
5. American Society for Therapeutic Radiology and Oncology Consensus Panel. Consensus statement: guidelines for PSA following radiation therapy // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 1997.-Vol.37.-P.1035–41.
6. Ash D., Flynn A., Batterman J., de Reijke T., Lavagnini P., Blank L. ESTRA/EAU Urological Brachytherapy Group; EORTC Radiotherapy Group. ESTRO/EAU/EORTC recommendations on permanent seed implantation for localized prostate cancer // *Radiation Oncol.* – 2000.-57, N 3.-P.315–21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11104892>
7. Merrick G.S., Butler W.M. Modified uniform seed loading for prostate brachytherapy: Rationale, design, and evaluation // *Tech. Urol.* – 2000.-N 6.-P.78-684.
8. Biochemical failure following radiotherapy with or without hormonal therapy in men with clinically localized prostate cancer: Recommendations of the RTOG ASTRO Phoenix Consensus Conference // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* – 2006.-Vol.65.-P.965-974.

Тұжырым

Е.И.Ишкинин, Н.С.Нургалиев, Б.Т.Онгарбаев,
Ж.А.Тельгузиева, С.И.Ким

Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу
институты

**Қазақстан халқына қуық асты безі қатерлі ісігін
емдеуіндегі жоғары технологиялық әдістердің қол
жетімділігі**

Қазақстан халқына қуық асты безінің қатерлі ісігінің радикалды емдеу әдістерінің (науқастың өмір сапасын сақтай отырып) қол жетімділігінің анализі қажет етеді. Қуық асты безінің қатерлі ісігін емдеуінде келесі әдістер еңгізілді – қуық асты безінің қатерлі ісігінің оперативті емі – радикалды простатэктомия, сәуле терапиясы (СТ), дәрілік терапия. Қуық асты безінің қатерлі ісігі кезіндегі сәулелік терапияның жоғары технологиялық әдістеріне қол жетімділік артты: конформды СТ, қарқынды-модулирленген СТ, бейне бойынша басқармалы СТ, төмен-дозалық брахитерапия. Қуық асты безінің қатерлі ісігі бар науқастар шетелге бармай толық көлемде ем ала алады. Емдік нәтижелерді жақсарту науқастардың сапалы және ұзақ өмір сүруіне ықпал етеді.

Түйінді сөздер: қуық асты безінің қатерлі ісігі, емдеу әдістері, қашықтықты сәуле теарпиясы, брахитерапия.

Summary

E.I.Ishkinin, N.S.Nurgaliyev, B.T.Ongarbayev, Zh.F.
Telguziyeva, S.I.Kim

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

**The availability of high-tech methods of prostate
cancer treatment for the population of Kazakhstan**

Requires analysis of accessibility for the population of Kazakhstan radical methods of treatment of prostate cancer (PCa), while maintaining the patient's quality of life. For prostate cancer we implemented the following treatments - surgical treatment of prostate cancer - radical prostatectomy, radiation therapy (RT), drug therapy. Increase access to high-tech methods of radiotherapy in prostate cancer: conformal radiotherapy, intensity modulated radiation therapy, image guided RT, low-dose brachytherapy. Patients with prostate cancer may receive the full treatment without traveling abroad. Improving treatment outcomes provides a longer and quality of life of patients.

Key words: prostate cancer, methods of therapy, external beam therapy, brachytherapy.

УДК: 616.62-006-08

Т. Т. Аманов, Г. Х. Жайтлеуов

ГКП на ПХВ «Областной онкологический диспансер ЗКО», г. Уральск

Внедрение радикальной цистэктомии в лечении инвазивного рака мочевого пузыря в хирургическое отделение онкодиспансера

Аннотация. Заболеваемость раком мочевого пузыря ежегодно возрастает по отношению к частоте рака большинства других локализаций. В структуре онкологической заболеваемости населения Казахстана РМП занимает 15 (Ж.А. Арзыкулов с соавт., 2006). Среди всех онкоурологических заболеваний рак мочевого пузыря занимает 2 место после рака предстательной железы.

На сегодняшний день основным методом лечения инвазивного РМП является радикальная цистэктомия. По данным многочисленных исследований после радикальной цистэктомии общая 5-летняя выживаемость составляет 40-60%, что говорит об улучшении результатов лечения.

Материал и методы. Пролечено всего 28 больных раком мочевого пузыря (МП). Проведено оперативное вмешательство: в 8 случаях - резекция МП, в 12 случаях - ТУР МП и в 8 случаях - цистэктомия с илеопластикой по Бриккеру (ВСМП).

Заключение. Снизились общие показатели летальности и запущенности РМП. Улучшилось качество жизни больных РМП, перенесших цистэктомию и операцию отведения мочи. Проведение данных операций возможно у больных пожилого и старческого возраста. Увеличилось качество и продолжительность жизни больных с РМП.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, оперативное вмешательство, радикальная цистэктомия.

Актуальность: Заболеваемость раком мочевого пузыря ежегодно возрастает, особенно в индустриально развитых странах, как в абсолютном числовом выражении, так и по отношению к частоте рака большинства других локализаций. Вместе с тем своевременная диагностика опухолей мочевого пузыря и лечение больных с данной патологией остаются сложными и актуальными проблемами современной онкологии, составляя 70% новообразований органов мочевого тракта и около 4% в структуре всей онкологической патологии. Среди всех онкоурологических заболеваний рак мочевого пузыря занимает 2 место после рака предстательной железы. Это связано со многими анатомо-физиологическими особенностями мочевого пузыря, склонностью опухоли к рецидивированию (частота возникновения рецидивов после органосохраняющих операций составляет 50-90%) и множественности поражения (нередко наблюдаются 2, 3 и более опухолей, тотальное опухолевое поражение).

Эпидемиология. Рак мочевого пузыря в первую очередь поражает мужчин. Соотношение мужчин и женщин, страдающих этим заболеванием, равняется 88:12. Причина возникновения рака неизвестна, но абсолютно доказанными являются профессиональные вредности. Сегодня известны около 40 профессий с высоким риском заболеваемости раком мочевого пузыря, большинство из которых относятся к резиновой и красильной промышленности. Ведущее значение в этиологии рака мочевого пузыря имеют курение и привычка длительно задерживать мочу в мочевом пузыре.

Статистические данные в настоящее время свидетельствуют о росте онкоурологической заболеваемости во всем мире, в частности, рак мочевого пузыря в структуре онкозаболеваний США вышел на 5-е место.

В структуре онкологической заболеваемости населения Казахстана РМП занимает 15 ранговое место, составляя 4,0 на 100 тысяч населения (Арзыкулов Ж.А. с соавт. 2006). Из них 84% приходится на долю мужчин, 16% - на долю женщин.

Эпидемиология рака мочевого пузыря в Западно-Казахстанской области за 2004-2013 гг.

За период исследования по Западно-Казахстанской области зарегистрировано 260 больных, что составляет в структуре злокачественных опухолей - 0,08%.

В Западно-Казахстанской области показатели заболеваемости по возрастным группам были неоднородными (рисунок 1). Анализ заболеваемости данной локализации в области показал, что показатели заболеваемости зарегистрированы в возрастной группе среди лиц 00-29 и 30-39 лет только у мужского населения (0,1%000 и 0,5%000 соответственно). В возрастных группах 40-49 лет показатели варьировались с 0,9%000 до 3,4%000. Картина роста наблюдается среди лиц 50-59 лет у мужского населения (18,6%000), у женщин до 1,5%000. Высокая заболеваемость рака мочевого пузыря в области зарегистрирована среди лиц 60-69 лет мужского населения 36,4%000, у женщин 2,8 %000 соответственно.

Пик заболеваемости данной локализации отмечается в возрастной группе 70 лет и старше. У мужчин (88,6%000), у женского населения (11,6%000).

Повозрастные показатели заболеваемости рака мочевого пузыря мужского и женского населения области за этот период выросли с увеличением возраста населения и имели бимодальный характер роста.

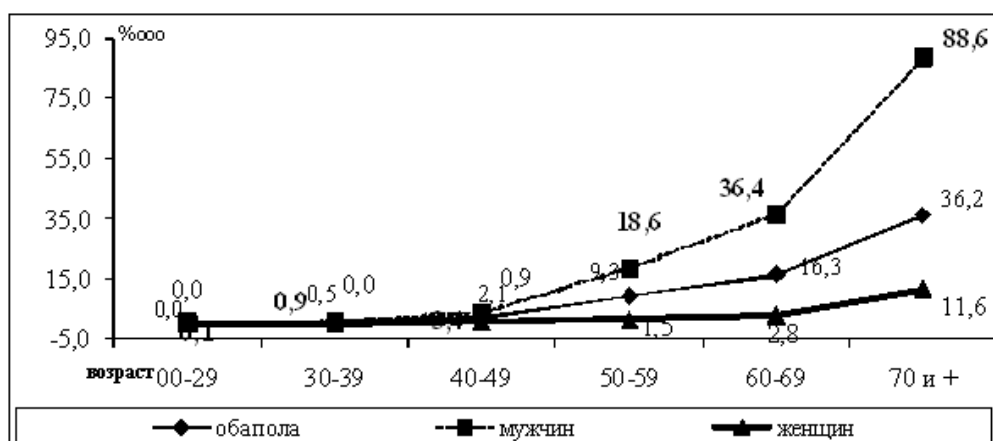


Рисунок 1 - Среднегодовые половозрастные интенсивные показатели заболеваемости рака мочевого пузыря населения Западно-Казахстанской области за 2004-2013 гг.

Динамика заболеваемости (рисунок 2) рака мочевого пузыря в Западно-Казахстанской области характеризуется колебаниями с 4,6‰ (2004г.) до 3,7‰ (2007г.), затем в 2008 году отмечается рост до 5,7‰, и в конце исследования данный показатель составил 4,7‰ (2013г.). Темпы интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости данной локализации составили $T_{ин} = -0,06\%$ и $T_{ст} = -0,08\%$ соответственно.

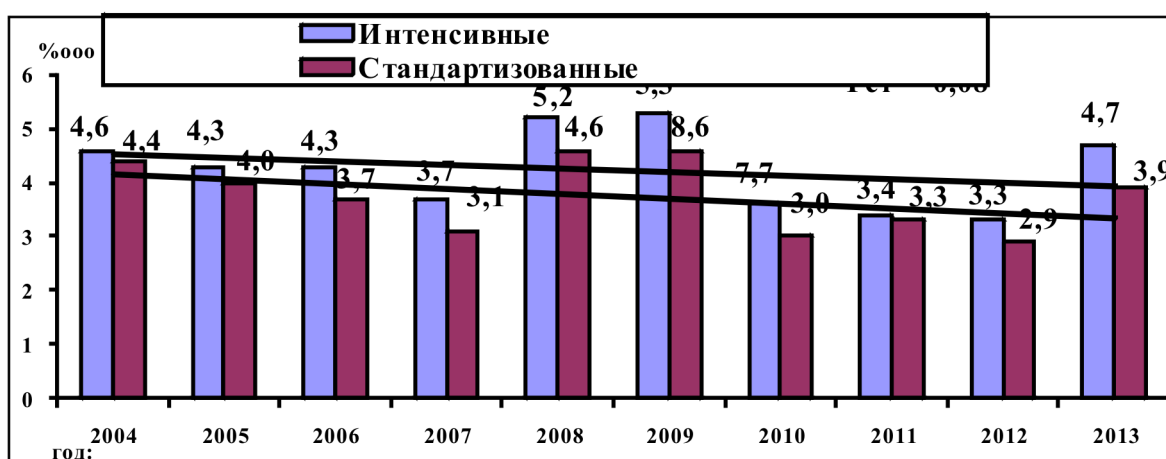


Рисунок 2- Интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости рака мочевого пузыря населения Западно-Казахстанской области за 2004-2013гг.

Среди мужского населения области показатели заболеваемости начиная с 8,2‰ (2004г.) имели тенденцию снижения до 6,1 ‰ (2007г.), затем последовал рост заболеваемости до 9,7‰ (2009г.), в конце исследуемого периода показатель составил 8,0‰ (рисунок 3).

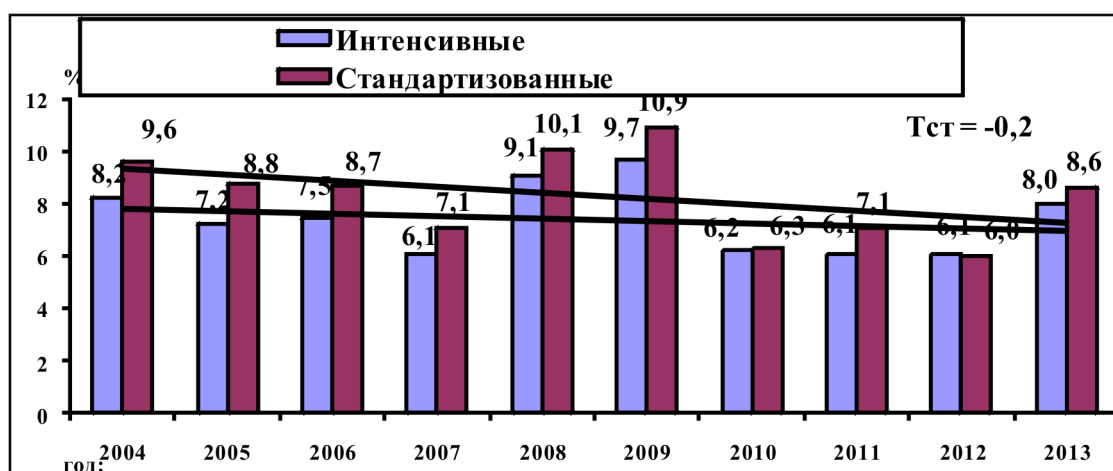


Рисунок 3- Интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости рака мочевого пузыря мужского населения Западно-Казахстанской области за 2004-2013гг.

Динамика заболеваемости данной локализации среди женского населения характеризуется колебаниями в виде показателя до 1,6‰ в середине изучаемого периода с последующим снижением до 0,6‰ (2012 г.) в последнем году исследования составил 1,6‰ (рисунок 4).

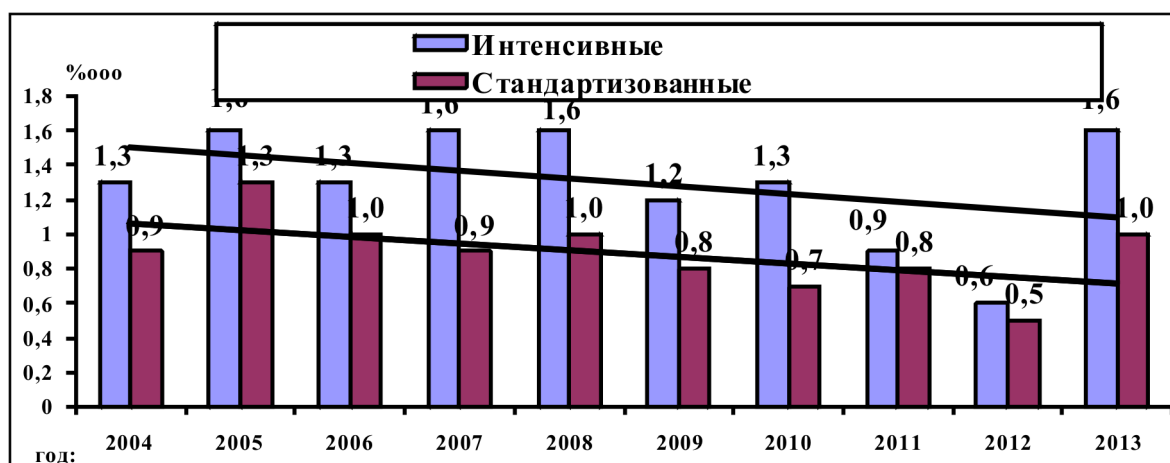


Рисунок 4– Интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости рака мочевого пузыря женского населения Западно-Казахстанской области за 2004-2013гг.

Удельный вес рака мочевого пузыря всего населения в Западно-Казахстанской области был высоким (Рис.5) в возрастных группах 60-69 лет (23,1%) и 70 лет и старше (45,8%) и имеет бимодальный характер роста. У мужчин удельный вес в данных возрастных группах составляет 25,13 %, и 42,5 % соответственно. У женщин высокие показатели наблюдались в возрасте 70 лет и старше 63,4%. Высокие показатели в указанной возрастной группе среди женщин обусловлены малым количеством зарегистрированных больных по данной локализации.

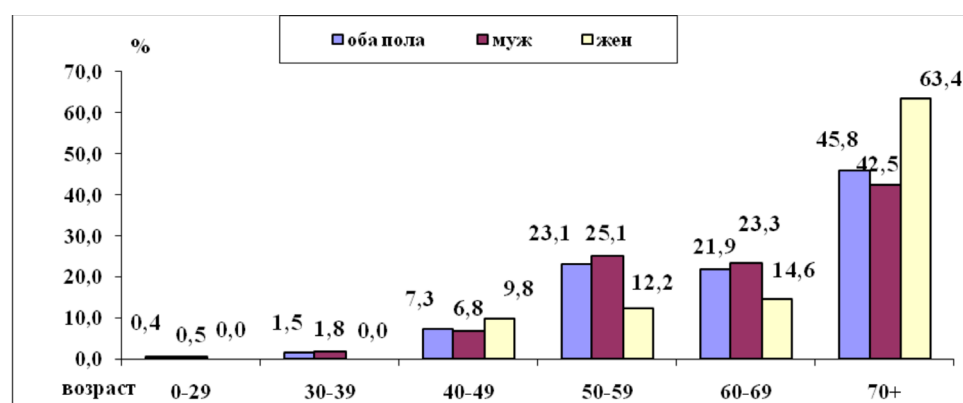


Рисунок 5 – Удельный вес рака мочевого пузыря по возрастным группам населения Западно-Казахстанской области за 2004-2013гг.

Таким образом, анализ динамики заболеваемости рака мочевого пузыря в Западно-Казахстанской области показал, что общий среднегодовой интенсивный показатель заболеваемости составил $4,2 \pm 0,2$ ‰, стандартизованный (мировой) – $3,8 \pm 0,2$ ‰. Пик высокой заболеваемости отмечен среди лиц 70 лет и старше как у мужского, так и женского населения области.

Сложность диагностики рака мочевого пузыря на начальных стадиях объясняется бессимптомной картиной заболевания. У большинства пациентов причиной обращения к урологу служит гематурия, появляющаяся, чаще всего, на II-III стадиях заболевания.

Увеличение показателей заболеваемости раком мочевого пузыря по Западно-Казахстанской области, а так же увеличение доли пациентов с начальной стадией РМП - объясняется улучшением уровня амбулаторной диагностики на уровне ПМСП. На сегодняшний день,

практически все урологические кабинеты городских поликлиник и ряда районных больниц оснащены диагностическими уретероскопами, что значительно упрощает процесс диагностики рака мочевого пузыря на начальных стадиях.

В 2014 году на учет взято всего 32 человек. Из них на I - II стадии 18 чел. За 9 месяцев 2015 года на учет взято всего 122 человек. Из них на I – II стадии 26 чел.

С приобретением Видеоэндоскопического комплекса для урологии фирмы Карл Шторц, Германия, решена проблема диагностики, определения опухолевой инвазии стенки мочевого пузыря, а так же радикального оперативного лечения поверхностных и неинвазивных злокачественных поражений мочевого пузыря на 1 и 2 стадиях с последующей внутривезикулярной иммунотерапией.

Большую проблему онкоурологии представляет лечение инвазивной формы рака мочевого пузыря, ко-

торая наблюдается в 25% случаев (Б.П. Матвеев, 2003). Поверхностный рак мочевого пузыря, наблюдающийся в 70% случаев, в 50-90% случаев склонен к рецидивированию и в 10-15% случаев развивается инвазия в мышечный слой.

На сегодняшний день основным методом лечения инвазивного РМП является радикальная цистэктомия. По данным многочисленных исследований после радикальной цистэктомии общая 5-летняя выживаемость составляет 40-60%, что говорит об улучшении результатов лечения.

Под наблюдением в отделении хирургии ЗКО ООД с 2013 года находилось всего 28 больных с раком мочевого пузыря. Из них в начальной стадии – 18 больных, с инвазивным РМП – 10 больных, которым проведено оперативное вмешательство.

Из них в 8 случаях произведена резекция мочевого пузыря, в 12 случаях проведена ТУР мочевого пузыря и в 8 случаях произведена цистэктомия с илеопластикой по Бриккеру (ВСМП).

Из всего разнообразия существующих методов деривации мочи после радикальной цистэктомии, предпочтение отдано созданию илеопластики по Бриккеру.

Количество радикальных цистэктомий за последнее время возросло.

В отделении проведено всего 8 таких операций.

В 2013 году на базе нашего диспансера проведен мастер-класс

участием заведующего центра онкоурологии КазНИИОиР к.м.н. Нургалиева Н.С. была проведена радикальная цистэктомия с илеопластикой по Бриккеру.

В 2014 году нами проведено 3 операции.

В 2015 году за 9 месяцев – 4 операции.

У всех больных гистологически был выявлен переходно-клеточный рак мочевого пузыря.

Важно отметить, что раннее за получением данного вида лечения больным приходилось выезжать за пределы области (КазНИИОиР г. Алматы, Самара, Оренбург и т.д.). Полученный опыт позволит уже в ближайшем будущем повысить доступность к перечисленным видам лечения и снизить смертность от онкологических заболеваний.

На данный момент изучается проведение перед цистэктомией неoadъювантной полихимиотерапии с целью повышение радикальности и ее влияние на отдаленные результаты лечения больных.

Также идет поиск наиболее оптимального метода создания резервуара с разработкой антирефлюксного механизма, различных пластических операций по созданию неoblадера из кишечника с восстановлением нормального акта мочеиспускания, что обеспечивает сравнительно лучшее качество жизни, чем при других методах.

Заключение. Анализируя статистические данные, результаты наблюдения за больными - можно сделать следующие выводы:

1. Снизились общие показатели летальности и запущенности РМП.
2. Улучшилось качество жизни больных с РМП, перенесших цистэктомию и операцию отведения мочи.
3. Проведение данных операций возможно у больных пожилого и старческого возраста.
4. Увеличилось качество и продолжительность жизни больных с РМП.

Список литературы

1. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 году / Под редак. акад. РАН и РАМН М.И. Давыдова и д.б.н. Е.М. Аксель // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина. - 2007. - Т. 18. - прилож. 1. - С. 58-59.

2. Матвеев А.А. Цитодиагностические критерии прогрессии рака мочевого пузыря // Мат. V Всероссийского съезда онкологов. - Казань, 2000. - С. 340-342.

3. Planz B., Jochims E., Deix T., Caspers H.P., Jakse G., Boecking A. The role of urinary cytology for detection of

bladder cancer // Eur. J. Surg. Oncol. - 2005. - Vol. 31. - P. 304-308.

4. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Лечение поверхностного рака мочевого пузыря // V Российская онкологическая конф. - М., 2001. - С. 16-17.

5. Игнашин Н.С. Инвазивные ультразвуковые вмешательства в диагностике и лечении урологических заболеваний: Дис. докт. мед. наук. - М., 1989.

6. Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://www.uroweb.ru/>

Тұжырым

Т.Т. Аманов, Г.Х. Жайтлеуов

ГКП на ПХВ «БҚО Облыстық онкологиялық диспансер»

Summary

T.T.Amanov, G.H.Zhantleuov

RSE on PVC "Regional Oncology Center of West Kazakhstan region"

Қуықтың инвазивті қатерлі ісігін емдеуіндегі радикалды цистэктомия

Қуықтың қатерлі ісігін емдеуінің негізгі әдістерінің бірі – радикалды цистэктомия болып табылады. Бөлімшеде қуықтың қатерлі ісігі бар 28 науқас бақылауда болды. Олардың ішінде ерте сатыдағы – 18 науқасқа, және қуықтың инвазивті қатерлі ісігі бар – 10 науқасқа операциялық ем көрсетілді.

Солардың ішінен 8 науқасқа – қуықтың резекциясы жасалып, 12 науқасқа – қуықтың трансуретральды резекциясы жасалынды, сондай-ақ 8 науқасқа – цистэктомия Бриккер илеопластикасымен операциясы жасалынды. Бұл науқастарда өлім көрсеткіштерінің төмендеуі, және де өмір сапасының жақсаруы байқалынады. Бұл операцияларды егде жаста және қарт адамдарға да жасауға болады.

Түйінді сөздер: Қуықтың қатерлі ісігі, цистэктомия, илеопластика.

Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer

The main method of treatment of invasive bladder cancer is radical cystectomy. Under the supervision of the department there were 28 patients with bladder cancer. Of them, in the initial stage - 18 patients with invasive bladder cancer - 10 patients, performed surgery.

Of these 8 cases, resection of the bladder, in 12 cases - TUR of the bladder and in 8 cases performed cystectomy with ileoplastic's by Bricker. In these patients, decreased overall mortality rates, improved quality of life. Carrying out these operations possible in patients with middle and old age.

Key words: bladder cancer, cystectomy, ileoplastic.

УДК: 616.65-006-08

Т. Т. Аманов, Г. Х. Жайтлеуов

ГКП на ПХВ «Областной онкологический диспансер ЗКО», г. Уральск

Радикальная позадилононная простатэктомия в лечении рака предстательной железы как внедрение в условиях хирургического отделения ЗКО ООД

Аннотация.

На сегодняшний день основным методом лечения РПЖ на начальных стадиях является радикальная позадилононная простатэктомия (ВСПП), общая 5-летняя выживаемость составляет 50-60%.

В диспансере 18 больным РПЖ проведено радикальные позадилононные простатэктомии.

Оказания высокоспециализированной помощи позволило снизить показатели смертности и запущенности от онкопатологий мочеполовой системы.

Ключевые слова: рак предстательной железы, скрининг, радикальная позадилононная простатэктомия.

Актуальность: Распространённость рака простаты высока и непрерывно увеличивается, особенно в старших возрастных группах. В большинстве случаев рак простаты диагностируют случайно. Симптомы рака простаты, как правило, возникают на поздней стадии с прорастанием капсулы и окружающих тканей. Прогноз при этом неблагоприятный. Скрининговое обследование (определение простатоспецифического АГ и пальцевое ректальное исследование) мужчин без симптомов заболевания или с симптомами, характерными для доброкачественной гиперплазии предстательной железы, позволяет диагностировать рак на более ранней стадии.

Эпидемиология: Рак простаты встречается в основном у мужчин пожилого возраста и крайне редок у мужчин моложе 60 лет. В развитых странах 82% рака простаты диагностируется у мужчин старше 65 лет. Самая высокая заболеваемость регистрируется в США, где рак простаты занимает первое место в структуре заболеваемости злокачественными опухолями мужского населения. Высокие показатели зарегистрированы на Гавайских островах среди всех этнических групп, населяющих Гавайские острова. Относительно высокие показатели заболеваемости отмечены так же в Африке среди африканцев. Низкие показатели заболеваемости раком простаты регистрируются в странах Восточной Азии. В России заболеваемость раком простаты относительно низкая.

Самые высокие показатели смертности от рака простаты зарегистрированы в Тринидаде и Тобаго, Норвегии и Швеции. В США, стране с самой высокой заболеваемостью раком простаты, смертность от рака этого органа не очень велика.

5-летняя выживаемость больных раком простаты зависит от наличия в стране скрининга и равна в США 92-95%, а в Европейском Союзе – 60%. Эту разницу в выживаемости частично можно объяснить широким распространением в США ПСА-скрининга, в результате которого выявляются микрофокальные раки с доброкачественным клиническим течением.

Заболеваемость раком простаты растет практически во всех регионах мира. Относительная стабилизация заболеваемости наблюдается в странах Западной Европы и Великобритании. Исследования динамики заболеваемости показали, что за постепенным ростом, до конца восьмидесятых годов, наступил резкий ее подъем. Резкий рост заболеваемости раком простаты можно объяснить широким использованием теста на выявление простатоспецифического антигена (ПСА) для скрининга. Как и любой другой метод скрининга, тестирование на ПСА привело к выявлению бессимптомных опухолей, частота которых как уже было сказано выше, для рака простаты очень велика. В течение 2-3 лет активного скрининга большинство бессимптомных раков было выявлено, что привело в дальнейшем к снижению заболеваемости.

В эпидемиологических исследованиях показана связь между особенностями питания и риском рака простаты. Высококалорийное питание, богатое животными жирами, и мясо, скорее всего, повышают риск, а питание, которое преимущественно состоит из продуктов растительного происхождения и содержит больше витаминов и микроэлементов, а также фитоэстрогенов, снижает риск. Риск рака простаты выше у полных мужчин. У мужчин с высокой физической нагрузкой, как на работе, так и в часы досуга, риск рака простаты снижается.

В структуре онкологической заболеваемости населения Казахстана РМП занимает 15 ранговое место, составляя 4,0 на 100 тысяч населения (Ж.А. Арзыкулов, Г.Д. Сейтказина, 2006г.). Из них 84% приходится на долю мужчин, 16% - на долю женщин.

По данным канцеррегистра за 2009 год по Республике Казахстан заболеваемость раком предстательной железы (РПЖ) составила 3,9 на 100 тыс. человек, смертность 2,1 на 100 тыс. человек. В 2009 году с впервые в жизни установленным диагнозом взято на учет 628 больных раком простаты. Контингент больных на 2009 год составлял 2395 человек. Даже, несмотря на то, что рак простаты стоит на 6 месте по частоте выявляемости среди всех онкопатологий у мужчин, у него отмечен наиболее низкий 5-летний период выживаемости - 30,6%. При анализе заболеваемости раком предстательной железы в РК выясняется, что почти у 70% (68,5%) больных он впервые выявляется в 3—4-й стадии. Из этого становится совершенно очевидным факт, что заболеваемость РПЖ в нашей стране намного выше за счет невыявленного локализованного рака.

Сложность диагностики рака предстательной железы на начальных стадиях объясняется бессимптомной картиной заболевания. У большинства пациентов причиной обращения к урологу служит дизурия, боли в костях, появляющаяся чаще всего на III-IV стадиях заболевания.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ больных, которые состояли на учете. За период исследования по Западно-Казахстанской области зарегистрировано:

в 2011 году состояло 144 пациента, взято 55, из них I – II ст – 39 чел;

в 2012 году состояло 142 пациента, взято 32, из них I – II ст – 22 чел;

в 2013 году состояло 168 пациента, взято 57, из них I – II ст – 41 чел;

в 2014 году состояло 269 пациента, взято 64, из них I – II ст – 34 чел;

в 2015 году за 9 месяцев состояло 234 пациента, взято 55, из них I – II ст – 32 чел.

Как видно из статистических данных отмечается рост заболеваемости. Увеличение показателей заболеваемости раком предстательной железы по ЗКО, а так же увеличение доли пациентов с начальной стадией – объясняется улучшением уровня амбулаторной диагностики на уровне ПМСП, а так – же проведением скрининговых мероприятий по выявлению ранних форм. В 2014 году из взятых на диспансерный учет в I - II стадии 34 пациентов, 19 были выявлены по скринингу. За 9 месяцев 2015 года из взятых на диспансерный учет в I - II стадии 32 пациентов, 22 были выявлены по скринингу.

Результаты. Проведен анализ частоты встречаемости РПЖ в той или иной возрастной категории мужчин.

Пик заболеваемости 70-72 года

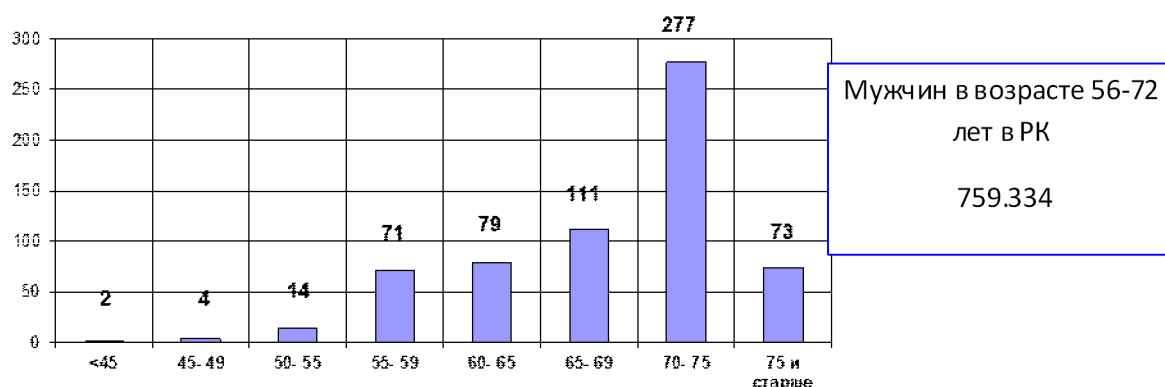


Рисунок 1- Впервые выявленные случаи РПЖ в РК 2009 г, распределение по возрасту

В основе скрининговых мероприятий – улучшение ранней диагностики рака предстательной железы у мужского населения в возрастной группе старше 50 лет с ожидаемой продолжительностью жизни более 10 лет. В РК проанализировав ситуации выявляемости, по данным канцеррегистра, в возрасте от 45 до 55 лет выявлены единичные случаи заболевания. В связи с чем, целесообразно в группу исследования включить пациентов начиная с 55 до 75 лет. Количество мужчин в этом возрасте по республике составляет примерно 880 тысяч.

На сегодняшний день основным методом лечения рака предстательной железы на начальных стадиях является радикальная позадилоная простатэктомия (ВСПМ). По данным многочисленных исследований после радикальной простатэктомии общая 5-летняя выживаемость составляет 50-60%, что говорит об улучшении результатов лечения.

Под наблюдением в отделении хирургии ЗКО ООД в 2014 – 2015 г находилось всего 28 больных с раком пред-

стательной железы. Из них в начальной стадии – 18 больных, с распространенным РПЖ – 10 больных, которым проведено оперативное вмешательство.

В 2014 году на базе нашего диспансера проведено 3 радикальных позадилоных простатэктомии.

В 2015 году за 9 месяцев проведено 16 подобных операций.

У всех больных гистологически был выявлен ацинарная аденокарцинома предстательной железы как в дооперационном, так и в послеоперационном исследовании материала.

Закключение. В процессе наблюдения за больными и анализируя статистические данные, можно сделать выводы об улучшении диагностики РПЖ на ранних стадиях путем успешного проведения скрининга среди населения ЗКО и улучшения уровня оказания высокоспециализированной помощи, что позволило снизить показатели смертности и запущенности от онкопатологий мочеполовой системы (по данным ESRPC на 20%).

Список литературы

1. Абисатов Х.А. Клиническая онкология (руководство). - Алматы: Арыс, 2007.
2. Нянковский А.М. Электрорезекция при опухолях предстательной железы. - М.: Медицина, 1972. - 104 с.
3. <http://www.uro.ru/society/plenum/martov>.
4. Ганцев Ш.Х. Патогенез клинических симптомов. В кн.: Онкология - М., 2004.
5. Опухолевая прогрессия, инвазия и метастазирование // Матер. I съезда онкологов СНГ 3-6 декабря 1996. - Часть I. - М., 1996.
6. Ганул В.Л., Клименко И.А., Щепотин И.Б. Онкология, 2008.
7. Аверкин Ю.И., Антоненкова Н.Н., Белоцерковский И.В. Онкология. - Беларусь, 2007.

Тұжырым

Т.Т. Аманов, Г.Х. Жайтлеуов
ГКП на ПВХ «БҚО Облыстық онкологиялық диспансер»

Қуық асты безі қатерлі ісігін емдеуіндегі радикалды шат арты простатэктомиясы

Қазіргі таңда қуық асты безінің қатерлі ісігінің ерте сатыдағы негізгі емдік әдісі – радикалды шат арты простатэктомиясы болып табылады, жалпы 5-жылдық өміршендігі – 50-60%-ды құрайды.

Диспансерде қуық асты безінің қатерлі ісігі бар 18 науқасқа радикалды шат арты простатэктомия жасалынды.

Жоғары сапалы көмек көрсету несеп-жыныс жүйесінің онкопатологиясында өлім көрсеткіштерінің және асқынған жағдайлардың төмендеуіне ықпал етті.

Түйінді сөздер: Қуық асты безінің қатерлі ісігі, скрининг, радикалды шат арты простатэктомия.

Summary

T.T.Amanov, G.H.Zhantleuov
RSE on PVC "Regional Oncology Center of West Kazakhstan region"

Radical retropubic prostatectomy in the treatment of prostate cancer

To date, the main method of treatment of prostate cancer in the early stages of a radical retropubic prostatectomy (tertiary care), the overall 5-year survival rate is 50-60%.

The clinic performed 18 patients with prostate cancer following radical retropubic prostatectomy.

The provision of tertiary care reduced the mortality from cancer pathology and the neglect of the genitourinary system.

Keywords: prostate cancer, screening, radical retropubic prostatectomy.



Памяти Абдрахимова Булата Ергазиевича (1931-1995 гг.)

К 85-летию Абдрахимова Булата Ергазиевича - достойного представителя казахской интеллигенции. Потомственный медик, правнук известного ученого Халела Досмухамедова, сын педагогов – Абдрахимова Ергазы и Рабиги- Халеловны Досмухамедовой.

Булат Ергазиевич – истинный ученый, педагог и организатор здравоохранения. В 1955 году окончил с отличием лечебный факультет Казахского Государственного медицинского института. Прошел аспирантуру на кафедре Нормальная анатомия (1955-1958 гг.), где учителями были профессора П.О.Исаев, С.Р.Карынбаев, Х.Н.Букейханов.

В 1960 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Материалы по морфологии крови, кровяному давлению и физическому развитию школьников г.Алматы». Автором были установлены особенности физического развития и морфологии крови в зависимости от пола и возраста. Данная тема была связана с разрабатываемой в то время научной концепцией по возрастной морфологии человека на кафедре Нормальная анатомия.

После аспирантуры, Булат Ергазиевич работал ассистентом на кафедре Нормальная анатомия, затем с 1966 г. - доцентом данной кафедры. Годы работы на кафедре (1955-1973 гг.) были посвящены обучению, подготовке и воспитанию молодых специалистов, будущих врачей широкого профиля. В учебном процессе Булата Ергазиевича отличали такие качества как требовательность, справедливость и доброта. Им подготовлено не одно поколение квалифицированных специалистов.

С 1964 по 1969 гг. по приказу Минздрава, Булат Ергазиевич работал в должности заведующего Учебно-методическим кабинетом, принимал участие в разработке методических пособий по различным профилям здравоохранения для повышения квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений.

В декабре 1973 г. приказом Минздрава Казахской ССР №601 Б.Е.Абдрахимов был направлен в Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии на должность заведующего организационно-методическим отделом, где широко проявились его ор-

ганизаторские и аналитические способности ученого. За годы работы в Казахском НИИ онкологии и радиологии, он уделял большое внимание развитию онкологической службы, особенно первичным медицинским звеньям по обслуживанию населения, способствовал развитию и созданию онкологической службы в сельских и районных участках.

Под его руководством ежегодно проводились международные, республиканские и областные мероприятия, направленные на повышение квалификации онкологов. Он является автором методических рекомендаций по совершенствованию онкологической службы в республике. За время его работы, 10 областных онкологических диспансеров республики, за хорошую организацию онкологической службы в Казахстане были награждены престижной Всесоюзной премией Министерства здравоохранения СССР.

Наряду с организационной работой по республике, Булат Ергазиевич занимался научной деятельностью. Под его руководством выполнялись научные исследования по изучению распространенности злокачественных новообразований и оценке эффективности противораковых мероприятий и лечения онкологических больных. Им опубликовано свыше 200 научных работ, издано 10 методических рекомендаций, две из которых отмечены дипломами Министерства здравоохранения КазССР. Он внес большой вклад в сложные научные изыскания по выживаемости онкологических больных, разработанные им критерии по выживаемости служат моделью для дальнейших исследований. Работая многие годы над вопросами социально-экономического ущерба, наносимого смертностью от злокачественных новообразований, Булат Ергазиевич получил уникальные данные, требующие дальнейшего развития.

Б.Е.Абдрахимов являлся основателем стандартизации

больничных регистров рака в Казахстане. Созданные им популяционный и госпитальный канцер-регистры являются основой в принятии управленческих решений при перспективном планировании онкологической помощи населению Казахстана. Он впервые создал регистр онкологических заболеваний в республике, является соавтором руководства ВОЗ по стандартизации больничных регистров рака, участником программы СЭВ по противораковой борьбе.

Результаты научных исследований получили отражение в докторской диссертации и монографии Б.Е.Абдрахимова «Злокачественные новообразования и медико-социальные аспекты противораковой борьбы в Республике Казахстан». В монографии (1996) изложены материалы его многолетнего труда. Автором впервые сформулирован и обработан с применением ЭВМ и канцер-регистра статистический материал за 20 лет. Установлены временные, территориальные и этнические закономерности заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний всех локализаций. Изложены методологические основы и принципы изучения выживаемости, оценки эффективности лечения онкологических больных.

Книга Булата Ергазиевича до сих пор остается полезной организаторам здравоохранения для выбора приоритетов, планирования средств и сил, она нужна социологам, демографам, государственным органам для учета данных о социальных потерях, экономическом ущербе, отдаленных прогнозах. Полученные научные результаты остаются актуальными для эпидемиологов-аналитиков и ученых, работающих в области канцерогенеза и генетики.

К важнейшим фактам, установленными Б.Е.Абдрахимовым относятся:

- Разные темпы прироста заболеваемости в 70-х и 80-х гг. (1:3), они тревожны, ибо голопирование заболеваемости продолжалось и в 90-х годы.

- Увеличение больных раком легкого среди мужчин. Эта форма трудно лечится из-за скрытости симптомов и поздней диагностики.

- Постепенное и медленное снижение заболеваемости раком пищевода, желудка и шейки матки перекрывается значительным увеличением рака легкого, лейкозов, рака молочной железы и других опухолей.

- На 20% выросла смертность от рака – и это несмотря на значительные успехи в области развития хирургической техники, методологии облучения, лекарственной терапии и подготовки высококвалифицированных кадров.

- Установлены регионы с высокой, средней и низкой заболеваемостью раком. Эти данные требуют дифференцированных подходов и оценок.

- Проведенное ранжирование структуры по областям устанавливает приоритетность научных задач и практических действий по регионам.

Вклад Б.Е.Абдрахимова в дальнейшее развитие онкологической службы в Казахстане огромный. Проблемы, поднятые в трудах Булата Ергазиевича, должны быть продолжены.

Администрация института
Совет старейшин КазНИИОнР.
Гл.врачи областных онкодиспансеров
Коллеги и ученики.