

ОНКОЛОГИЯ И РАДИОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА

№1 (43) 2017



СТАТИСТИКА
ДИАГНОСТИКА
ЛЕЧЕНИЕ
ОБЗОРЫ
ЛЕКЦИИ
МАСТЕР-КЛАССЫ





ОНКОЛОГИЯ И РАДИОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА

№ 1 (43) 2017

Главный редактор

Д.Р.Кайдарова, д.м.н., член-корреспондент НАН РК

Заместитель главного редактора

Ж.Ж.Жолдыбай, д.м.н., профессор

Редакционный совет

М. Зильберман, PhD (Израиль), И.Азинович, MD (Испания), К.Нараян, MD (Австралия),
М. Гультекин, MD, PhD (Турция), Е.Н.Имянитов, д-р мед.наук, проф. (Россия),
В.Ф.Семиглазов, д-р мед.наук, проф.(Россия), В.М.Моисеенко, д-р мед.наук, проф. (Россия),
Р.В.Орлова, д.м.н., д-р мед.наук, проф. (Россия), М.Д. Алиев, д-р мед.наук, проф. (Россия),
И.С.Стилиди, д-р мед.наук, проф. (Россия), С.А.Красный, д-р мед.наук (Белорусь),
М.Т.Джанжалия, д-р мед.наук (Грузия), А.О.Тананян, д-р мед.наук, проф. (Армения),
З.Х.Хусейнов, д-р мед.наук (Таджикистан), М.Н.Тилляшайхов, д-р мед.наук (Узбекистан),
Б.Б.Султангазиева, д-р мед.наук, проф. (Киргизия), Л.Б.Джансугурова, д-р мед.наук, проф.
(Казахстан), И.М.Омарова, д-р мед.наук, проф. (Казахстан)

Редакционная коллегия

М.Р.Кайрбаев, д-р мед. наук (Алматы) – (административный редактор)
Ж.К.Чингисова, д-р мед. наук (Алматы), Т.А.Адылханов, д-р мед.наук, проф. (Семей),
Р.К.Каракулов, д-р мед. наук, проф. (Алматы), А.Х.Досаханов, д-р мед. наук, проф. (Астана),
А.А.Байназарова, д-р мед. наук (Алматы), Т.Г.Гончарова, д-р биол. наук (Алматы),
Н.Т.Балтабеков, д-р мед. наук (Алматы), Ш.Ж.Талаева, д-р мед. наук (Алматы), М.А.Кузиков, д-р мед. наук (Алматы), Д.Г.Адилбай, канд. мед. наук (Алматы), Серикбаев Г.А., канд.мед. наук (Алматы), А.Ж.Жылкайдарова, канд. мед. наук (Алматы), Г.Б.Адилбаев, д.м.н., профессор (Алматы)

Редакторы переводов

Т.Васильева, К.Токтаров (английский язык), А.Канапьянова (казахский язык)

Ответственный секретарь –

Н.Т.Имангалиева (канд.биол.наук)
У.Н.Искакова

Адрес редакции

г. Алматы, 050022, пр. Абая, 91 Тел. (327) 292 10 63
Казахский НИИ онкологии и радиологии МЗСР РК
«Онкология и радиология Казахстана», ISSN -1684-937X
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. «Art Depo studio», ул. Шашкина 9В #25,
Тираж 300 экз.
Журнал выпускается 1 раз в 3 мес.

VI СЪЕЗД

ОНКОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

27-28 апреля 2017 года

Содержание

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

Д.Р. Кайдарова, М.Р. Кайрбаев, Р.О. Болатбекова Стратегия первичной и вторичной профилактики рака шейки матки.....	7
--	---

РАК ЖЕЛУДКА

А.Ж. Жылкайдарова Оценка динамики показателей заболеваемости и смертности от рака желудка в Казахстане за 2004-2014 годы.....	12
ZH.ZH. Zholdybay, D.M. Zhetpisova, A.Y. Kozhabekova, G.S. Akhmetova, Zh.K. Zhakenova Capabilities of computer tomography in gastric cancer diagnostics.....	20
Олжаев С.Т., Сейсембаев М.А., Лазарев А.Ф. Нарушения функционального состояния сосудистого эндотелия у больных раком желудка и их коррекция.....	23
Е.Б. Ижанов, Е.Ш. Абзалбек, С.К. Менбаев, М.С. Садык Современная стратегия хирургического лечения рака желудка.....	29
И.Р. Хусаинова Психологическая помощь стомированным пациентам.....	33
Ж.Ж. Жолдыбай, Л.Б. Айтжанова, А.А. Мырзалиева, О.В. Исайко, Ж.К. Жакенова, Е.Г. Соколенко Роль рентгенологического метода исследования в диагностике рака желудка.....	36

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.К. Макулбекова Влияние полиморбидности на результаты лечения пациентов с раком желудка и поджелудочной железы.....	40
--	----

Олжаев С.Т., Сейсембаев М.А., Лазарев А.Ф. Коррекция эндотелиальной дисфункции у больных раком головки поджелудочной железы и ее клинические результаты.....	43
---	----

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

М.А. Кузиков, А.Е. Ажмагамбетова, А.И. Джуманов, С.В. Лашкул, Т.С. Насырtdинов, Сейсенбаева Г.Т. Динамика заболеваемости раком прямой кишки в Северном и Центральном регионе Республики Казахстан.....	49
---	----

РАК ПИЩЕВОДА

Е.Ш. Абзалбек, А.Е. Ажмагамбетова, Г.Т. Сейсенбаева Эпидемиология рака пищевода по Республике Казахстан за 2006-2015 годы.....	53
--	----



ҚАТЕРЛІ ІСКПЕН КҮРЕСЕЙІК
TOGETHER AGAINST CANCER
ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА
КОҒАМДЫҚ ҚОРЫ • PUBLIC FUND • ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД





Құрметті әріптестер! Сіздерді Қазақ онкология және радиология ҒЗИ мамандандырылған журнал беттерінен қарсы алуға қуаныштымыз.

4 ақпанда біз Халықаралық обырға қарсы одақтың бастамасымен Дүниежүзілік обырға қарсы күрес күнін атап өттік. Аталған күнге орай Қазақстан бойынша түрлі іс-шаралар өткізілді. Жатыр мойны обыры туралы мағлұмат беру апталығы аясында БАҚ үшін Ашық есік күні ұйымдастырылды, «Біздің қолымыздан келеді! Менің қолымнан келеді!» ұранымен 2017 жылғы 1 ақпаннан бастап 10 ақпанға дейін мемлекеттің барлық өңірлерінде халықтың онкологиялық ауруларын ерте кезінде анықтау және алдын алу онкүндігі, және басқа да акциялар өткізілуде.

Сонымен қатар, Атырау қаласында менің тәлімгер-ұстазым, онкология саласында медициналық кадрларды оқытуда базалық болып табылатын көптеген оқу құралдарының авторы, профессор Х.А. Абисатовтың 80 жылдығына орай «Онкологиядағы инновациялық технологиялар» ғылыми практикалық конференциясы өтетінін хабарлаймыз. Сондай-ақ, мен үшін Х.А. Абисатовпен бірге «Клиническая онкология» үштомдығын шығаруға ат салысу үлкен мәртебе болды. Конференцияға шақырылған мамандар қатерлі ісіктерді емдеуде инновациялық технологиялар бойынша өзекті тақырыптарға дәріс оқиды.

Осы нөмірден Сіз Онкогинекология, асқазан обыры, ұйқыбез обыры, тік ішек обыры мен өңеш обыры сияқты онкология тараулары бойынша ақпарат таба аласыз.

Бұл ақпарат мамандардың жұмысына пайдасын тигізеді деген сенімдеміз.

Құрметпен,
Қазақ онкология және радиология ҒЗИ директоры
Дилара Қайдарова.

Уважаемые коллеги! Мы снова рады приветствовать вас на страницах специализированного журнала Казахского НИИ онкологии и радиологии.

4 февраля мы отметили Всемирный день борьбы против рака, который был инициирован Международным противораковым союзом. К этой дате была проведена масса мероприятий по всему Казахстану - организация Дня открытых дверей для СМИ в рамках Недели осведомленности о раке шейки матки, проведение с 1 по 10 февраля 2017 года во всех регионах страны декадника по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний у населения, под лозунгом «Мы можем! Я могу!» и другие акции.

Также, сообщаем, что в феврале в Атырау пройдет Научно-практическая конференция «Инновационные технологии в онкологии», приуроченная к 80-летию моего учителя и наставника, автора множество учебных пособий, являющихся базовыми в обучении медицинских кадров в области онкологии, профессора Х.А. Абисатова. Кроме того, для меня было честью принять вместе с ним участие в создании трехтомника «Клиническая онкология». Приглашенные на конференцию специалисты, выступят с лекциями на актуальные темы по инновационным технологиям в лечении злокачественных новообразований.

В этом номере Вы найдете информацию по таким разделам онкологии как Онкогинекология, Рак желудка, Рак поджелудочной железы, Рак прямой кишки и Рак пищевода.

Искренне надеемся, что данная информация будет полезна в работе специалистов.

С уважением,
директор Казахского НИИ онкологии и радиологии,
Дилара Кайдарова.

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

УДК: 616.146-006.6

Д.Р. Кайдарова, М.Р. Кайрбаев, Р.О. Болатбекова

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Стратегия первичной и вторичной профилактики рака шейки матки.

Аннотация. Отсутствие программ скрининга и высокой распространенности вируса папилломы человека (ВПЧ) среди населения являются основными причинами высокой заболеваемости раком шейки матки в странах с низким уровнем экономики, а также в развивающихся странах. Благодаря открытию Харальдом зур Хаузенем связи хронической персистенции ВПЧ высокого онкогенного риска (ВПЧ ВР) и развития рака шейки матки, было положено начало в организации первичной профилактики рака шейки матки, то есть созданию вакцин против вируса папилломы человека высокого онкогенного риска, а также развитию ВПЧ – тестирования в качестве новой стратегии вторичной профилактики шейки матки

Ключевые слова: рак шейки матки, вирус папилломы человека, скрининг, вакцинация.

Актуальность. Рак шейки матки является одной из самой распространённой формой онкологического заболевания, занимающее четвертое место среди онкологических заболеваний у женщин и седьмое место среди всех злокачественных новообразований. Только за 2012 год было зарегистрировано 528 000 новых случаев рака шейки матки. Регионами с высокими показателями заболеваемости раком шейки матки, где обнаружение в более чем 30 случаев на 100 тыс. населения являются страны Восточной Африки (42,7), Южная Африка (31,5) и страны Латинской Америки (20,0) [1]. А регионами с самыми низкими показателями заболеваемости являются страны Северной Америки (10,2), Западной Европы (8,0), Австралия (5,5), Новая Зеландия (5,5), страны Западной Азии (4,4) [1].

Несмотря на введенные превентивные меры, уровень смертности остается достаточно высоким, только за 2012 год по данным Globocan зарегистрировано около 445 000 случаев со смертельным исходом от данного заболевания. Основная доля смертей приходится на страны с низким развитием экономики, что за 2012 год составило 230 000 случаев. Самая высокая смертность от данного заболевания, где показатели составляют более 20 на 100 тыс. населения в странах Восточной Африки (27,6) [1].

Отсутствие программ скрининга и высокой распространенности вируса папилломы человека (ВПЧ) среди населения являются основными причинами высокой заболеваемости раком шейки матки в странах с низким уровнем экономики, а также в развивающихся странах. Благодаря открытию Харальдом зур Хаузенем связи хронической персистенции ВПЧ высокого онкогенного риска (ВПЧ ВР) и развития рака шейки матки, было про-

ложено начало в организации первичной профилактики рака шейки матки, то есть созданию вакцин против вируса папилломы человека высокого онкогенного риска, а также развитию ВПЧ – тестирования в качестве новой стратегии вторичной профилактики шейки матки [2].

Вирус папилломы человека

Вирус папилломы человека (ВПЧ) является возбудителем рака шейки матки [3]. Это гетерогенное вирус-семейство включает в себя более 200 генотипов, среди которых более 40 типов ВПЧ передаются половым путем [4]. Четырнадцать генотипов ВПЧ (ВПЧ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 и 68) считаются патогенными или «высокого риска» и вызывает развитие рака шейки матки [5;6].

Хотя большинство сексуально активных женщин инфицируются ВПЧ один раз в своей жизни [7], менее 10% женщин имеют хроническую персистенцию инфекции [8], и эта «хроническая» инфекция с высоким онкогенным генотипом ВПЧ способствует развитию рака шейки матки [8;9;10].

Частицы ВПЧ были впервые визуализированы в середине 1900-х годов, а в конце 1990-х онкогенные генотипы ВПЧ выявлены как главный фактор риска развития рака шейки матки. Знание вирусологии ВПЧ имеет важное значение для понимания развития рака шейки матки.

ВПЧ относится к семейству папилломавирусов и его классификация клинически значима по следующим причинам: (1) только один конкретный род ВПЧ связан с раком шейки матки; (2) патогенность ВПЧ изменяется в соответствии с генотипом. ВПЧ сгруппированы в пять родов (альфа, бета, гамма, мю и ню), и род Альфа-папилломавирусов включает генотипы ВПЧ, которые заражают как гениталии, так и слизистую оболочку полости рта [11]. ВПЧ также группируются в категории «высокого риска» и «низкого риска», основанные на их онкогенном потенциале. Среди 14 генотипов с высоким риском ВПЧ (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 и 68), двум наиболее распространенным типам ВПЧ 16 и 18 принадлежит 71% случаев рака шейки матки [12]. Два типа ВПЧ (6 и 11) с низким уровнем риска способствуют образованию остроконечных кондилом, большинство из которых требуют специализированного лечения [12].

По данным центра по контролю и профилактике болезней США около 6,2 млн. новых случаев инфицирования ВПЧ происходят каждый год в Соединенных Штатах, и в настоящее время

инфицированность составляет около 20 миллионов человек [13]. ВПЧ передается путем полового контакта и распространен среди всех сексуально активных групп населения. Центр по контролю за заболеваниями полагает, что, по крайней мере, половина всех сексуально активных людей будут приобретать ВПЧ в какой-то момент их жизни, при этом, по меньшей мере 80% женщин приобретают ВПЧ-инфекции в возрасте 50 лет [13]. В Соединенных Штатах 10% населения имеет активную инфекцию ВПЧ, 4% имеет инфекцию, которая вызвала цитологические аномалии, и ещё 1% имеют инфекцию, вызывающую генитальные бородавки [14].

Пик частоты ВПЧ-инфекции приходится на подростковый и юношеский возраст, с вероятностью заражения в 80% - 90%, при котором частота случаев инфекции ВПЧ снижается с возрастом. ВПЧ-инфекция сохраняется у 5% - 15% инфицированных женщин, в то время как 85% - 90% инфекций становятся лабораторно неопределяемым в течение двух лет [15]. Хроническая персистенция ВПЧ 16 и 18 типов вызывают 70% - 75% случаев рака шейки матки [16]. ВИЧ-инфицированные женщины подвержены более высокому риску заражения ВПЧ, несмотря на проводимую антиретровирусную терапию и, следовательно, у данных женщин повышен риск развития неоплазии шейки матки.

Процесс канцерогенеза при раке шейки матки включает в себя четыре стадии: ВПЧ инфицирования зоны трансформации шейки матки, персистенции инфекции, увеличения и трансформации ВПЧ инфицированных клеток до развития цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN III) или аденокарциномы in-situ (AIS), а также прогрессирование в инвазивный рак [17]. Незначительные клеточные аномалии, такие как атипичные плоскоклеточные изменения неясного значения (ASCUS), плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой степени (LSIL) или атипичные железистые изменения клеток неопределенного значения (AGUS) в цитологических мазках или цервикальное интраэпителиальное поражение низкой степени (CIN I) при гистологическом ответе может наблюдаться в течение нескольких месяцев после инфицирования ВПЧ ВР [17]. При несвоевременном лечении CIN III и AIS в 40% - 50% случаев может прогрессировать до рака шейки матки в течение 5 - 30-летнего периода [16, 18,19]. Продолжительность времени между ВПЧ-инфицированием и развитием CIN III короче, чем прогрессирование CIN III в инвазивный рак шейки матки. Несмотря на улучшение социально-экономического состояния, осведомленности населения, расширение прав и возможностей женщин в области образования и науки, здоровый образ жизни, а также улучшение гигиены, способствующие снижению риска развития рака шейки матки, профилактическая вакцинация против ВПЧ девочек-подростков до дебюта половой жизни является экономически выгодной и эффективной стратегией первичной профилактики [20,21].

Профилактика рака шейки матки.

Знание о том, что хроническое инфицирование ВПЧ высокого риска является причиной почти всех случаев рака шейки матки, привело к развитию стратегии первичной и вторичной профилактики рака шейки матки: первичная профилактика с помощью вакцинации для профилактики ВПЧ-инфекции дево-

чек - подростков в возрасте от 9 до 18-лет до начала половой жизни; вторичная профилактика, главной задачей которой является выявление предраковых поражений шейки матки, таких как CIN III и AIS путем скрининга – ВПЧ - тестирования у женщин в возрасте от 30 лет и старше. В настоящее время доступны две рекомбинантные вакцины против ВПЧ, содержащие вирусные частицы: четырехвалентная вакцина против ВПЧ 16, 18, 6, и 11 типов, а также двухвалентная вакцина, защищающая от ВПЧ 16 и 18 типов [22]. Обе вакцины для профилактики рака шейки матки, проведенные женщинам в возрасте 15-26 лет, показали высокую иммуногенность и существенную защиту от хронической инфекции ВПЧ, CIN III, а также показали защиту от интраэпителиальной неоплазии ануса. [22]. Обе вакцины в вакцинированной популяции имеют высокий потенциал защиты от 70% случаев рака шейки матки [25]. Эффективность вакцин против персистирующей инфекции, исследуемых в III фазе клинических испытаний, превышала 99% [22]. Исследования вакцин показали достаточно сильную иммуногенность и отличную безопасность в подростковом возрасте, хотя клинические испытания не включали девочек до 9 лет, являющиеся основной целевой группой национальных программы вакцинации [22]. Фактические данные о безопасности и эффективности вакцин в клинических испытаниях, также руководства в области общественного здравоохранения рекомендуют внедрение вакцинации против ВПЧ в национальные программы иммунизации. Боль на месте инъекции от легкой до умеренной, головная боль и усталость были наиболее распространенными побочными реакциями после вакцинации против ВПЧ [20].

Вакцинация против ВПЧ в настоящее время является частью национальной программы иммунизации в 62 странах, ориентированных в основном на девочек-подростков [20,21,23]. Результаты исследований экономической эффективности поддерживают проведение вакцинации против ВПЧ девочек-подростков до полового дебюта, в том числе и в странах с низким уровнем экономики и в развивающихся странах при условии доступности вакцин; экономическая эффективность вакцинации в значительной степени зависит от удельных затрат на вакцину против ВПЧ [24,25]. Даже при значительном снижении стоимости вакцин за последние несколько лет, затраты на вакцины являются серьезной проблемой для стран с низким уровнем экономики. С точки зрения экономической выгоды от вакцинации, эффективности, безопасности вакцин, правительство должно рассмотреть введение двух-дозовой вакцинации против ВПЧ в национальную программу иммунизации в развивающихся странах, а также в странах с низким уровнем экономического развития, при котором можно осуществить данную программу по доступным ценам через многоуровневое ценообразование, а также через альянс вакцин Gavi или через фонд РАНО (Pan American Health Organization).

Предполагается, что вакцинация 58 миллионов 12-летних девочек в 179 странах, стоимость которой составит 4 миллиарда долларов США, позволит предотвратить 690 000 случаев рака шейки матки и 420 000 случаев смертей. Вакцинация против ВПЧ (скорректированная на годовую инвалидность, а также с учетом стоимости на душу населения валового внутреннего продукта страны) была признана экономически эффективной в 156 из 179 (87%) стран [21]. Однако результаты различных исследований разнятся по рекомендации оптимального воз-

раста вакцинирования девочек-подростков [26]. Несколько исследований вакцинации против ВПЧ мальчиков рекомендуют их включение в программы вакцинации в качестве экономически эффективной стратегии [20,27].

Было доказано, что иммуногенность после двух-дозового режима вакцинации девочек-подростков была не хуже, чем при введении трех доз вакцин, при котором продемонстрирована эффективность против персистирующей инфекции, а также предраковых поражений [28-32]. Основываясь на результатах того, что иммуногенность двух доз сравнима с тремя дозами у 9-14-летних девочек, Европейское медицинское агентство и 10 стран Центральной и Северной Америки, Африки и Азии приобрели лицензию на использование двух-дозового режима вакцинации. В то время как большинство стран продолжают использовать в своих национальных программах иммунизации график трех-дозового режима, основанный на доказательной базе, в настоящее время двух-дозовый режим используется в таких странах, как Канада, Чили, Колумбия, Мексика, Южная Африка, Великобритания и Швейцария.

Предварительная оценка программ вакцинации против ВПЧ в некоторых странах с высоким уровнем экономического развития, где вакцинация была введена 4 или 5 лет назад, показала заметное снижение среди вакцинированной популяции частоты ВПЧ-инфекции, поражений половых органов, связанных с ВПЧ-инфекцией, предраковых состояний шейки матки [33-35]. В апреле 2007 года Австралия ввела квадριвалентную вакцину против ВПЧ для девочек в возрасте 12-13 лет. Охват основной целевой группы трех-дозовым режимом вакцинации превысил 70%.

Отмечается снижение распространенности ВПЧ 16/18/6/11 типов на 77% после введения вакцинации против ВПЧ в национальную программу. При этом имеется значительное снижение развития остроконечных кандилом – на 90%, а также снижение CIN III и AIS на 48% в вакцинированной целевой возрастной группе Австралии [33, 36]. В популяционном кросс-секционном исследовании в Шотландии продемонстрировано значительное снижение распространенности ВПЧ 16 и 18 типов среди ВПЧ-вакцинированных женщин, что составило 13,6% по сравнению с распространённостью в 29,5% среди невакцинированных женщин [38]. С момента введения вакцинации против ВПЧ в Дании в 2006 году, риск атипичии или CIN II-CIN III значительно снизился среди вакцинированных женщин – на 44% [34].

В Казахстане рак шейки матки среди женского населения занимает II место после рака молочной железы. Злокачественная опухоль шейки матки в Казахстане ежедневно уносит 2 женские жизни в самом активном возрасте, нанося колоссальный урон всему государству.

С 2005 года в нашей стране начали проводиться профилактические осмотры в женских кабинетах. В 2008 году был издан приказ МЗ РК № 607 “О совершенствовании профилактических осмотров отдельных категорий взрослого населения», в 2009г был издан приказ №685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» с изменениями и дополнениями от 29.12.2014г №361. Начиная с 2008 года, существует национальная программа скрининга рака шейки матки с использованием ПАП теста с оценкой по классификации Бетезда. [37]. Исследование прово-

дится женщинам от 30 до 60 лет с интервалом в 5 лет. Внедрение данной программы началось поэтапно, начиная с обучения специалистов, организации женских кабинетов, оснащения кольпоскопами кабинетов женских консультации [38]. С 2011 года активно начала внедряться жидкостная цитология, которая имеет ряд преимуществ по отношению к традиционному методу. Данный метод исследования является быстрым и легким методом получения образца, также имеет большую чувствительность в отношении патологии легкой и тяжелой степени.

Заключение

ВОЗ в настоящее время рекомендует двух-дозовый график вакцинации для девочек с минимальным интервалом в шесть месяцев между дозами, при том, что вакцинация начинается до 15-летнего возраста [34]. Данная рекомендация делает реализацию программы вакцинации против ВПЧ более доступной, чем график в три дозы. Трех-дозовый режим в 0, 1-2 и 6 месяцев необходим для иммунизации девочек, невакцинированных до 15-летнего возраста, а также для лиц с ослабленным иммунитетом, в том числе, ВИЧ-инфицированных. Учитывая то, что вакцинация против ВПЧ снижает распространенность инфекции и развитие неоплазий шейки матки, скрининг позволит уменьшить смертность от рака шейки матки среди женщин, невакцинированных против ВПЧ. Отдаленные результаты влияния вакцинации на скрининг рака шейки матки будут специфичными для каждой страны и будут зависеть от иммунизации, от охвата вакцинации, влияния популяционного иммунитета, а также возраста, в котором начался скрининг.

Список литературы:

1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics// Cancer J Clin. – 2015. - №65(2). - P. 87-108.
2. H. zur Hausen, G. Klein, S. Weinhouse. The role of viruses in human tumors// Advances in Cancer Research. -1980. - № 33-P. 77-107.
3. Zur Hausen H. Papillomaviruses in the causation of human cancers: a brief historical account// Virology. – 2009. - Vol384. - P. 260–265.
4. De Villiers EM, Fauquet C, Broker TR, Bernard HU, zur Hausen H. Classification of papillomaviruses// Virology. – 2004. Vol324. P.17–27.
5. Kjaer SK, van den Brule AJ, Paull G, Svare EI, Sherman ME, Thomsen BL, et al. Type specific persistence of high risk human papillomavirus (HPV) as indicator of high grade cervical squamous intraepithelial lesions in young women: population based prospective follow up study// BMJ. - 2002. -Vol345 - P. 325-572.
6. Burd EM. Human papillomavirus and cervical cancer// Clin. Microbiol. Rev. – 2003. - №16. - P. 1–17.
7. Satterwhite C.L, Tortone E, Meites E, et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates,2008// Sex. Transm. Dis. – 2013. - №40. - P. 187–193.
8. Ho G.Y, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk R.D. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women// N. Engl. J. Med. – 1998. - Vol338. - P. 423–428.
9. Rodríguez AC, Schiffman M, Herrero R, et al. Rapid clearance of human papillomavirus and implications for clinical focus on persistent infections// J. Natl Cancer Inst. – 2008. - Vol100. - P. 513–517.

10. Egawa N, Egawa K, Griffin H, Doorbar J. Human papillomaviruses: epithelial tropisms, and the development of neoplasia// Viruses. - 2015. - Vol7. - P. 3863–3890.
11. Stanley M. Pathology and epidemiology of HPV infection in females// Gynecol Oncol. – 2010. - Vol117 2 Suppl. - P. 5–10.
12. De Sanjose S, Quint WG, Alemany L, Geraets DT, Klaustermeier J.E, Lloveras B, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study// Lancet Oncol. – 2010. -Vol11. - P. 1048–1056.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Genital HPV Infection// Centers for Disease Control and Prevention. - 2004. P. 498.
14. Koutsky LA.. Epidemiology of genital human papillomavirus infection// The American Journal of Medicine. – 1997. №102 - 5 suppl 1. - P. 3–8.
15. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human Papillomavirus// International Agency for Research on Cancer IARC, Lyon, France. – 2007: Vol 90.
16. A.G. Ostor. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review// Int. J. Gynecol. Pathol. -1993.- №12 (2).- P. 186–192.
17. A.B. Moscicki, M. Schiffman, A. Burchell, et al. Updating the natural history of human papillomavirus and anogenital cancers// Vaccine. -2012.- №30 Suppl. 5. – P. 24–33.
18. M.R. McCredie, K.J. Sharples, C. Paul et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study// Lancet Oncol. - 2008.- № 9 (5). - P. 425–434.
19. R. Salani, I. Puri, R.E. Bristow. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: a metaanalysis of 1278 patients evaluating the predictive value of conization margin status// Am. J. Obstet. Gynecol. -2009. -Vol200 (2). P. 182.1–182.5.
20. K. Natunen, T.A. Lehtinen, S. Torvinen, M. Lehtinen. Cost-effectiveness of HPV-vaccination in medium or low income countries with high cervical incidence - A systematic review// J. Vaccines Vaccin. -2013. - №4. P. 172-173.
21. M. Jit, M. Brisson, A. Portnoy, R. Hutubessy. Cost-effectiveness of female human papillomavirus vaccination in 179 countries: a PRIME modelling study// Lancet Glob Health. -2014. -№ 2 (7). - P. 406–414.
22. J.T. Schiller, X. Castellsague, S.M. Garland. A review of clinical trials of human papillomavirus prophylactic vaccines// Vaccine. – 2012. -№ 30 Suppl. 5. – P.123–138.
23. M. Diaz, J.J. Kim, G. Albero et al. Health and economic impact of HPV 16 and 18 vaccination and cervical cancer screening in India// Br. J. Cancer. – 2008. - Vol99 #2. – P. 230–238.
24. L.M. Reynales-Shigematsu, E.R. Rodrigues, E. Lazcano-Ponce. Cost-effectiveness analysis of a quadrivalent human papilloma virus vaccine in Mexico// Arch Med Res. – 2009. - №40 (6). – P. 503–513.
25. M. Fesenfeld, R. Hutubessy, M. Jit. Cost-effectiveness of human papillomavirus vaccination in low and middle income countries: a systematic review// Vaccine. – 2013. - №31 (37). – P.3786-3804
26. I. Baussano, F. Lazzarato, G. Ronco, J. Dillner, S. Franceschi. Benefits of catch-up in vaccination against human papillomavirus in medium- and low-income countries// Int. J. Cancer. – 2013. - Vol133 (8). – P. 1876–1881.
27. E.H. Elbasha, E.J. Dasbach, R.P. Insinga. Model for assessing human papillomavirus vaccination strategies// Emerg Infect Dis. – 2007. - №13 (1). P. 28–41.
28. B. Romanowski, T.F. Schwarz, L.M. Ferguson, et al. Immunogenicity and safety of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine administered as a 2-dose schedule compared with the licensed 3-dose schedule: results from a randomized study// Hum Vaccin. -2011. - №7 (12). P. 1374–1386.
29. M. Safaeian, C. Porras, Y. Pan, A. Kreimer, J.T. Schiller, P. Gonzalez, et al. Durable antibody responses following one dose of the bivalent human papillomavirus L1 virus-like particle vaccine in the Costa Rica Vaccine Trial// Cancer Prev Res (Phila). – 2013. - 6 (11). P. 1242–1250.
30. S.R. Dobson, S. McNeil, M. Dionne, M. Dawar, G. Ogilvie, M. Krajden, et al. Immunogenicity of 2 doses of HPV vaccine in younger adolescents vs 3 doses in young women: a randomized clinical trial// JAMA. – 2013. -№309 (17). - P. 1793–1802.
31. B. Romanowski, T.F. Schwarz, L.M. Ferguson, M. Ferguson, K. Peters, M. Dionne, et al. Immune response to the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine administered as a 2-dose or 3-dose schedule up to 4 years after vaccination: results from a randomized study// Hum Vaccin Immunother. – 2014. -№10 (5). - P. 1155–1165.
32. E. Lazcano-Ponce, M. Stanley, N. Munoz, L. Torres, A. Cruz-Valdez, J. Salmerón, et al. Overcoming barriers to HPV vaccination: non-inferiority of antibody response to human papillomavirus 16/18 vaccine in adolescents vaccinated with a two-dose vs. a three-dose schedule at 21 months// Vaccine. – 2014. - №32 (6). - P. 725–732.
33. S.M. Garland. The Australian experience with the human papillomavirus vaccine// Clin Ther. – 2014. -№36 (1). -P. 17–23.
34. B. Baldur-Felskov, C. Dehlendorff, C. Munk, S.K. Kjaer. Early impact of human papillomavirus vaccination on cervical neoplasia–nationwide follow-up of young Danish women// J Natl Cancer Inst. – 2014. - №106 (3) -P.460-463
35. K. Kavanagh, K.G. Pollock, A. Potts, J. Love, K. Cuschieri, H. Cubie, et al. Introduction and sustained high coverage of the HPV bivalent vaccine leads to a reduction in prevalence of HPV 16/18 and closely related HPV types// Br J Cancer. – 2014. - №110. - P. 2804–2811.
36. M.A. Smith, K. Canfell. Testing previous model predictions against new data on human papillomavirus vaccination program outcomes// BMC Res Notes. – 2014. -№ 7. -P. 109-112.
37. Apgar BS, Zoschnick L, Wright TC Jr. The 2001 Bethesda System terminology// Am Fam Physician.- 2003. - 68(10).P.1992-1998.
38. Rogovskaya, S. I., Shabalova, I. P., Mikhieva, I. V, Minkina, G. N., Podzolkova, N. M., Shipulina, O. Y., ... Poljak, M. Human papillomavirus prevalence and type-distribution, cervical cancer screening practices and current status of vaccination implementation in Russian Federation, the Western countries of the former Soviet Union, Caucasus region and Central Asia// Vaccine. -2013. - № 7, P.46–58.

ТҰЖЫРЫМ

Р.О.Болатбекова, Д.Р. Кайдарова, М.Р.Қайрбаев

Kazakh Institute of Oncology and Radiology

Жатыр мойныны обырының алғашқы және екінші профилактика стратегиясы

Экономикасы төмен мемлекеттерде, сондай-ақ, дамып келе жатқан елдерде жатыр мойны обырымен сырқаттанудың артуының негізгі себебі халық арасында адамның папиллома вирусының (АПВ) кеңінен таралуы және скринингтік бағдарламаның болмауы болып табылады. Харальд Зур Хаузеннің жоғары онкогенді қауіпті АПВ-ның созылмалы персистенциясы мен жатыр мойны обырының дамуына байланысты жаңалығының арқасында жатыр мойны обырының алғашқы профилактикасын ұйымдастыру бастамасы жасалды, яғни, жоғары онкогенді қауіпті АПВ-ға қарсы вакцина әзірлеу, сондай ақ, АПВ дамыту – жатыр мойны обыры екінші профилактикасының жаңа стратегиясы ретінде тестілеу жүргізілді.

Түйінді сөздер: Жатыр мойнының обыры, адамның папиломма вирусы скрининг, вакциналау.

SUMMARY

D.R. Kaidarova, M.R. Kayrbayev, R.O. Bolatbekova

Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

Strategy of cervical cancer primary and secondary prevention.

The lack of screening programs and high prevalence of human papilloma virus (HPV) are the major factors of high of risk of cervical cancer in countries with a low level of economic development, as well as in developing countries. The opening by Harald zur Hausen of connection between chronic persistence of oncogenic HPV (high-risk HPV) and the development of cervical cancer marked the beginning of the organization of primary prevention of cervical cancer through the creation of vaccines against high-risk HPV, and the development of HPV testing as an emerging strategy for secondary prevention of cervical cancer.

Keywords: cervical cancer, human papilloma virus, screening, vaccination.

РАК ЖЕЛУДКА
УДК:616.33-006-64-082

А.Ж.Жылкайдарова

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

**Оценка динамики показателей заболеваемости
и смертности от рака желудка в Казахстане
за 2004-2014 годы**

Аннотация. В Казахстане отмечается высокий уровень заболеваемости и смертности от рака желудка (РЖ). В целях мониторинга был проведен эпидемиологический анализ распространения рака желудка (РЖ) у населения Казахстана за 2004-2014 года для оценки оказания онкологической помощи и лечебно-профилактических мероприятий. Отмечена тенденция снижения первичной заболеваемости РЖ с 22,3‰ до 17,2‰ и смертности от РЖ с 18,7‰ до 12,9‰ (стандартизированные WHO World показатели). Мужчины в 2,5 раза чаще болели чем женщины. Выделены регионы с высоким уровнем заболеваемости (Павлодарская, Кызылординская, Актюбинская, Акмолинская области). В 2009-2014 гг. отмечено увеличение уровня заболеваемости в г. Астана, в Жамбылской, Акмолинской, Актюбинской областях, снижение – в Северо-Казахстанской и Мангистауской областях. Отмечено увеличение удельного веса I-II стадий в 1,8 раз. Соотношение показателя заболеваемости к смертности за этот период снизилось с 83,9% до 66,6%, что свидетельствует об улучшении параметров оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан. Выявленные особенности заболеваемости и смертности от РЖ на территории РК будут учтены при дальнейшем расширении скрининга и перспективном планировании лечебно-диагностических мероприятий.

Ключевые слова: рак желудка, заболеваемость, смертность, Республика Казахстан.

Введение. Среди различных стран мира заболеваемость раком желудка находится на высоком уровне. Согласно базе данных GLOBOCAN, число заболевших злокачественными новообразованиями (ЗНО) желудка в 2012 году составило 951 594 человек, число умерших – 723 073 [1]. Среднемировая заболеваемость составила 12,1‰ (17,4‰ среди мужчин и 7,5‰ среди женщин) – 6 место в структуре онкозаболеваемости, смертность 8,9‰ (12,8‰ среди мужчин и 5,7‰ среди женщин), 4 место в структуре онкосмертности. Отношение смертности к заболеваемости составляет 73,6%.

Материалы и методы. Объектом исследования явились уточненные сведения 198 «Отчетов о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и «Отчетов о больных злокачественными новообразованиями» (форма № 7, форма № 35, утвержденные Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан № 128 от 6 марта 2013 г.) за 2004-2014 гг. (сплошная выборка); информация из «Извещений о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (форма № 090/у, утверж-

денная Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан № 514 от 31 июля 2012 г.); данные Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан по численности и половозрастному составу населения Казахстана за 2004-2014 гг. Всего в Казахстане за 2004-2014 гг. было зарегистрировано 30 699 больных ЗНО желудка, умерло – 25 013 человек. Материалы были проанализированы в целом по республике, а также с учетом административно-территориального деления на 14 областей и 2 города республиканского значения Астана и Алматы. Использованы традиционные методы статистической обработки материала [2, 3, 4]. Вычислены экстенсивные, интенсивные, стандартизированные и по возрастные показатели заболеваемости на 100 тысяч населения, смертность на 100 тысяч населения. Для вычисления статистических показателей использованы методики, рекомендуемые Международным Агентством по исследованию рака (МАИР) [5]. Для расчета стандартизированных показателей в качестве стандарта применялась мировая стандартная численность населения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [6]. Для оценки состояния онкологической помощи использовались показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2008 и 2014 гг. [7, 8].

Результаты. Уровни заболеваемости (на 100 000 жителей, приведенных по возрастной структуре к мировому стандарту World) по странам колеблются от 2,2‰ в Польше и Эстонии до 41,8‰ в Корее (таблица 1). Казахстан входит в группу стран с высоким уровнем заболеваемости. Оценочные показатели ВОЗ, GLOBOCAN 2012 несколько превышают реальные показатели Электронного регистра онкологических больных Республики Казахстан. Это является следствием методологических расчетов, использованных МАИР при формировании базы GLOBOCAN 2012, когда национальные показатели заболеваемости рассчитываются исходя из показателей 5-летней выживаемости [9].

Во всех странах наблюдаются существенные различия в заболеваемости по полу: мужчины в 2 и более раз чаще болеют ЗНО желудка, чем женщины. В Казахстане половые различия также выражены, заболеваемость среди мужчин превалирует над заболеваемостью среди женщин в 2,6 раз.

Показатель «отношение смертности к заболеваемости», характеризующий уровень развития онкологической службы в той или иной стране, является высоким как в развитых, так и в развивающихся странах, что свидетельствует о серьезности проблемы радикального лечения ЗНО желудка и необходи-

мости их раннего выявления. Низкие показатели отношения смертности к заболеваемости отмечаются в Японии (41,5%) и Корее (31,1%), а в Дании, Канаде и Эстонии эти показатели приближаются к отметке 100% или превышают её. В Казахстане этот показатель равен 77,8%. Важно отметить, что, по сведениям GLOBOCAN 2012, отношение указанных показателей для Казах-

стана выглядит несколько хуже (83,5%), чем по уточненным сведениям Электронного регистра онкологических больных Республики Казахстан. Эти различия служат подтверждением определенного прогресса в ранней диагностике и лечении одной из сложных локализаций рака.

Таблица 1- Заболеваемость раком желудка и смертность от него в отдельных странах мира в 2012 году (на 100 000 населения, мировой стандарт World, данные GLOBOCAN 2012)

Страны	Заболеваемость			Смертность			Отношение смертности к заболеваемости,%
	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	
Казахстан*	35,25	12,79	21,6	30,4	10,5	18,0	83,5
Казахстан**	21,5	11,7	16,5	24,6	9,3	12,8	77,6
Казахстан***	28,7	11,1	18,0	22,0	8,7	14,0	77,8
Кыргызстан	6,9	10,27	21,4	33,0	9,5	19,6	91,9
Российская Федерация	6,4	0,9	3,1	5,9	0,7	2,7	87,1
Узбекистан	16,8	8,8	12,5	15,6	8,1	11,4	91,2
Украина	5,5	0,5	2,5	4,5	0,3	2,0	80,0
Великобритания	10,0	3,5	6,5	8,7	2,9	5,6	86,2
Германия	6,9	1,3	4,0	4,5	1,1	2,7	67,5
Дания	5,6	2,4	3,9	6,5	1,9	4,1	105,1
Латвия	7,1	1,0	3,5	6,8	0,7	3,2	91,4
Литва	7,6	0,8	3,6	7,4	0,7	3,5	97,2
Нидерланды	10,0	2,8	6,3	8,3	2,3	5,2	82,5
Польша	4,0	0,8	2,2	3,8	0,7	2,1	95,5
Словакия	6,4	0,8	3,4	5,8	0,7	3,0	88,2
Финляндия	3,7	1,1	2,3	3,0	1,0	1,9	82,6
Франция	6,1	1,7	3,8	5,1	1,0	2,9	76,3
Швейцария	6,1	1,9	3,8	4,4	1,1	2,6	68,4
Швеция	3,5	1,1	2,3	3,1	0,9	2,0	87,0
Эстония	4,5	0,6	2,2	5,1	0,3	2,2	100,0
Канада	4,6	1,1	2,8	4,6	1,0	2,7	96,4
США	5,5	1,1	3,2	5,1	1,0	2,9	90,6
Китай	32,8	13,1	22,7	25,5	10,7	17,9	78,9
Корея	62,3	8,8	41,8	13,6	7,9	13,0	31,1
Япония	45,8	16,5	29,9	18,8	7,3	12,4	41,5
Австралия	6,7	3,1	4,8	3,5	1,6	2,5	52,1
Бразилия	13,1	6	9,2	10,9	4,6	7,4	80,4
* по данным ВОЗ, GLOBOCAN 2012							
** по данным ЭРОБ РК, интенсивные (грубые) показатели							
*** по данным ЭРОБ РК, стандартизованные показатели							

Анализ интенсивных и стандартизированных показателей заболеваемости раком желудка (рисунок 1) говорит о снижении частоты выявления новых случаев заболевания. За 2004-2014 годы отмечается тенденция снижения первичной заболеваемости с 20,0‰ до 16,4‰. Стандартизированные показатели имеют схожую картину снижения частоты заболеваемости. Коэффициент регрессии стандартизированных показателей практически не отличается от соответствующего коэффициента интенсивных показателей, что говорит об отсутствии влияния старения населения на уровень заболеваемости. Снижение уровня заболеваемости также говорит об уменьшении влияния неблагоприятных этиологических факторов.

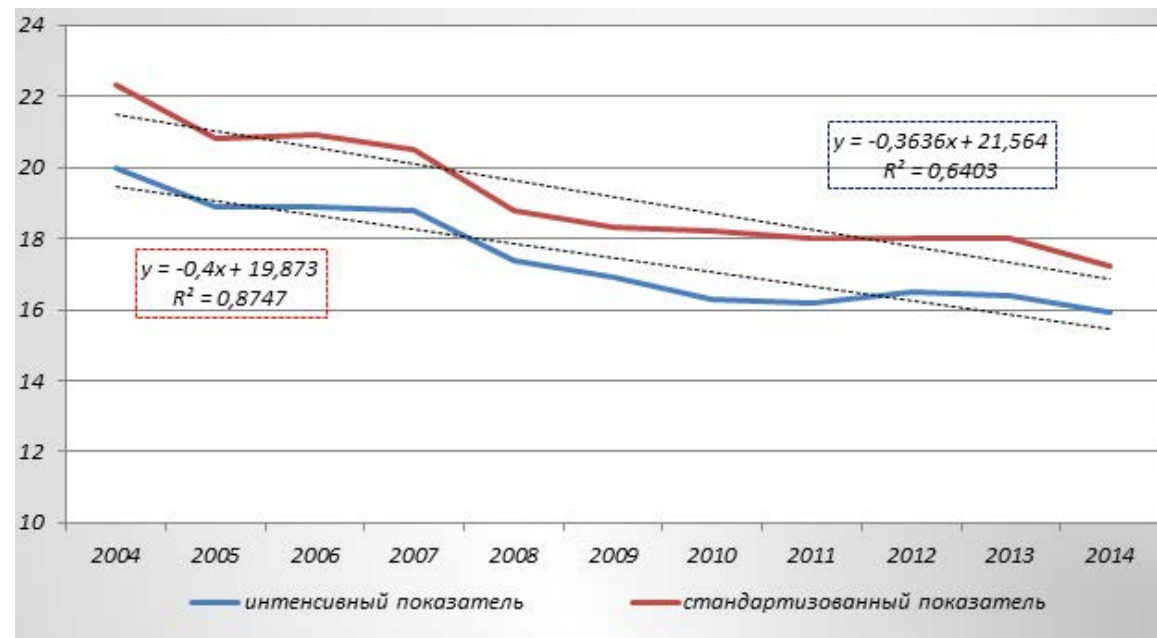


Рисунок 1 - Динамика интенсивных и стандартизованных WHO World показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями желудка на 100 000 населения Республики Казахстан за период 2004-2014 годы

Распределение заболеваемости по полу

При рассмотрении уровня заболеваемости раком желудка (рисунок 2) отмечено различие в уровнях заболеваемости по полу. Как в период 2004-2008 гг., так и в период 2009-2014 гг., мужчины в 2,5 раза чаще болели чем женщины, что в среднем не отличается от других стран мира.

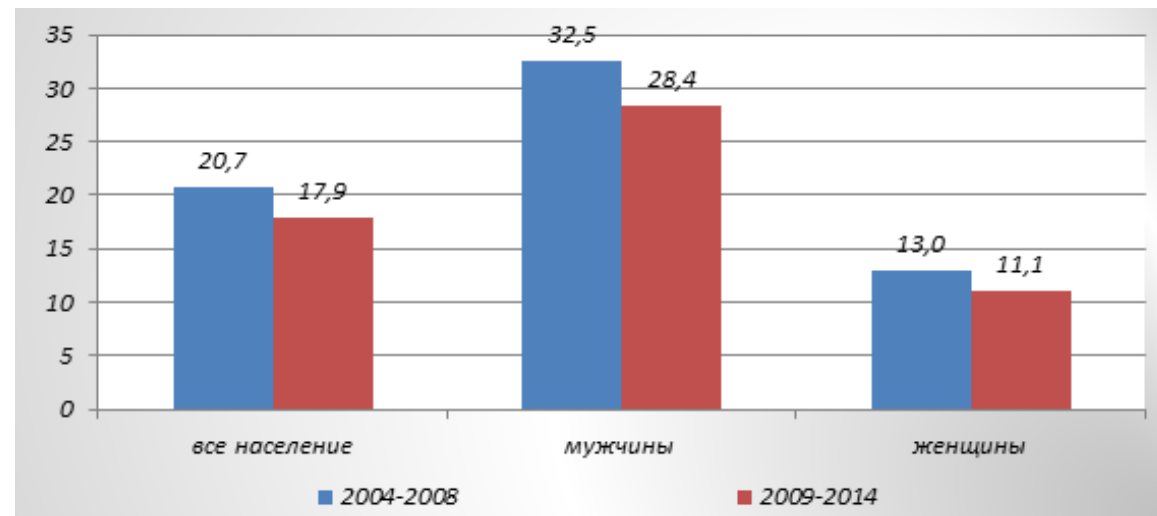


Рисунок 2 - Уровни заболеваемости злокачественными новообразованиями желудка населения Республики Казахстан в зависимости от пола (стандартизованные показатели WHO World на 100 000 населения за 2004-2008 и 2009-2014 годы)

Распределение заболеваемости по возрасту

Анализ возрастного распределения заболеваемости ЗНО желудка (рисунок 3) показывает увеличение данного показателя начиная с 40-44 лет, с неуклонным ростом и максимальными показателями в возрасте 70 лет как в период 2004-2008 гг., так и в период 2009-2014 гг.

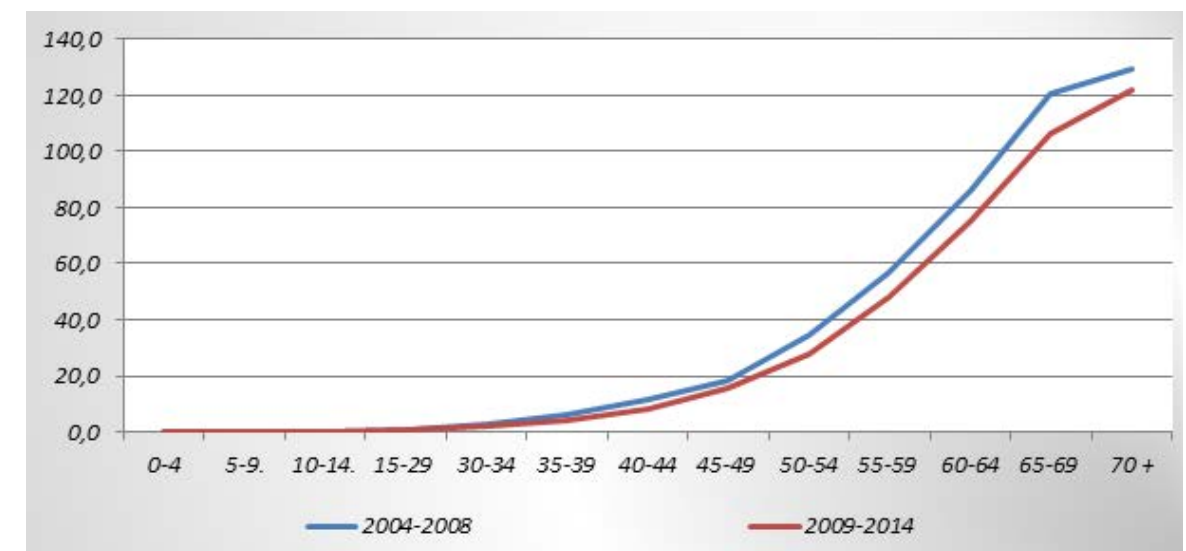


Рисунок 3 - Возрастные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями желудка населения Республики Казахстан (средние показатели на 100 000 жителей соответствующего возраста за 2004-2008 и 2009-2014 годы)

Как мужчины, так и женщины имеют максимальный уровень заболеваемости в возрасте 70 лет и старше, и возрастная динамика обоих полов схожа: уровень заболеваемости возрастает начиная с 40-44 лет и продолжает неуклонно расти.

Распределение заболеваемости по территории страны

Территориальное распределение заболеваемости ЗНО желудка (рисунок 4) позволяет выделить регионы с высоким уровнем заболеваемости (Павлодарская, Кызылординская, Актыбинская, Акмолинская области). Остальные регионы находятся приблизительно на одном уровне. Следует отметить увеличение уровня заболеваемости в период 2009-2014 гг. по сравнению с периодом 2004-2008 гг. в г. Астана, Жамбылской, Акмолинской, Актыбинской областях. В СКО и Мангыстауской областях в период 2009-2014 годов наблюдалось незначительное снижение заболеваемости по сравнению с периодом 2004-2008 годов.

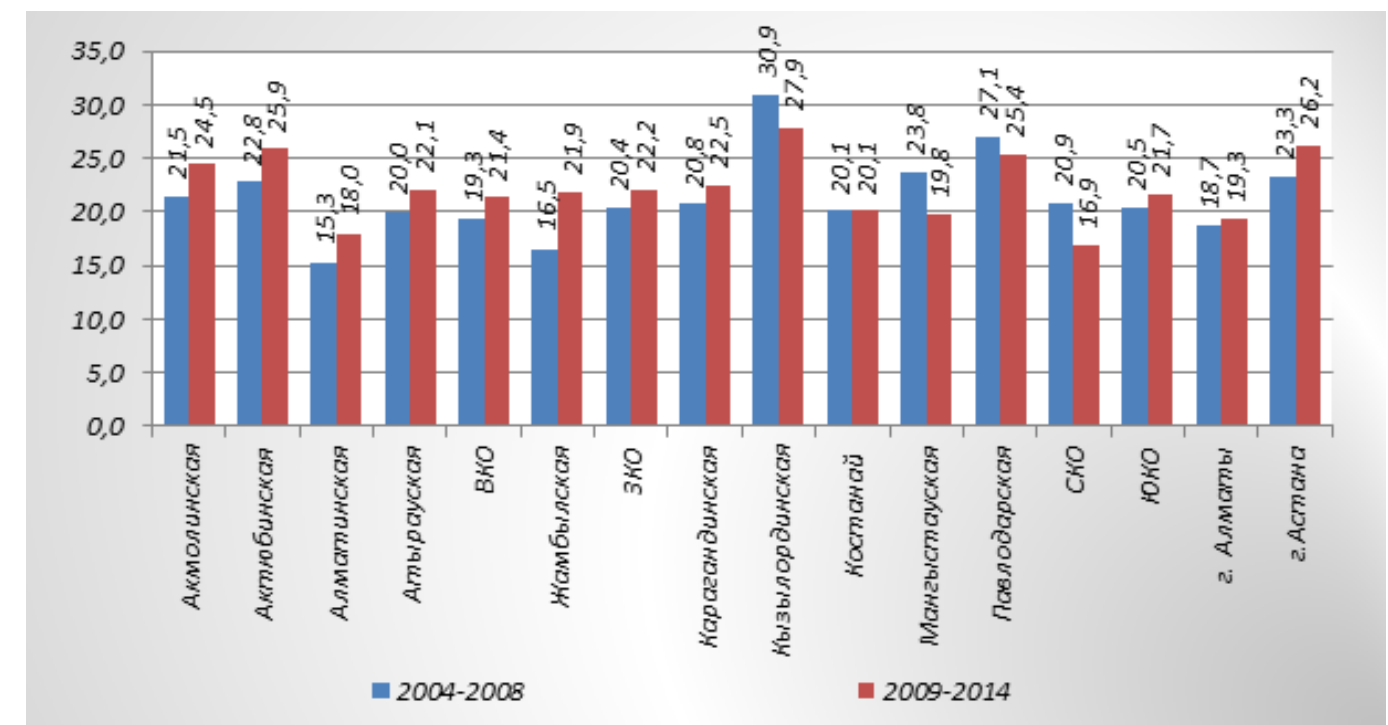


Рисунок 4 - Территориальные уровни заболеваемости злокачественными новообразованиями желудка населения Республики Казахстан (стандартизованные показатели WHO World на 100 000 населения, за 2004-2008 и 2009-2014 годы)

Удельный вес I-II, III и IV стадий

Среди вновь выявленных случаев ЗНО желудка за 2004-2014 годы, наглядно отмечается увеличение удельного веса I-II стадии в 1,8 раз (15,7% – 27,6%) за счет уменьшения удельного веса IV стадии за указанный период с 30,3% до 25,0% и III стадии с 51,1% до 44,8% (рисунок 5).

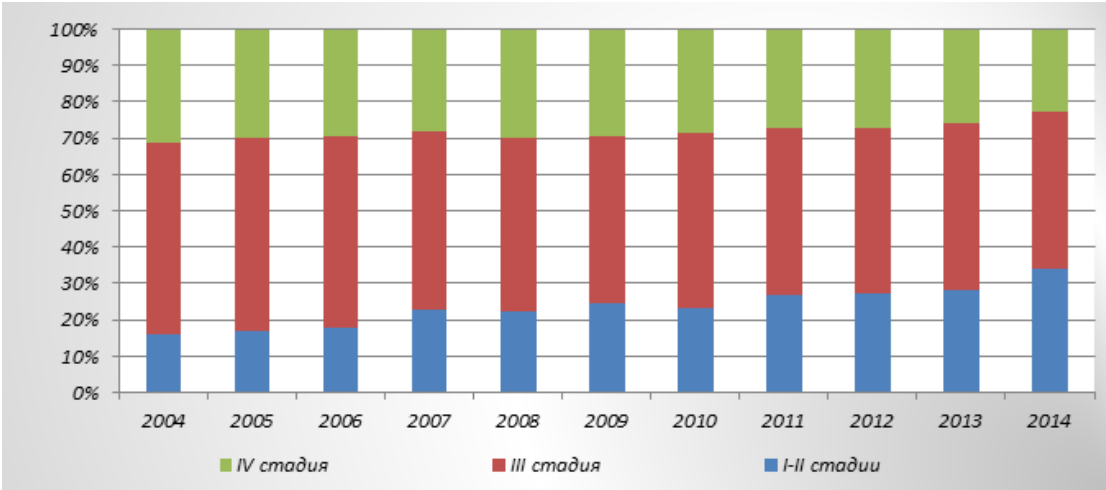


Рисунок 5 - Удельный вес I-II, III и IV стадий вновь выявленных случаев злокачественных новообразований желудка населения Республики Казахстан (%)

Состояние онкологической помощи

Таблица 2 - Основные статистические показатели рака желудка

Показатель	2008	2013
Число впервые выявленных случаев	2726	2796
Заболеваемость на 100 000 населения (грубый интенсивный показатель)	17,4	16,4
Заболеваемость на 100 000 населения (стандартизованный WHO World показатель)	18,8	18,0
Удельный вес I-II стадий (% к вновь выявленным случаям)	21,9	27,6
Удельный вес IV стадии (% к вновь выявленным случаям)	46,7	44,8
Число впервые выявленных при скрининге	85	193
Выявляемость скрининга (% к числу осмотренных)	3,1	6,9
Подтверждено морфологически (% к выявленным случаям)	83,8	87,5
Прожили менее одного года с момента установления диагноза из числа зарегистрированных в предыдущем году (одногодичная летальность в%)	57,5	51,4
Получили лечение по радикальной программе (% из числа вновь заболевших, получивших комплексное лечение)	31,6	37,9
Умерло от злокачественных новообразований желудка	2251	2129
Смертность на 100 000 населения (грубый интенсивный показатель)	15,2	14,6
Смертность на 100 000 населения (стандартизованный WHO World показатель)	16,5	16,5
Отношение смертности и заболеваемости в% (интенсивные показатели)	87,4	89,0
Отношение смертности и заболеваемости в% (стандартизованные показатели)	87,8	91,7
Число пациентов, состоящих на учете на конец года	6584	6075
Из них состоящих на учете 5 лет и более (%)	40,5	45,3

В таблице 2 представлены основные статистические показатели, характеризующие состояние онкологической помощи пациентам с ЗНО желудка [7, 8]. Число вновь зарегистрированных случаев в 2013 году увеличилось на 2,6% по сравнению с 2008 годом, число морфологических подтверждений увеличилось на 3,7% и составило 87,5%. Удельный вес I-II стадий увеличился в 2013 году на 5,7% по сравнению с 2008 годом, кроме того отмечается снижение удельного веса IV стадии на 1,9% и составил 44,8% в 2014 году. Одногодичная летальность снизилась на 6,1%, что говорит об улучшении своевременной диагностики ЗНО желудка. Число пациентов, получивших лечение по радикальной схеме, увеличилось на 6,3% и составило 37,9%. Изменения за 5 лет имеются, однако они незначительные. Кроме того, превышение удельного веса запущенных стадий по сравнению с ранней стадией заболевания раком желудка в 2,1 раз в 2008 году и в 1,6 раз в 2013 году свидетельствует о серьезности проблемы ранней диагностики рака желудка.

Уровень смертности с 2004 года по 2014 год в динамике снижался: интенсивные показатели – с 16,7‰ до 11,9‰, стандартизованные – с 18,7‰ до 12,9‰ (рисунок 6). Показатель «отношение смертности к заболеваемости» с 2004 года по 2014 год имеет волнообразный характер с повышением (до 87,8% в 2008 году) и снижением в различные годы. Фактически, с 2004 до 2010 года отмечается стабилизация показателя «отношение смертности к заболеваемости» на уровне 85%. С 2010 года тренд снижения уровня смертности имеет устойчивый характер, что подтверждается высоким коэффициентом регрессии $R^2 = 0,6507$. За указанный период показатель соотношения стандартизованных по возрасту смертности и заболеваемости снизился до 66,6% в 2014 году, что сопоставимо с такими странами, как Германия и Швейцария [1].

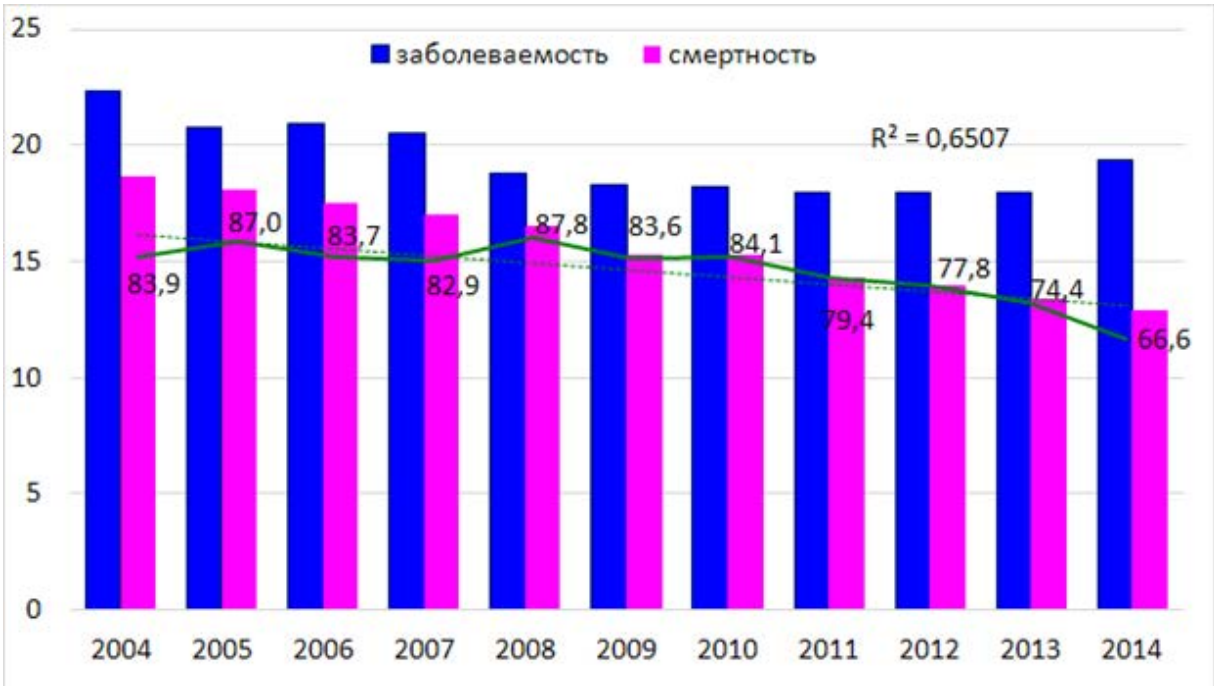


Рисунок 6 - Злокачественные новообразования желудка: заболеваемость, смертность (интенсивные показатели), отношение показателей смертности к заболеваемости (%) за 2004-2014 годы

С целью снижения смертности от рака желудка с 2013 года в пилотном режиме внедрен эндоскопический скрининг, направленный на раннее выявление рака пищевода и желудка. В настоящее время скрининг проводится в 11 регионах Казахстана с охватом около 330 тысяч мужчин и женщин от 50 до 60 лет каждые 2 года. Ежегодный охват соответствует 50% подлежащего населения. Безусловно, имеются определенные проблемы с реализацией данного скрининга, однако даже первые годы внедрения скрининга отразились на эпидемиологической картине рака желудка – впервые за более чем 10 лет в 2014 году отмечен рост заболеваемости данной патологией. Лишь в последние 5 лет с 2010 года отмечена тенденция снижения смертности от рака желудка.

Выводы. Анализ динамики распространенности рака желудка в Казахстане показывает достаточно стабильную и в то же время неблагоприятную ситуацию. Только в последние 5 лет отмечаются небольшие положительные тенденции: к снижению смертности, что более очевидно по интенсивным показателям, увеличения удельного веса ранних стадий, уменьшение показателя соотношения смертности к заболеваемости. Реализация Государственной программы «Саламатты Қазақстан», Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан, старт программы скрининга рака пищевода и желудка позволили начать процесс оснащения амбулаторно-поликлинических организаций современным эндоскопическим оборудованием, подготовки кадров, повышения информированности населения по вопросам онконастороженности и ранней диагностики онкозаболеваний. Выявленные особенности заболеваемости и смертности от рака желудка на территории Республики Казахстан необходимо учитывать при перспективном планировании лечебно-профилактических мероприятий, расширении и оценке качества скрининга рака пищевода и желудка, а также для совершенствования онкологической помощи данной категории больных.

Список использованной литературы

1. GLOBOCAN 2012 (IARC). Section of Cancer Information. Доступно по адресу: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.
2. Двойрин В.В. Методы эпидемиологических исследований при злокачественных опухолях. – М.: Медицина, 1975. – 323 с.
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика/Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
4. Кокрен У. Методы выборочного исследования/Пер. с англ. И.М. Сониной. – М.: Статистика, 1976. – 440 с.
5. Организация онкологической службы в России (методические рекомендации, пособие для врачей) Часть 2 / Под редакцией Чисова В.И., Старинского В.В., Ковалева Б.Н. – М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, 2007. – 663 с.
6. Age standardization of rates: a new WHO world standard / O.B. Ahmad [et al.] // World Health Organization [Electronic resource]. – 2001. – Доступно по адресу: <http://www.who.int/entity/healthinfo/paper31.pdf>.
7. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Игисинов С.И. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2008 год: статистические материалы. – Алматы: КазНИИОиР, 2009. – 100 с.
8. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д., Байпеисов Д.М. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2013 год: статистические материалы. – Алматы: КазНИИОиР, 2014. – 100 с.
9. Antoni S., Soerjomataram I., Møller B. et al. An assessment of GLOBOCAN methods for deriving national estimates of cancer incidence - Bulletin of the World Health Organization. – 2016. – Vol. 94. – P.174-184. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.164384>.

ТҰЖЫРЫМ

А.Ж.Жылқайдарова

Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты, Алматы қ.

2004-2014 жылдары Қазақстанда асқазанның қатерлі ісігімен ауыру және өлім көрсеткіштерінің динамикасын бағалау

Қазақстанда асқазан қатерлі ісігі ауруына (АҚІ) шалдығу мен өлім деңгейінің жоғарылауы байқалады. Онкологиялық көмек пен емдеу-профилактикалық іс-шаралардың көрсетілуін бағалау үшін 2004-2014 жылдары Қазақстан тұрғындарында АҚІ-нің таралуын бақылау мақсатында эпидемиологиялық талдау жүргізілді. АҚІ-мен алғашқы сырқаттанушылықтың 22,3%ооо-дан 17,2%ооо-ға дейін, АҚІ-ден болған өлімнің 18,7%ооо-дан 12,9%ооо-ға дейін (стандартталған WHO World көрсеткіштері бойынша) төмендеу үрдісі белгіленген. Ер адамдар әйелдерге қарағанда 2,5 есе жиі ауырады. Сырқаттанушылықтың жоғары деңгейі (Павлодар, Қызылорда, Ақтөбе, Ақмола облыстары) өңірлерінде анықталды. 2009-2014 жылдары сырқаттанушылық деңгейінің артуы – Астана қ., Жамбыл, Ақмола, Ақтөбе облыстарында, төмендеуі – Солтүстік Қазақстан, Маңғыстау облыстарында байқалды. I-II сатыдағы АҚІ үлес салмағы 1,8 есеге артқан. Осы кезеңдегі сырқаттанушылық көрсеткішінің өлімге арақатынасы 83,9%-дан 66,6%-ға дейін азайған, бұл Қазақстан Республикасының тұрғындарына онкологиялық көмек көрсетілу параметрлерінің жақсарғанын куәландырады. ҚР аумағында сырқаттанушылықтың және АҚІ-ден болған өлімнің анықталған ерекшеліктері скринингті әрі қарай кеңейтуде және емдеу-диагностикалық іс-шараларды перспективалық жоспарлауда ескеріледі.

Түйінді сөздер: асқазанның қатерлі ісігі, сырқаттанушылық, өлім, Қазақстан Республикасы.

SUMMARY

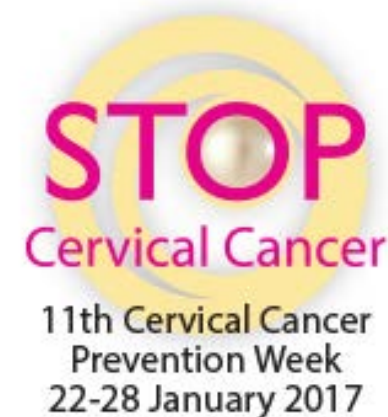
A.Zhylkaidarova

Kazakh Institute of Oncology and Radiology, Almaty

Stomach cancer incidence and mortality dynamics in Kazakhstan in 2004-2014

Kazakhstan has a high level of stomach cancer (SC) incidence and mortality. Epidemiological analysis of SC prevalence in Kazakhstan during 2004-2014 was conducted for the purposes of monitoring and assessment of cancer care, treatment and preventive measures. Primary SC incidence and mortality have decreased from 22.3%ооо to 17.2%ооо, and from 18.7%ооо to 12.9%ооо, respectively (standardized WHO World indices). SC incidence in men was 2.5 times higher than in women. Several regions like Pavlodar, Kyzylorda, Aktobe, and Akmola had a high SC incidence. In 2009-2014, the incidence has increased in Astana, Zhambyl, Akmola, Aktobe regions, with a decrease in North Kazakhstan and Mangistau regions. The proportion of stages I-II increased by 1.8 times. The ratio of mortality to incidence for the period has decreased from 83.9% to 66.6% what indicates an improvement in cancer care in the Republic of Kazakhstan. The revealed features of SC incidence and mortality in the Republic of Kazakhstan will be taken into account during further expansion of screening and long-term planning of treatment and diagnostic measures.

Keywords: stomach cancer, incidence, mortality, the Republic of Kazakhstan.



С 23 по 29 января 2017 г. в Казахстане традиционно прошла Неделя осведомленности о раке шейки матки. В рамках мероприятий, запланированных Министерством здравоохранения и социального развития, Казахским научно-исследовательским институтом онкологии и радиологии (КазНИИОиР), Управлениями здравоохранения и региональными онкологическими центрами по всей стране, мы пригласили женщин всех возрастов для прохождения бесплатного гинекологического осмотра со взятием пап-теста (мазка с шейки матки для проверки на наличие атипичных клеток).

Прохождение пап-теста представилось в Казахстане в рамках Государственной программы по развитию онкологической службы всем женщинам в возрасте от 30 до 60 лет с интервалом один раз в пять лет.

28 января 2017 г. в рамках Недели осведомленности о раке шейки матки пап-тест проводился на бесплатной основе всем желающим. Также в этот день в онкологических учреждениях по всей стране прошли дни открытых дверей, где женщины получили бесплатную консультацию у гинеколога-онколога.

28 января с 9.00 до 14.00 День открытых дверей по раннему выявлению рака шейки матки прошел в Казахском НИИ онкологии и радиологии в Алматы.



УДК:616.33-006.6:615-073.75

^{1,2}ZH.ZH. Zholdybay, ¹D.M. Zhetpisova, ¹A.Y.Kozhabekova, ¹G.S. Akhmetova, ^{1,2}Zh.K.Zhakenova¹Kazakh Institute of Oncology and Radiology²Asfendiyarov Kazakh National Medical University

Capabilities of computer tomography in gastric cancer diagnostics

Abstract. Early diagnostics of gastric cancer (GC) remains a vital problem of today. This study was done to define the relevance and potential of computer tomography (CT) in diagnostics of GC. The study group consisted of 59 patients at the mean age of 59.8 with primary diagnosed GC. They underwent CT before surgery to determine the prevalence of the process. The CT results were analyzed by the process localization, tumor growth form, visualization of regional lymph nodes, CT-semiology of GC, invasion of the adjacent organs, and the presence of distant metastases. The CT showed the prevalence of endophytic GC growth form (46 cases, 78%) over the mixed (11, 19%) and exophytic forms (2, 3%). In most cases, GC was observed in the stomach body (49%). The augmentation of regional lymph nodes was revealed in 47.4% of GC cases. The adjacent organs were invaded in 5 (8.5%) cases, with liver metastases in 2 (3.4%) cases. In 11.9% of cases, CT allowed to review the stage of the process and treatment strategy.

CT is the method of choice for the staging of gastric cancer.

Keywords: computer tomography, gastric cancer.

Relevance. Gastric cancer (GC) ranks five in the world among other cancers. 951,000 new cases of GC were registered in 2012 accounting for 7% of all malignances. GC is the third cause of cancer mortality worldwide after lung and liver cancers [1, 2]. In 2014, GC ranked fourth in Kazakhstan among all cancers and second in the structure of cancer mortality [3]. GC has a high recurrent rate and a low five-year survival index worldwide (about 25-30% in 2012), as well as in Kazakhstan (46% in 2014).

Early diagnostics of GC remains a vital problem of today. The main diagnostic technique is esophagogastroscope followed by biopsy [5]. The radiological methods of GC diagnostics include X-ray imaging, stomach CT or MRI [6]. Standard 2D-mode CT programs provide only 20-56% sensibility of CT in GC diagnostics therefore today CT is not used for primary radiological diagnostics of GC but is the method of choice mainly for the staging of GC [5].

The presented study was done to define the potential of CT in diagnosing the GC.

Material and methods. 122 patients with histologically verified malignant neoplasm of stomach underwent stomach CT in Kazakh Institute of Oncology and Radiology from Jan. 01, 2015 till Nov. 01, 2016. Of them, 63 (51.6%) patients with previously established GC passed CT repeatedly so they were not included in the research.

The study group consisted of 59 patients at the mean age of 59.8 with primary diagnosed GC. All patients previously underwent esophagogastroscope followed by biopsy and were diagnosed

with GC. They underwent CT before surgery to determine the prevalence of the process. The CT results were analyzed by the process localization, tumor growth form, visualization of regional lymph nodes, CT-semiology of GC, invasion of the adjacent organs, and the presence of distant metastases.

The examination was done using the computer tomographic scanner LightSpeedVCT (GE) with oral and intravenous administration of a contrast agent (visipack, ultrawhist). The CT research was conducted in the axial plane with the subsequent re-formatting in the sagittal and frontal planes.

Results. The CT results were analyzed by the process localization, tumor growth form, and visualization of regional lymph nodes. Figure 1 provides the distribution of GC cases by growth form according to CT.

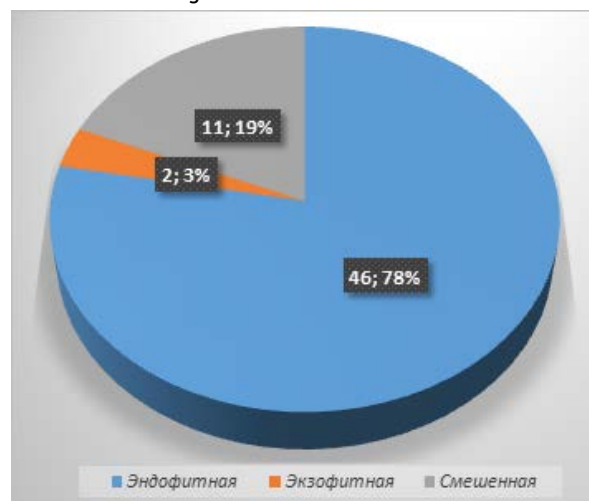


Figure 1 - Distribution of GC cases by growth form according to CT

As shown in Fig. 1, endophytic growth form (46 cases, 78%) prevailed over the mixed (11, 19%) and exophytic forms (2, 3%).

Figure 2 shows the distribution of GC cases by localization of the process according to stomach CT.

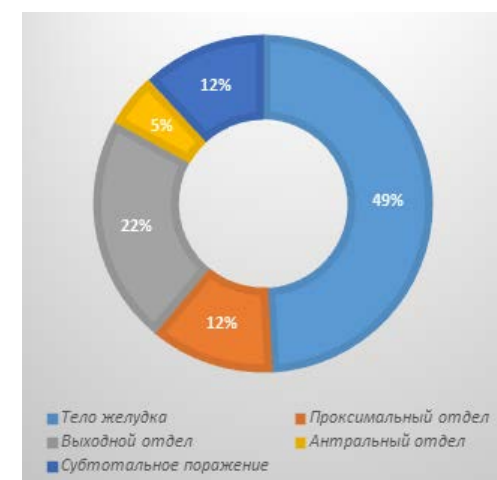


Figure 2 - Distribution of GC cases by process localization according to CT

In most cases, GC was localized in the stomach body (49%). Localization in the pylorus was 2.2 times less often (22%), even more rarely - in proximal section (12% cases), with the least number of cases in antral section (5%). Subtotal lesion of stomach was observed in 12% of cases.

Figure 3 provides the results of analyses of enlarged regional lymph nodes in GC patients on CT-slices.

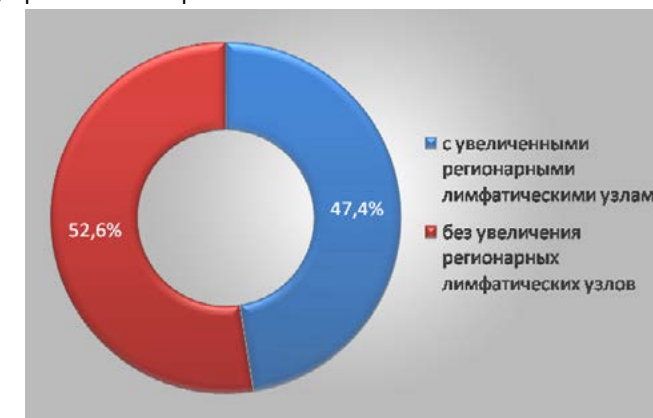


Figure 3 - Involvement of regional lymph nodes during GC according to CT

The CT of stomach and abdominal organs showed the augmentation of regional lymph nodes in 47.4% (28) of GC cases. In 52.6% of cases, the lymph nodes were not visualized.

CT semiology of GC was studied to analyze the frequency of the following symptoms on CT-slices of GC patients: the thickening of the stomach wall, the pathological reorganization of relief, the unevenness and blurring of stomach contours. All 59 (100%) patients had thickened stomach walls, the unevenness and blurring of stomach contours was observed in 41 (69.5%) cases while the pathological reorganization of relief was rare on CT-slices and was found only in 9 (15.3%) cases. The maximum thickness of stomach wall at GC reached 3.2 cm according to CT.

The stomach CT allowed analyzing invasion of gastric tumor process in adjacent organs and the presence of metastatic process in the abdominal organs, retroperitoneal space and bone structures. The adjacent organs were invaded in 5 (8.5%) cases, with liver metastases in 2 (3.4%) cases.

Conclusion. In 11.9% of cases, CT allowed to review the stage of the process and treatment strategy. CT is the method of choice for the staging of gastric cancer.

Список литературы

1. 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; N136. – P. E359-E386.
2. Kim S.J., Cho Y.S., Moon S.H. et al. Primary Tumor 18F-FDG Avidity Affects the Performance of 18F-FDG PET/CT for Detecting Gastric Cancer Recurrence. // J Nucl Med 2016; 57:544–550. He M.M., Wu W.J., Wang F., et al. S-1-based chemotherapy versus capecitabine-based chemotherapy as first-line treatment for advanced gastric carcinoma: a meta-analysis // PLoS One. -2013.-N 8: e82798. Doi: 10.1371/journal.pone.0082798.
3. Indicators of oncology services of Kazakhstan for 2009, 2011, and 2012 (statistical data). Resp. Eds. S.D. Seytkazina et al. – Almaty, 2010, 2012, 2013.
4. National Cancer Institute Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER 18: 2005-2011). Statfact sheets: stomach cancer, <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/stomach.html>.
5. Kim J.H., Eun H.W., Choi J.H. et al. Diagnostic Performance of Virtual Gastroscopy Using MDCT in Early Gastric Cancer Compared with 2D Axial CT: Focusing on Interobserver Variation. // AJR 2007; 189:299–305.
6. Dumansky Yu.V., Stepko V.A., Sinyachenko O.V. Risk factors for fatal complications in the early postoperative period in patients with cancer of gastroesophageal area. // Clinical Surgery 2016; 2:5-7.

ТҰЖЫРЫМ

^{1,2}**Ж.Ж. Жолдыбай, ¹Д.М. Жетписова,
¹А.Е. Кожабекова, ¹Г.С. Ахметова,
^{1,2}Ж.К. Жакенова**

¹Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

²С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақтың Ұлттық медицина университеті

Асқазан қатерлі ісігінің диагностикасындағы компьютерлік томографияның мүмкіндіктері

Бұл жұмыста асқазан қатерлі ісігінің диагностикасындағы компьютерлік томографияның өзектілігі және мүмкіндіктері сипатталған. Асқазан қатерлі ісігімен ауратын 122 науқасқа асқазанның КТ зерттеуі жасалып, оның ішінде алғаш анықталған асқазан қатерлі ісігімен 59 науқасқа жынысы, жасы, процестің орналасуы, өсу түрі, процестің жайылуы және ілеспелі ауруы бойынша талдау жасалды. Зерттеу жұмысында көрнекі құралдар қолданылды.

Түйінді сөздер: компьютерлік томография, қатерлі ісік, асқазан.

АННОТАЦИЯ

^{1,2}**Ж.Ж. Жолдыбай, ¹Д.М. Жетписова,
¹А.Е. Кожабекова, ¹Г.С. Ахметова, ^{1,2}Ж.К.
Жакенова**

¹Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

²Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Возможности компьютерной томографии в диагностике рака желудка

Ранняя диагностика РЖ остается главной проблемой сегодня. С целью определения возможностей КТ в диагностике РЖ и было предпринято данное исследование.

Ключевые слова: компьютерная томография, рак желудка.

УДК: 616.33-006.6

Олжаев С.Т., Сейсембаев М.А., Лазарев А.Ф.

ГКП на ПХВ «Алматинский региональный онкологический диспансер», г. Алматы, Республика Казахстан

НУО Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы, Республика Казахстан

³Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, г. Барнаул, Российская Федерация

Нарушения функционального состояния сосудистого эндотелия у больных раком желудка и их коррекция

Аннотация. В целях определения результатов применения способа коррекции нарушений функций эндотелия было обследовано 122 оперированных больных со II и III клинической стадиями рака желудка. Все больные подвергались радикальному хирургическому лечению. Исследованы показатели функции эндотелия и содержание циркулирующих эндотелиоцитов. Выявлено, что применение L-аргинина и ингибитора АПФ обеспечивает снижение степени эндотелиальной дисфункции и повреждение эндотелия, что коррелирует со снижением частоты послеоперационных осложнений, поздних осложнений в виде развития рецидивов и метастазов и неблагоприятных исходов.

Ключевые слова: рак желудка; дисфункция эндотелия; коррекция; клинические исходы

Введение. Эндотелиальная дисфункция – универсальный механизм развития патологических процессов, оказывающий влияние на течение и исход всех форм заболеваний человека [1,2]. При злокачественных новообразованиях наиболее изучено воздействие эндотелиальных факторов на процесс развития опухолей посредством продукции факторов сосудистого роста, которые обуславливают процесс неоваскуляризации новообразования [3,4].

Однако как в патогенезе, так и при лечении опухолей существенную роль могут играть другие механизмы воздействия эндотелия, в частности, на состояние системного и местного кровообращения и гемостаз [5]. Известно, что исход заболевания у онкологических больных часто определяется сопутствующей патологией, прогрессирование которой ассоциировано непосредственно с неоплазией или с риском развития тромбозов [6].

И те, и другие аспекты весьма существенны при оперативном лечении рака, поскольку проведение вмешательства усугубляет эндотелиальную дисфункцию и стимулирует связанные с ней патофизиологические изменения.

Существующие способы медикаментозной коррекции функции эндотелия в онкологии предусматривают только воздействие на эффекты факторов роста сосудов, но не на сосудодвигательные и протромботические механизмы. Мы полагаем, что нормализация последних позволит снизить риск развития послеоперационных осложнений и улучшить течение периода реабилитации.

Цель исследования: определить результаты применения способа коррекции нарушений функций эндотелия сочетанием L-аргинина и ингибитора ангиотензинпревращающего фермента у оперированных больных раком желудка.

Материалы и методы исследования. Осуществлено комплексное обследование 122 больных со II и III клинической стадиями рака желудка (62 и 60 пациентов соответственно), в том числе, 87 мужчин и 35 женщин в возрасте от 41 до 70 лет (средний возраст 64,2±2,3 года).

Все больные подвергались радикальному хирургическому лечению в виде операций гастрэктомии или субтотальной резекции желудка с лимфодиссекцией в объеме D2.

Из исследования были исключены пациенты с тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями. Обязательным критерием включения было наличие информированного согласия на осуществление дополнительных методов консервативного лечения и на анонимное использование полученных данных в научном исследовании.

Все больные были распределены на 2 группы в зависимости от наличия дополнительной терапии в периоперационном периоде, направленной на коррекцию эндотелиальной дисфункции (основная – 54, сравнения – 68 больных). Между пациентами выделенных групп не было существенных различий по возрасту, полу, стадии новообразования, локализации опухоли в желудке, тяжести состояния в предоперационном периоде, сопутствующим заболеваниям и проведенным оперативным вмешательствам.

В качестве контрольной группы обследованы 40 практически здоровых лиц в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст 57,3±2,0 года).

Исследованы показатели функции сосудистого эндотелия: содержание десквамированных (циркулирующих) эндотелиоцитов в крови (ЦЭ), концентрация фактора вон Виллебранда (ФВ) в плазме и степень эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) [7].

Клинические результаты рассматривались в плане выявления осложнений в раннем послеоперационном периоде (гнойно-септические, тромботические) и при проспективном наблюдении сроком 2,1±0,1 года в основной группе и 2,0±0,2 года – в группе сравнения.

были более значительными в отдаленном периоде (RR=2,34, p<0,05), а при III стадии более значительными оказались различия по частоте ранних осложнений (RR=1,96; p<0,05).

Заключение. Коррекция эндотелиальной дисфункции в клинической практике применяется практически только у больных с сердечнососудистой патологией. Именно для больных гипертонической болезнью и ИБС были разработаны методы коррекции эндотелиальной дисфункции в виде бета-адреноблокаторов с эффектом непосредственной донации оксида азота и выявлены плеотропные свойства ингибиторов АПФ [9,10].

Оперативное лечение злокачественных новообразований, как и других хирургических заболеваний, обуславливает кратковременное ухудшение функции эндотелия, генез которого связан с операционной травмой. Однако в отличие от хирургических вмешательств, не связанных с онкопатологией, при наличии последней следует учитывать очень существенный момент необходимости блокирования распространения клеток новообразования системными механизмами макроорганизма [6,11]. Одним из ведущих механизмов является эндотелиальный. Наличие выраженной эндотелиальной дисфункции может послужить фактором, способствующим сохранению пула опухолевых клеток и возможности рецидивов и метастазов.

Выявленное нами ухудшение функционального состояния сосудистого эндотелия у больных раком желудка после хирургического лечения, развивавшееся на фоне исходного нарушения, могло быть основанием для негативных результатов, которые встречались у пациентов данной группы более чем в 20% случаев.

Использованный способ коррекции эндотелиальной дисфункции L-аргинином и ингибитором АПФ позволил существенно улучшить исследованные ее параметры, что коррелировало с клинической эффективностью способа лечения.

В целом мы считаем данное направление в онкохирургии и в онкологии перспективным, по крайней мере, для улучшения результатов ведения оперированных больных.

Список литературы

1. Rajendran P., Rengarajan T., Thangavel J. et al. The Vascular Endothelium and Human Diseases// Int. J. Biol. Sci., - 2013, - Vol. 9(10). - P.1057-1069.
2. Hack C.E., Zeerleder S. The endothelium in sepsis: source of and a target for inflammation // Crit. Care. Med. - 2011. - Vol. 29, - Suppl. 7:P. S21-S27.
3. Schips L., Dalpiaz O., Lipsky K. et al. Serum levels of vascular endothelial growth factor (VEGF) and endostatin in renal cell carcinoma patients compared to a control group// Eur. Urol. - 2007. - Vol.51(1). - P.168-173.
4. Kaya M., Wada T., Akatsuka T. et al. Vascular endothelial growth factor expression in untreated osteosarcoma is predictive of pulmonary metastasis and poor prognosis// Clin. Cancer Res. - 2000. - Vol. 6. - P. 572-577.
5. Levi M., ten Cate H., van der Poll T. Endothelium: interface between coagulation and inflammation// Crit. Care Med. - 2012. - Vol.30, Suppl.5. - P.S220-S224.
6. Liotta L.A. Tumor invasion and metastases: Role of the extracellular matrix Roads Memorial Award lecture// Cancer Res. - 2006. - Vol. 46. - P. 1-7.
7. Головченко Ю.И., Трещинская М.А. Обзор современных представлений об эндотелиальной дисфункции// Consilium Medicum Ukraina. - 2008,- Vol.11:- P17-25.
8. Efron B., Tibshirani R.J. An introduction to the bootstrap// New York: Chapman & Hall, Software, 1993.
9. Halcox J., Schenke W.H., Zalos G. Prognostic Value of coronary vascular endothelial dysfunction // Circulation. - 2012. - № 6. - P. 653-658.
10. Sorensen K.E., Celermajer D.S., Spiegelhalter D.J. et al. Noninvasive measurement of human endothelium-dependent arterial responses: accuracy and reproducibility // Brit. Heart J. - 1995. - Vol. 74. - P. 247-253.
11. Seto Y., Shimoyama S., Yamazaki J. et al. Lymph node metastases and preoperative diagnosis of depth of invasion on early gastric cancer// Gastric Cancer. - 2004. - Vol. 4, N 1. - P.34-38.

ТУЖЫРЫМ

¹Олжаев С.Т., ²Сейсембаев М.А., ³Лазарев А.Ф.

¹ШЖҚММК «Алматы Аймақтық Онкологиялық Диспансері», Алматы қ., Қазақстан Республикасы

²Қазақстан-Ресей медициналық университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

³Н.Н. Блохин атындағы Ресей онкологиялық ғылыми центр Алтай филиалы, Барнаул қ., Ресей

Асқазан обыры бар науқастардағы тамырлық эндотелийдің функциялық жағдайының бұзылыстары және оны коррекциялау

Тамырлық эндотелийдің функциялық жағдайының бұзылыстарын коррекциялау мақсатында 122 оперциясы жүргізілген II және III клиникалық сатыдағы асқазан обыры бар науқастар тексерілді. Барлық науқастар радикалды хирургиялық емдеуден өтті. Эндотелий қызметінің көрсеткіштері мен айналымдағы эндотелиоциттер құрамы зерттелді.

L-аргинин мен ангиотензин алмастырушы ингибиторларын қабылдау эндотелий зақымдалуы мен эндотелиалды дисфункцияның дәрежесінің төмендеуін қамтамасыз етіп, операциядан кейінгі асқыну жиілігі және рецидив дамуы, жағымсыз аяқталуы, метастаздар тәрізді кеш асқынуларының төмендеуімен корреляцияланады.

Түйінді сөздер: асқазан обыры; эндотелиалды дисфункция; коррекция; клиникалық аяқталу.

SUMMARY

¹Olzhayev S.T., ²Seisembayev M.A., ³Lazarev A.F.

¹Almaty Regional Cancer Detection Centre, Almaty, Kazakhstan

²Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

³Altai Branch of Blokhin Russian Cancer Research Center, Barnaul, Russian Federation

Vascular endothelium dysfunction in patients with gastric cancer and its correction

122 patients with gastric cancer of clinical stages II and III were comprehensively examined after radical surgery to define the efficiency of this endothelial dysfunction correction method. Functional performance of endothelium and circulating endothelial content were tested to reveal that the treatment with L-arginine and ACE inhibitor has mitigated endothelial dysfunction and endothelial damage. It correlated with a reduced frequency of postoperative complications, late complications in the form of recurrence and metastasis, and mortality.

Keywords: gastric cancer; endothelial dysfunction; correction; clinical outcome.

УДК: 616.33-06-089

Е.Б. Ижанов, Е.Ш. Абзалбек, С.К. Менбаев, М.С. Садык

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Современная стратегия хирургического лечения рака желудка

Аннотация. В обзоре рассмотрены вопросы эпидемиологии и современной стратегии хирургического лечения рака желудка с применением методики расширенной лимфодиссекции. Представлены непосредственные результаты хирургического лечения 348 больных раком желудка с расширенной лимфодиссекцией.

Ключевые слова: рак желудка, хирургическое лечение, лимфодиссекция.

К началу XXI столетия заболеваемость раком желудка (РЖ) снизилась практически во всех экономически развитых странах мира, и эта тенденция продолжает сохраняться даже в тех регионах, где имеется высокий риск возникновения данного заболевания. Причиной тому, по всей видимости, является изменение пищевого рациона, условий хранения и приготовления продуктов питания [1, 2]. Вместе с тем, практически повсеместно РЖ остается одной из главных причин смертности населения от злокачественных новообразований.

Достаточно неоднозначна картина заболеваемости данной нозологической формой как в мире, так и в пределах одного государства. Так, наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются в Японии, Корее и Китае, тогда как в США это заболевание является крайне редким. В Российской Федерации заболеваемость в среднем по стране составляет 38,9 на 100000 населения, тогда как у народов Крайнего Севера этот показатель выше 160 человек на 100000 населения.

В Республике Казахстан на протяжении многих лет РЖ остается на 2-м ранговом месте среди всех злокачественных новообразований после рака легкого. Уровень заболеваемости составляет 20,4 человека на 100000 населения. Наиболее неблагоприятными регионами нашей Республики, где показатели заболеваемости превышают средние по Республике, являются Костанайская, Северо-Казахстанская, Кызылординская, Восточно-Казахстанская, Атырауская области [3].

Эпидемиология рака желудка. Сравнительный анализ регионов с высоким и низким уровнем заболеваемости позволяет с некоторым приближением выделить ряд возможных этиологических факторов этого заболевания.

В настоящее время показано отсутствие достоверной связи заболевания с генетическими факторами [2]. Более весомое воздействие оказывают факторы внешней среды. Так, при проведении анализа доказано, что при переселении из регионов с высокой частотой заболеваемости в зоны меньшей заболеваемости риск возникновения РЖ снижается. Причем, снижение более выражено во втором поколении, чем в первом [4,5].

Наиболее сильным экзогенным фактором риска является диета. Высококалорийная пища с включением животного мяса,

копченостей, большой концентрацией соли ассоциирована с высоким риском развития РЖ. В противоположность этому, употребление свежих фруктов, клетчатки и витаминов является протекторным фактором развития РЖ (особенно, рака интестинального типа) [6].

Достоверно в последнее время доказана связь *Helicobacter pylori* (HP) с развитием РЖ. Механизм инфекционного канцерогенеза связан со способностью микроорганизма вызывать выраженный инфильтративный гастрит с интенсивной пролиферацией клеток. Длительный период воспаления вызывает явления атрофии и кишечной метаплазии, которые следует интерпретировать как предраковые изменения кишечного типа. Вместе с тем доказано, что в HP также выявляется 100% случаев РЖ диффузного типа [6].

Тактика хирургического лечения. Несмотря на некоторые успехи комбинированных методов лечения, синтез новых химиопрепаратов, хирургический метод остается единственным, позволяющим надеяться на выздоровление или длительную ремиссию при РЖ.

Ни для кого не секрет, что радикальность любой операции при опухолевом процессе оценивалась не только адекватной резекцией органа, но и моноблочным удалением регионарных лимфоколлекторов как путей лимфогенного метастазирования. Более 100 лет известен термин «лимфаденэктомия», обозначающий удаление зоны регионарного метастазирования. Последние годы все больше ученых склоняется к понятию «лимфодиссекция», поскольку оно является более емким, чем лимфаденэктомия, и предусматривает удаление всего лимфатического аппарата с окружающей клетчаткой.

Множеством исследований доказана высокая степень лимфогенного метастазирования РЖ как одной из наиболее агрессивных опухолей ЖКТ. Поэтому не вызывает никаких сомнений необходимость выполнения лимфодиссекции как одного из основных этапов при операциях по поводу РЖ, причем выполнение ее должно нести не только лечебный, но и превентивный характер.

Выполнение расширенной лимфодиссекции обусловлено следующими предпосылками:

- улучшение локального контроля с целью снижения риска возникновения локорегионарных рецидивов;
- возможность определения истинной распространенности опухолевого процесса и формирование стратегии послеоперационного лечения и прогноза.

В настоящее время в литературе описаны лишь несколько рандомизированных исследований относительно эффективности расширенной лимфодиссекции при хирургическом лече-

нии РЖ. Большинство исследователей ориентируется лишь на собственный многолетний опыт и результаты ведущих клиник мира, занимающихся данной проблемой. Мировым лидером по изучению данной проблемы являются японские исследователи. С начала 60-х годов прошлого столетия в Японии принята Национальная Программа по изучению рака желудка, там же достигнуты наилучшие результаты лечения. Японским научным обществом по изучению рака желудка (JRS GC) и, в дальнейшем, Японской ассоциацией по раку желудка (JGCA, 1998) определены и детально описаны 16 групп регионарных лимфатических узлов, формирующих 3 последовательных этапа лимфогенного метастазирования РЖ от различных отделов органа -N1-N3.

Первый этап: перигастральные лимфоузлы связочного аппарата желудка (№№ 1-6);

Второй этап: лимфатические узлы по ходу ветвей чревного ствола (чревный ствол, левая желудочная артерия, общая печеночная артерия, ворота селезенки и по ходу селезеночной артерии, №№ 7-11);

Третий этап: забрюшинные лимфоузлы гепатодуоденальной связки (№12), ретропанкреатодуоденальной зоны (№13), по ходу верхней брыжеечной артерии (№14), по ходу средней ободочной артерии (№15) и парааортальные лимфоузлы (№16).

Необходимо отметить, что для различных локализаций опухоли в желудке лимфатические узлы могут относиться к различным этапам метастазирования.

Вовлечение в опухолевый процесс N1-N2 коллекторов рассматривается как регионарное метастазирование, тогда как N3-как отдаленное метастазирование.

Таблица 1 - Различные варианты лимфодиссекции

Тип вмешательства	Объем лимфодиссекции		
	N1	N2	N3
Стандартная гастрэктомия Д1	+	-	-
Стандартная радикальная гастрэктомия Д2	+	+	-
Расширенная радикальная гастрэктомия Д3	+	+	+

Следует сразу отметить, что данная классификация радикальности выполняемых операций применима лишь для некоторых ведущих клиник мира, поскольку во многих случаях Д2-лимфодиссекция рассматривается как расширенная.

Впервые сравнительный анализ результатов расширенной лимфодиссекции на ретроспективном материале выполнил Mine M. (1970). Авторами выявлено некоторое улучшение результатов, особенно, при выявлении метастазов в лимфоузлах: 5-летняя выживаемость Д0-1 и Д2-3 составили соответственно 49%, 10% и 53%, 21% при наличии и отсутствии метастазов в лимфоузлах.

Аналогичное исследование Y. Kodama (1981) показало повышение 5-летней выживаемости с 33% до 58% при выполнении Д0-1 и Д2-3 лимфодиссекций.

К началу 90-х годов в Японии была практически завершена отработка методологических аспектов расширенной лимфодиссекции. По данным одного из основоположников методики проф. K. Maugyama (1995), расширение объема операции

позволило повысить резектабельность процесса до 95% при стабильно низких показателях летальности – 0,4%.

Анализ результатов лечения более 61 тыс. больных РЖ в 98 институтах Японии показал:

- при I стадии без метастазов в лимфоузлах отмечено повышение выживаемости с 74% при выполнении Д1- лимфодиссекции до 92,4% при выполнении Д2-3 лимфодиссекции;
- при II стадии, отмечено достоверное улучшение выживаемости при выполнении стандартной и расширенной гастрэктомии – 76,8% и 52,5%, соответственно;
- при III стадии, отмечено двукратное увеличение выживаемости после расширенных операций по сравнению со стандартными операциями – 45,7% и 24,6%, соответственно.

Д2-лимфодиссекция принята в Японии стандартной операцией с учетом накопленного опыта ведущих клиник в плане значительного улучшения отдаленных результатов лечения при удовлетворительных показателях осложнений и летальности.

Несмотря на успехи японских исследователей, европейские и американские хирурги к началу 90-х годов находились на этапе отработки методики расширенной лимфодиссекции. Однако последовательность в действиях японских исследователей, отсутствие достоверного улучшения результатов различных вариантов комбинированного лечения, явились стимулом для проведения исследования эффективности расширенной лимфодиссекции при хирургическом лечении РЖ.

Одной из ведущих европейских школ является немецкая группа по изучению рака желудка. Согласно классификации данной группы, лимфодиссекция Д1 считается ограниченной, а Д2 – полной, или радикальной. Анализу было подвергнуто более 1,5 тыс. случаев. Критерием радикальности проведенной операции является удаление более 25 лимфоузлов. Немецкие исследователи пришли к выводу, что расширенная лимфодиссекция наиболее эффективна при II и IIIa стадии РЖ. При прорастаннии опухоли через все слои стенки желудка и массивном лимфогенном метастазировании, лимфодиссекция не улучшает отдаленных результатов лечения.

На II Международном конгрессе по раку желудка (Мюнхен, 1997) представлены результаты рандомизированного исследования Датской (голландской) группы по изучению рака желудка. Исследованию подвергнуто 711 случаев хирургического лечения РЖ (380 – стандартные операции и 331 – расширенные). Авторы пришли к выводу, что расширенная лимфодиссекция достоверно не улучшает отдаленных результатов лечения (5-летняя выживаемость 60% и 55%, соответственно). При этом отмечается более чем двукратное увеличение послеоперационных осложнений и летальности (25% и 43%, 4% и 10% соответственно).

Анализ материалов рандомизированного исследования голландской группы проведен проф. M. Sasako (Seoul, Korea, 1999). По мнению суправизора исследований голландской группы, отмечена хорошая организация и подробный статистический анализ материала, но:

- в исследование включено большое количество хирургов (многоцентровое исследование) с недостаточным опытом выполнения подобного рода операций;

- отсутствие индивидуальной подготовки хирургов к выполнению расширенной лимфодиссекции, что, по мнению проф. М. Sasako, привело к увеличению количества послеоперационных осложнений и летальности. Как один из примеров, автор привел опыт применения аппаратного шва при наложении ПКА ввиду отсутствия опыта наложения ручного шва;
- вытекающее из предыдущего положения снижение радикальности проводимых операций. Согласно результатам, в голландском протоколе количество удаленных лимфоузлов при N1 составило 13, а при N2 – 11, тогда как в японском исследовании эти показатели составляли 35 и 25 соответственно. Недостаточное количество удаленных лимфоузлов повышало вероятность возникновения ранних рецидивов и оставления метастатических лимфоузлов;
- отсутствие стандартизации при выполнении операций: в одних аналогичных случаях производились спленэктомии, в других – нет, что является отступлением от японской методологии расширенных операций.

В дальнейшем, на III и IV Международных конгрессах по раку желудка голландскими авторами была подтверждена достоверность анализа проф. Sasako: отмечено улучшение отдаленных результатов лечения в группе с D2-лимфодиссекцией при наличии метастазов в N1 этапе, т.е. при II и IIIa стадиях.

На закрытии IV Консенсусной конференции (New York, 2001) проф. M.F. Brennan отметил, что при отработке методики расширенной лимфодиссекции в специализированных центрах непосредственные результаты хирургических вмешательств сопоставимы, а отдаленные результаты приближаются к данным Японской ассоциации по раку желудка. С учетом накопленного опыта, D2-лимфодиссекция является достаточно безопасной процедурой и должна стать обязательным элементом хирургического лечения рака желудка.

Опыт применения методики расширенной лимфодиссекции в КазНИИОиР

В торакальном центре Казахского НИИ онкологии и радиологии проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения 348 больных раком желудка за период с 2011 по 2015 годы. Из них, было 208 мужчин и 140 женщин. В 268 случаях (77,1%) отмечена III стадия опухолевого процесса. Всем пациентам выполнена расширенная гастрэктомия: 292 – чрезбрюшинная и 56 – из комбинированного лапаротоморакотомного доступа. Следует отметить, что в 79,1% операции носили комбинированный характер, поскольку, согласно выработанной методологии, в едином блоке с желудком в большинстве случаев удалялась селезенка. Обоснованием тому является необходимость моноблочного удаления лимфатических коллекторов без разделения связочного аппарата. Кроме того, в ряде случаев, с целью сохранения абластичности и достижения радикальности операции, возникала необходимость каудальной, а иногда и корпоро-каудальной, резекции поджелудочной железы.

Частота лимфогенного метастазирования составила 45,9% (152 пациента). Одним из наиболее важных результатов проводимой лимфодиссекции является достоверное стадирование опухолевого процесса, позволяющее оценить эффективность проводимой операции. Около 10% больных мигрируют в более распространенную стадию из-за наличия метастазов в лимфо-

узлах. Среднее количество удаляемых лимфоузлов составило 24,3.

Послеоперационные осложнения отмечены у 86 больных (24,2%), летальность – 15 больных (4,3%). Следует отметить, что основной причиной осложнений и летальности явились дыхательная и сердечная недостаточность.

Особенностью техники расширенных операций является отработка таких ключевых моментов хирургического вмешательства как: выполнение моноблочного удаления лимфоколлекторов, безопасная методика обработки культи поджелудочной железы при ее резекции, формирование надежного ПКА и адекватное дренирование брюшной полости. К примеру, применение инвагинационного кулисного пищеводно-тонкокишечного анастомоза Гиляровича в модификации М.И. Давыдова позволило свести такое ранее грозное и зачастую фатальное осложнение, как несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза, к казуистическим. С другой стороны, адекватное дренирование брюшной полости резиново-перчаточными выпускниками, установленными в прогностически опасных местах (ложе селезенки, культи поджелудочной железы и т.д.), также позволило значительно снизить количество гнойников брюшной полости, которые имели место при становлении методики.

Выводы.

Таким образом, на основании опыта выполнения расширенных операций, можно констатировать, что:

- РЖ характеризуется ранним лимфогенным метастазированием;
- достоверное стадирование опухолевого процесса возможно лишь при выполнении расширенной лимфодиссекции на основании схемы этапности лимфогенного метастазирования;
- оптимизация ведения послеоперационного периода позволяет снизить количество осложнений и летальности в группе расширенных операций;
- выполнение лимфодиссекции позволяет достоверно улучшить отделенные результаты лечения и снизить количество ранних локорегионарных рецидивов.

Список литературы

1. 8th General Meeting of the WHO-CC for primary prevention, Diagnosis and Treatment of gastric cancer / New York, USA, , 2001, April 29.

2. Neugut A.I., Hayek M., Howe G. Epidemiology of gastric cancer// Semin.Oncol. – 1995. – Vol.23. – P.281-291.

3. Арзыкулов Ж.А., Ермакбаева Б.Е., Сейтказина Г.Д. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения республики Казахстан// Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2001 г. – Алматы. – 2002. – С.34-47.

ТҰЖЫРЫМ

Е.Б. Ижанов, Е.Ш.Абзалбек, С.К.Менбаев, М.С.Садык

Қазақ онкология и радиология ғылыми-зерттеу институты

Асқазан қатерлі ісігінің хирургиялық емінің заманауи стратегиясы

Мақалада асқазан қатерлі ісігінің хирургиялық еміндегі кеңейтілген лимфодиссекция әдісін қолданғандағы заманауи стратегиясы және эпидемиологиялық сұрақтары көрсетілген. Асқазанның қатерлі ісігі бар 348 науқастың кеңейтілген лимфодиссекция әдісін қолдана жасалған хирургиялық емнен кейінгі нәтижелері көрсетілген.

Түйінді сөздер: асқазанның қатерлі ісігі, хирургиялық ем, лимфодиссекция,

4. Nomura A., Grove J.S., Stemmerimann G.N. Severson Postoperative study of gastric cancer and its relation to dye rettes and alcobol consumption. Cancer Res. – 1990. – Vol.50. – P.627.

5. Aoki T., Sasako M. The new Japanese classification of gastric carcinoma: Points to be Revised// Gastric cancer. – 1988. – Vol.1. – P. 25-31.

6. Munoz S.E., Ferrarom M. Gastric cancer risk factors. // Biomark prev. – 1997. – Vol.6. – P.137.

SUMMARY

E.B. Izhanov, E.Sh. Abzalbek, S.K. Menbayev, M.S. Sadyk

Kazakh Institute of Oncology and Radiology

Modern strategy of surgical treatment of gastric cancer

The article reviews the epidemiology and modern strategy of surgical treatment of gastric cancer by using extended lymph node dissection techniques. The authors present the results of surgical treatment of 348 patients with gastric cancer by extended lymph node dissection.

Key words: gastric cancer, surgery, lymph node dissection.

УДК:16.832-001-06

И.Р. Хусаинова

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Психологическая помощь стомированным пациентам

Психологические аспекты реабилитации

Аннотация. В статье рассматриваются особенности оказания психологической и реабилитационной помощи стомированным пациентам. На оказание этой помощи влияют многочисленные факторы физического, социального, психологического характера, порождающие комплекс проблем, решение которых невозможно без учета всех составляющих здоровья, ограниченной жизнедеятельности и функционирования.

Ключевые слова: онкология, психология, стомированные пациенты, реабилитация.

Актуальность. Психологическая реабилитация является одним из важнейших факторов возвращения к нормальной жизни стомированных людей.

Телесная целостность – это одна из самых больших ценностей, существующих на уровне подсознания. Любая хирургическая операция наносит людям психическую травму, которую они осознают и чувствуют по-разному.

Введение. Термин «стома» (ostomy, греч.) обозначает хирургически созданное отверстие, соединяющее просвет внутреннего органа с поверхностью тела. Существуют различные виды стом, которые называются по органам, на которые они наложены.



Рисунок 1 -

Психологический статус стомированных больных. Большинство стомированных больных в определенных ситуациях испытывают эмоциональное напряжение, озабоченность, беспокойство, страх, чувство безысходности и обиды, а также другие психотравмирующие переживания, связанные с:

- дискомфортом состояния во время сна, в сексуальной сфере отношений, при посещении общественных мест и т.п.;
- тревогой за здоровье в целом;

Необходимость в стоме возникает тогда, когда кишечник или мочевой пузырь не способны функционировать. Причиной этого может служить врожденный дефект, болезнь или травма.

Кишечную стому часто называют «противоестественным задним проходом», так как опорожнение кишечника осуществляется не через естественный задний проход, а через отверстие, сформированное на передней брюшной стенке.

Стома может быть временной и постоянной. Временная стома может быть наложена в том случае, если не удастся добиться хорошей подготовки кишки к операции (при нарушении кишечной проходимости из-за опухоли или спаек). Также наложение временной стомы может потребоваться для ограничения прохождения кишечного содержимого по кишке – для того, чтобы место хирургического воздействия не травмировалось каловыми массами. Обычно после закрытия временных стом функционирование кишечника возвращается на прежний уровень.

Постоянная стома не может быть ликвидирована в процессе дальнейшего лечения пациента, поскольку отсутствует или необратимо поврежден запирающий аппарат кишечника либо нет возможности оперативно восстановить непрерывность хода кишечника.

- неумелым использованием средств индивидуального ухода за стомой.

Редко кто сразу возвращается к привычному образу жизни. Однако с благополучным разрешением ситуации (насколько это возможно) эти проявления исчезают. Прежде всего, в послеоперационном периоде стомированный человек должен знать, что таких больных (со стомой) достаточно много и что всегда можно обратиться за помощью к специалистам психосоциальной помощи.

Как только стомированный больной оказывается дома после операции, он остается со своей проблемой один на один. И вот тут-то и наступает момент, когда человек вплотную подходит к решению вопроса: как вернуться к прежнему образу жизни? Если решить этот вопрос самостоятельно для человека невыносимо трудно, то в таком случае необходима помощь психолога.

Психолог – это проводник, за которым следует психика пациента в надежде обрести покой. Создать правильное адекватное отношение человека к себе – это значит убедить его:

- осознать механизм болезни и изменения, произошедшие внутри и снаружи, их природу;
- справиться с последствиями операции;
- сотрудничать со специалистами, особенно в начальной стадии восстановления.

Основными моментами, способствующими возникновению расстройств психогенного характера, являются недостаточная информированность пациента и его опасения.

Пациент может быть недостаточно информирован о:

- причинах стомирующей операции;
- объеме перенесенного оперативного вмешательства;
- изменениях в работе организма в результате оперативного вмешательства;
- возможностях компенсации нарушенных функций организма;
- способах получения специализированной медико-психологической и социальной помощи.

Пациент может испытывать опасения в связи с вынужденным изменением ролевого статуса в семье и необходимостью смены работы или перехода на инвалидность.

Как следствие, более 98% стомированных пациентов, не получивших достаточной информации в послеоперационный период, отмечали появления депрессии разной степени выраженности: от легких расстройств сна, лабильности настроения, снижения аппетита и т.п. до стойкого неприятия собственного тела (что является основой мотивацией суицида).

Методы. Проведение рациональной психотерапии в порядке предоперационной подготовки или раннего послеоперационного периода позволяет добиться стойкого позитивного отношения и принятия пациентом факта стомирования и, как следствие, активного участия пациента в реабилитационном процессе.

Применение методики рациональной психотерапии стомированным пациентам чрезвычайно важен.

Задачами рациональной психотерапии являются: осознание пациентом психологических механизмов болезни, реконструкция нарушенных отношений личности больного, коррекция неадекватных реакций и форм его поведения путем воздействия на все основные компоненты отношения – не только познавательный, но и эмоциональный и поведенческий, при максимальном участии в лечебном процессе самого пациента.

Необходимыми условиями использования метода рациональной психотерапии являются предварительная осведомленность и заинтересованность пациента в предстоящей беседе с психологом.

В предоперационном периоде пациент уведомляется о возможности наложения стомы во время операции и о цели этой манипуляции. Предоперационная информация и подготовка очень важны. Они дают пациенту уверенность и помогают ему понять, что он придет к нормальной жизни, несмотря на то, что имеет стому. Естественно, что речь идет лишь о плановых стомирующих операциях, поскольку при экстренных операциях, например по поводу острой кишечной непроходимости, этим этапам реабилитационного процесса приходится пренебречь.

Вопрос психологической подготовки пациента настолько важен и многогранен, что ответ на него не может быть исчерпывающим. Первое, с чем приходится сталкиваться: это болезненная настороженность, а подчас и подозрительность пациента, вызванная отчасти тем, что психолог является новым действующим лицом драмы, которой всегда является для больного его болезнь. Именно на фоне этой настороженности, подозрительности приходится сообщать пациенту новую информацию, содержание которой может вызвать у неподготовленного пациента далеко не однозначные реакции: от слез до категорического отказа от операции. Вот почему рекомендуется до мелочей продумывать не только необходимый объем материала, но и оптимальную форму его подачи. Это желательно делать в непринужденной обстановке, естественно, без лишних свидетелей.

Психологу следует обязательно уточнить у лечащего врача степень осведомленности пациента, диагноз, а также объем и характер предстоящей операции и, особо, возможность наложения стомы.

Необходимо помнить, что жизнь со стомой не является болезнью. Современные средства ухода за стомой позволяют таким людям не только полноценно жить, но и работать. Однако, как и ребенку в первый год жизни, оперированному человеку необходимо время, чтобы приспособиться к изменившимся условиям. И это не только проблема ухода за стомой, но и моральное восприятие существования со стомой.

Между тем, сама по себе стома не разрушает семейных отношений, если они были прочны до операции. Именно семья, благодаря своему тактичному подходу, может помочь человеку со стомой вернуться к прежнему образу жизни, наполнить жизнь прежним содержанием и планами. Сексуальные отношения лишь подкрепляют отношения партнеров, основанные на взаимном уважении, желании помочь друг другу, разделить заботу о возможных проблемах. В тех семьях, где подобных отношений не было до операции, возникновение стомы может стать формальной причиной разрыва отношений. Следует рассказать пациенту о том, что некоторые проявления сексуальной дисфункции могут быть следствием возрастных изменений и не связаны непосредственно со стомирующей операцией, а просто совпали с ней по времени. В любом случае следует подчеркнуть, что решение проблем сексуальной жизни стомированного пациента требует особого такта и понимания. Не существует простых ответов или решений. Однако всегда очень важно потратить достаточно времени пациенту и его/ее партнеру, чтобы поднять любые возможные вопросы об изменениях, которые могут встретиться в сексуальной жизни.

Особенности питания после стомирующей операции. Болезнь и сама операция на кишечнике, закончившаяся нало-

жением стомы, приводят к потере организмом большого количества энергии, витаминов, белков и минеральных веществ. Это может проявляться уменьшением массы тела, быстрой утомляемостью, слабостью, чувством подавленности или раздражительностью. Правильное питание при наличии стомы, хотя и не решает все возникающие проблемы, но является необходимым условием для ведения полноценной жизни.

Примечание: У наших пациентов и родственников возникает очень много вопросов касательно питания – есть страх «навредить», страх «рецидива» из-за возможного неправильного питания в дальнейшем.

Чтобы восстановить нарушенную функцию кишечника, нужно начинать составлять свой пищевой рацион, соблюдая четыре основных принципа: регулярность, осторожность, постепенность, умеренность.

Регулярность – очень важный принцип, поскольку он позволяет организму наладить выработку и высвобождение пищевых соков в одно и то же время, а значит, улучшить процесс пищеварения и всасывания питательных веществ и освобождение организма от неперевариваемых продуктов. Чем регулярнее режим питания, тем регулярнее работает кишечник, а бесконтрольное питание приведет к такой же бесконтрольной работе стомы. Необходимо выработать режим питания и строго соблюдать его, даже если аппетит снижен. Люди, имеющие колостому и регулярно питающиеся, могут добиться того, что опорожнение кишечника у них будет происходить один раз в сутки, в одно и то же время. Ведь в процессе пищеварения большую роль играют условные рефлексы, которые подготавливают организм человека к приёму и перевариванию пищи. Практически здоровому человеку рекомендуется трёх- или четырёхразовое питание, причем, завтрак по калорийности должен составлять 30% суточного рациона, обед – 40%, полдник – 10%, ужин – 20%.

Осторожность – это принцип, касающийся выбора продуктов, которые пациент начинает употреблять после операции. Необходимо на время формирования послеоперационных рубцов (30–40 дней) полностью исключить продукты, вызывающие газообразование: черный хлеб, капуста любых сортов, яйцо в любом виде, лук и чеснок, пряности и приправы, виноград, минеральная вода с газами. С большой осторожностью следует относиться к маринованной, жирной и тяжёлой пище.

Постепенность – принцип постепенного введения в рацион новых продуктов, чтобы не вызывать со стороны желудка и кишечника неприятной реакции. Лучше всего сначала вести журнал приёма пищи, что позволит в течение нескольких недель точно установить, какие продукты и в каком количестве более приемлемы, а какие необходимо исключить. В дневник надо записывать употребляемые продукты, их количество и время приёма, время опорожнения кишечника, консистенцию выделений, запах и количество отошедших газов (по субъективным ощущениям) через стому. Следует обязательно отмечать появление болей и количество мочи.

Умеренность – этот принцип хорош во всём, в том числе, и в еде. Пищу следует употреблять часто (до 5 раз в сутки), но небольшими порциями.

Психологическая реабилитация. Наличие стомы может угнетающе действовать на психику оперированного, вызывая

преходящее бессилие. Теплая атмосфера понимания позволяет вернуться к прежней, активной жизни даже спустя год после операции. При стойких сексуальных дисфункциях можно обратиться к специалисту-сексопатологу. Несомненно, что близкий человек должен первым узнать о создании стомы, так как его помощь и поддержка обеспечивают быстрый процесс восстановления.

Необходимо объяснять пациенту, что вряд ли стоит постоянно акцентировать на этом внимание членов семьи или родственников, а тем более, демонстрировать стому. Однако и излишняя тайна вокруг этого может стать обременительной. Эта проблема, однако, щекотливо касается незамужних и неженатых людей со стомой. В любом случае, лучше известить партнера/партнершу о стоме заранее, даже если после этого и наступит разрыв. В странах, где развиты общества пациентов со стомой,

(«АСТОМ» Региональная общественная организация инвалидов стомированных больных города Москвы – www.astom.ru, Public Association of Ostomy People Republic of Moldova – www.aops.webs.md) пациенты находят партнеров среди таких же людей.

Решение об информировании коллег на работе каждый человек принимает индивидуально. Однако следует учитывать, что это может быть негативно воспринято руководством и сотрудниками. Ряд людей со стомой вообще скрывают факт наличия у них стомы.

Критериями эффективности процесса психологической реабилитации стомированного пациента являются:

- полная психологическая адаптация к наличию стомы и ее функционированию;
- полное восстановление социального статуса, обеспечивающего возможность участия в жизни общества без каких-либо ограничений;
- сохранение ролевого статуса в семье;
- восстановление трудоспособности до уровня, предшествовавшего операции, за исключением тяжелого физического труда.

Положительное изменение в образе мышления, внешнем виде, отношении к жизни – вот главное, что свидетельствует о душевном и психологическом выздоровлении пациента.

Рекомендации близким больного со стомой.

Что делать, когда больной находится в угнетенном, депрессивном состоянии?

Больной стал пассивным, утратил волю к жизни. Ничто его не радует. У него нет никаких надежд. Он даже говорит о самоубийстве. Он все время твердит, как все плохо. Вы, естественно, хотите возразить, что это не так и положение не безнадежно. Учтите, что он видит все только в черном цвете. Вам не удастся отвлечь его от проблем. Не возражайте. Не говорите, что все не так плохо, как ему кажется. Пусть он выговорится. Скажите, что вы понимаете, как это для него тяжело и мучительно. Имейте в виду, что о самоубийстве он думает совершенно серьезно. Не требуйте, чтобы он прекратил говорить глупости.

В действительности он не хочет лишиться себя жизни, он просто остро нуждается в понимании. Это – последнее средство привлечь внимание к своему безнадежному положению, способ найти помощь и поддержку. Когда человек чувствует, что его положение безнадежно, он боится невыносимых болей, боится стать обузой для других. И если он не видит никакого выхода и чувствует, что о нем никто не заботится, он действительно может предпринять попытку самоубийства. Наблюдайте за ним, узнайте, о чем он думает. Будьте всегда рядом, когда ему тяжело. Дайте ему почувствовать свою заботу. Он нуждается в утешении и в том, чтобы его выслушали. Не пресекайте разговоры о самоубийстве, говорите с ним об этом. Вы можете также взять с него обещание, что, когда ему снова придет в голову мысль о самоубийстве, он обязательно позовет и дожждется вас. Никогда не говорите: «Ты это преодолеешь», «Возьми себя в руки», «Все будет в порядке», так как он понимает, что для него «все в порядке» уже не будет. Он лишь почувствует, что вы его не понимаете, и станет скрывать от вас свои мысли. Не демонстрируйте своего превосходства, не говорите: «Что за глупости!» – ведь то, о чем он говорит, для него самого является очень серьезной проблемой. Направьте его мысли в другое русло. Заставьте его что-нибудь делать, чтобы у него не оставалось времени думать о плохом.

Что делать, когда больной проявляет враждебность?

Уход за враждебно настроенным человеком легко может вызвать стресс. Такой человек всегда будет недоволен тем, что вы делаете, как бы вы ни старались.

Помните, что его раздражение вызвано недовольством самим собой и ситуаций в целом и на самом деле не связано с вами. Вспышки враждебности – нормальная реакция на стресс, но они затрудняют общение. Враждебность может проявляться косвенно. Если человеку что-то не нравится, он может ничего не сказать прямо, но станет угрюмым, начнет вас обвинять и отказываться от вашей помощи, перестанет следовать указаниям и будет все делать назло.

Важно, чтобы вы не начали его избегать. Да, он отказывается от помощи и отталкивает близких. Но он в них нуждается. Вам следует понимать, что его враждебность – проявление беспомощности. Враждебность вызвана высоким внутренним напряжением. В таком состоянии общение и логическое мышление ограничены, восприятие и понимание эгоцентричны. Если вы враждебно и раздраженно ответите враждебно настроенному человеку, его враждебность и раздражение только усилятся.

Общение.

Опекаемый нуждается в том, чтобы его выслушали, и ему необходимо дать выход своей враждебности. Вы не должны оказывать моральное давление, но и не должны со всем соглашаться. Сохраняйте спокойствие, давайте четкие указания. Продолжайте делать свои дела до тех пор, пока он не успокоится. Старайтесь избежать противостояния. Заботьтесь об удовлетворении его физических и эмоциональных потребностей. Причиной враждебности могут быть неудовлетворенные потребности. Причем, опекаемый и сам не всегда это осознает. Имейте в виду, что эмоциональный человек не всегда слышит детали и не всегда полностью понимает суть сказанного. Если вы позволите

своим чувствам влиять на разум, вы тоже утратите объективность. **Чтобы держать ситуацию под контролем:**

- Старайтесь выслушать опекаемого.
- Не начинайте сразу защищать себя и вызывать к его совести.
- Спросите у него, что не так и почему он вас обвиняет.
- Выясните, в чем проблема.

В большинстве случаев причина враждебности не в вас, а в чем-то ином. Как правило, эта причина – в беспомощности и угнетенности больного человека. Дайте ему возможность описать то, чем была вызвана враждебность. Переспрашивайте и уточняйте, что он говорит, чтобы он не просто обвинял вас, а приводил факты и высказывал свои потребности. Если он говорит, что о нем никто не заботится, спросите, чего он хочет и как он представляет себе заботу окружающих. Если вы продемонстрируете свою заботу, то сможете установить контакт, и он успокоится.

Помните, что вам необходимо следить за своими чувствами, потому что враждебность порождает ответную враждебность. И только ваше ровное спокойное отношение может ее погасить.

Чтобы держать себя в руках:

- Контролируйте себя и свои мысли.
- Контролируйте свои жесты, они должны быть неторопливыми и плавными.
- Говорите приятным и уверенным голосом.

От вашей реакции зависит, успокоится опекаемый или вы вступите в противостояние, ослабнет или усилится его враждебность. Если вы сумеете сохранить спокойствие, дадите ему высказаться и «выпустить пар», возможно, он тоже сможет вас выслушать. Если у вас есть к нему какие-то требования, выскажите свою точку зрения со спокойной уверенностью и не отступайте от нее.

Возможно, вам даже придется обратиться за помощью к психиатру, так как при тяжелой форме угнетенности необходимы антидепрессанты.

Пусть, насколько это возможно, опекаемый обслуживает себя сам. Если у него появится желание заботиться о себе – это уже большой шаг вперед. Придумайте что-то, что ваш опекаемый мог бы сам контролировать. Если у него появится возможность выбора, он сможет лучше контролировать свою жизнь. Лучший способ ослабить отрицательные эмоции – умеренная физическая нагрузка, например прогулки, гимнастика, игры. Используйте средства расслабления – массаж, водные процедуры или что-нибудь иное. Имейте в виду, что потребуется довольно много времени, прежде чем опекаемый станет немного веселее и у него появится воля к жизни.

Жизнь продолжается - вот основная мысль, которая не должна покидать человека со стомой после операции и стать подсказкой к дальнейшему восстановлению и выздоровлению. Ни в коем случае нельзя отгораживаться от окружающего мира, замыкаться в себе, избегать общения с людьми.

Очень важно при стационарах и поликлиниках организовывать «Школы пациентов», где стомированные пациенты постоянно получали бы полную информацию о том:

- как функционирует стома;

- как за ней ухаживать
- как пользоваться средствами ухода за стомой
- как правильно питаться и по возможности сохранить привычный образ жизни
- куда обращаться с медицинскими вопросами в случае необходимости.

Выводы

Примечание: Статья больше информационно-публицистическая. Поэтому просто Выводы думаю достаточно.

Учитывая масштабность, сложность, специфичность и многообразие проблемы реинтеграции индивидуумов с анатомическими нарушениями функции выделения в виде стомы кишечника или мочеочника, необходимо проведение многоуровневой реабилитации, признание интегрированной концепции феномена здоровья и его нарушений.

ТУЖЫРЫМ

И.Р.Хусаинова

Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

Тән бетімен ішкі мүшесіне жалғанғал жасандысы бар (стомерленген) пациенттерге психология көнек оналтудың психологтылық аспектісі

Мақалада хирургиялық жолмен жасалған тән бетімен ішкі мүшесіне жалғанған жасандысы бар (стомерленген) пациенттерге психологиялық және реабилитациялық көмек қарастырылады. Көмек көрсетуге денелік, әлеуметтік және психологиялық сипаттағы факторлар әсер етеді. Мәселені шешуде денсаулықты құрайтын бөліктер мен шектеулі өмірлік әрекет ескеріледі.

Түйінді сөздер: онкология, психология, стомерленген науқас, оңалту

Список литературы

1.

Воробьев Г. И., Царьков П. В. Основы хирургии кишечных стом. – М.: Стольный град, 2002.

2.

Суханов В.Г. «Астом. Гид по активной жизни». – М. – 2008. – №1.

3.

Суханов В. Г. Социальная реабилитация пациентов со стомой. – М.: Наука, 2006.

4.

Комплексная реабилитация стомированных больных // Материалы научно-практической конференции. – Санкт-Петербург, 1997.

5.

Основы медико-социальной реабилитации инвалидов / Под общ. ред. О. С. Андреевой. – М.: ФЦЭРИ, 2003.

6.

Назарова Д.А., Пилипенко В.И. Вкусные идеи для стомированных пациентов. – М.: АСТОМ, 2011. – 255 с.

7.

Бородкин Ф. М., Володина Н. П. Социальная напряженность и агрессия //Мир России. – 1997. – №4. – С.107-150.

SUMMARY

I.R. Khussainova

Kazakh Institute of Oncology and Radiology

Psychological assistance to stoma patients. Psychological aspects of rehabilitation

The article discusses the specifics of providing psychological and rehabilitation assistance to stoma patients. Such assistance is influenced by many physical, social, and psychological factors. They generate a complex of problems which cannot be solved without considering all components of health, disability, and functioning.

Key words: Oncology, psychology, stoma patients, rehabilitation.

УДК 618.19-006.6-089

^{1,2}**Ж.Ж. Жолдыбай, ¹Л.Б. Айтжанова, ¹А.А. Мырзалиева, ¹О.В. Исайко, ²Ж.К. Жакенова, ¹Е.Г. Соколенко**

¹Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

²Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

Роль рентгенологического метода исследования в диагностике рака желудка

Аннотация. Рентгенологические методы исследования являются доступными, относительно недорогими методами раннего выявления рака желудка. Проведен анализ результатов рентгенологического метода исследования желудка у 1038 пациентов в возрасте от 12 до 92 лет, прошедших рентгенологическое обследование в Казахском НИИ онкологии и радиологии. В данной работе представлены результаты применения рентгенологических методов исследования в диагностике.

Ключевые слова: рентгенография, рентгеноскопия, рак желудка.

Актуальность исследования. Общемировые показатели отражают определенную тенденцию снижения частоты рака желудка (РЖ): в настоящее время он занимает четвертое место (8,4%) в общемировой структуре заболеваемости. Однако смертность по-прежнему остается высокой (10,4%), и РЖ уступает только раку легкого. Одной из причин низкой выживаемости является то, что РЖ, как правило, выявляется в поздней стадии болезни [2, 3].

В структуре онкопатологии РК, РЖ находится на четвертом месте по заболеваемости (16,3%) и занимает второе место в структуре смертности. Так, в 2012 году взято на учет 2736 пациентов с впервые выявленным РЖ. Остаются низкими показатели ранней диагностики (27,1%), высокими показатели запущенности (27,4%) [1]. Рентгенологический метод исследования остается одним из основных в диагностике РЖ [4].

Материал и методы исследования. Проведены рентгенологические исследования желудка и двенадцатиперстной кишки 1038 (100%) пациентов отделения лучевой диагностики КазНИИОиР за период с 01.01.2015 по 01.11.2016. В основную группу вошли 182 (18,0%) пациента (средний возраст 60,4 лет), которым клинико-рентгенологическими методами был поставлен диагноз рак желудка. Контрольную группу составил 721 (69,0%) пациент с другими установленными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. 135 (13,0%) пациентов проходили рентгенологическое исследование повторно с ранее установленным диагнозом РЖ, и потому не были включены в данное исследование.

Рентгенологические исследования желудка проведены по стандартной методике с использованием сульфата бария на аппарате Philips DuoDiagnost с проведением полипозиционной рентгеноскопии и рентгенографии. Рентгенологическое исследование желудка проводилось в три этапа: 1) изучение рельефа складок желудка; 2) двойное контрастирование желудка; 3) тугое заполнение желудка.

Результаты.

Распределение пациентов по полу

Проведенный анализ результатов выявил следующее распределение пациентов по полу, что представлено на рисунке 1.

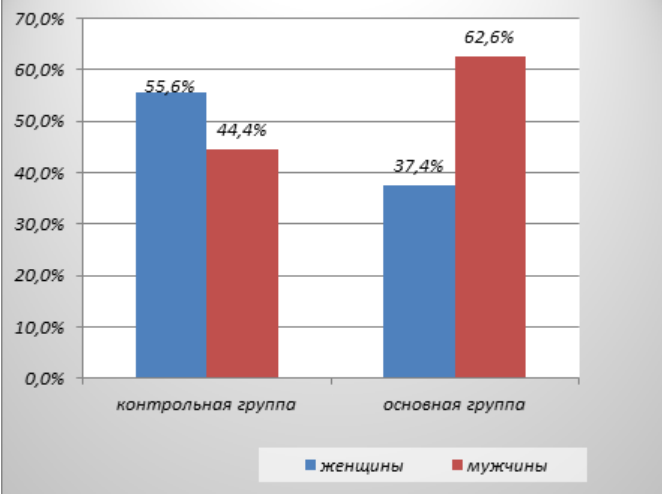


Рисунок 1 – Распределение пациентов по полу в контрольной и основной группах

Как видно на рисунке 1, распределение по полу в основной группе (рак желудка) было следующим: женщины - 37,4%, мужчины - 62,6%, а распределение в контрольной группе: женщины - 55,6%, мужчины - 44,4% соответственно. Таким образом, в основной группе РЖ чаще всего встречался у мужчин, тогда как в контрольной группе - у женщин. РЖ у мужчины был обнаружен в 1,7 раза чаще, чем у женщин.

Распределение пациентов по возрасту

Далее приведен анализ распределения пациентов по возрасту в основной и контрольной группах (рисунок 2).



Рисунок 2 – Распределение пациентов по возрасту в основной и контрольной группах

Из рисунка 2 видно, что наибольшее число пациентов с впервые установленным диагнозом РЖ относилось к возрастной группе 60-69 лет (35,2 %), в возрастной группе 50-59 лет РЖ встречался на 9,4 % меньше (25,8%), еще реже РЖ наблюдался в возрастной группе 70 лет и старше (21,4%), в возрастных группах 40-49 лет, 30-39 лет, 20-29 лет заболеваемость РЖ была на уровне 12,1%, 5,0% и 0,5% соответственно. В контрольной группе, наибольшее число случаев было отмечено в возрастных группах 60-69 лет (26,5%) и 50-59 лет (25,1%), несколько меньше – в возрасте 70 лет и более (16,4%) и 40-49 лет (16,1%) лет, РЖ редко встречался в возрасте 30-39 лет (9,4%), 20-29 лет (5,0%) и 10-19 лет (1,5%). Таким образом, наибольшее число случаев РЖ в основной группе наблюдалось в возрасте 60-69 лет (35,2%), тогда как в группе контроля наибольшее число случаев пришлось на возрастную группу от 50 до 69 лет.

Распределение пациентов по форме роста новообразований

Также нами проведен анализ результатов рентгенологического исследования в основной группе по форме роста РЖ. Мы разделили формы роста РЖ на три группы: эндофитный, экзофитный, смешанный (рисунок 3).

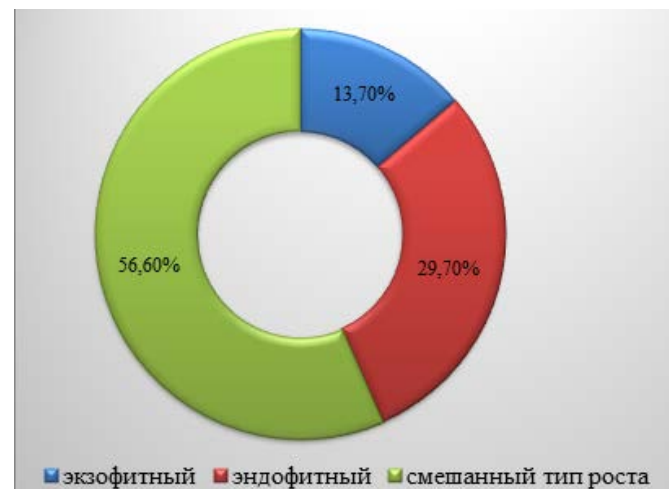


Рисунок 3 – Распределение рака желудка по форме роста

На рисунке 3 выше показано распределение РЖ по форме роста: преобладающим являлся смешанный тип роста (56,6%) в сравнении с эндофитным (29,7%) и экзофитным типами роста (13,7%).

Распределение пациентов по локализации процесса

Далее мы провели анализ распределения пациентов с РЖ по локализации процесса.

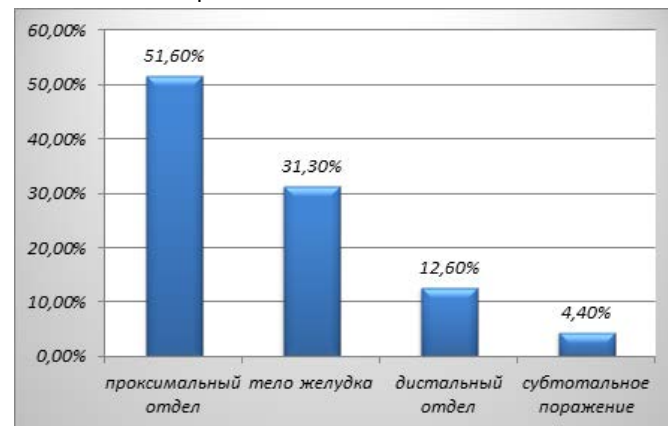


Рисунок 4 – Распределение пациентов РЖ по локализации процесса

По данным рентгенологического исследования (рисунок 4), наиболее часто РЖ поражал проксимальный отдел желудка (51,6%) и тело желудка (31,3%), реже РЖ локализовывался в дистальном отделе желудка (12,6%). Субтотальное поражение желудка наблюдалось в 4,4% случаев.

Рентгенологические симптомы при РЖ

Мы также изучили частоту встречаемости рентгенологических симптомов при РЖ. На рисунке 5 видно, что наиболее часто при РЖ встречались следующие симптомы: изменение рельефа (обрыв складок слизистой) – 92,3% и аперистальтическая область – 91,3%, тогда как в контрольной группе изменение рельефа (патологическая перестройка) встречалось в 9,7% случаев и аперистальтическая область наблюдалась только в 2,4% случаев. Дефект наполнения в основной группе (РЖ) встречался в 54,9%, деформация желудка – в 28,0%, тогда как в контрольной группе дефект наполнения наблюдался только в 10,4% случаев, деформация желудка – в 14,3% случаев.

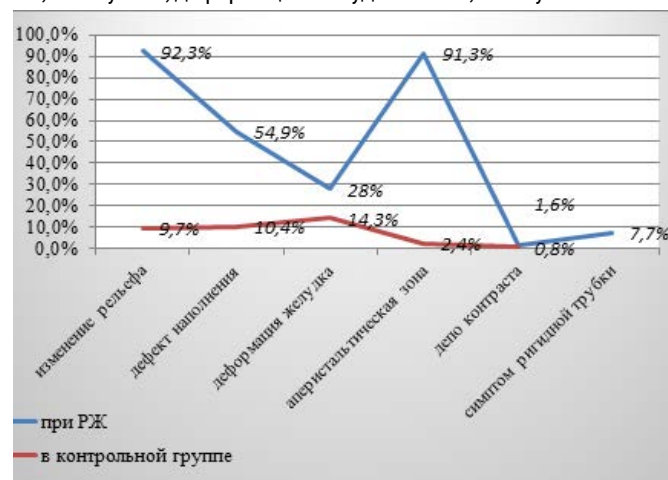


Рисунок 5 – Распределение рентгенологических симптомов при РЖ и в контрольной группе

Рентгенологический симптом – депо бария – встречался в основной группе в 1,6% случаев, а в контрольной группе – только в 0,8% случаев. Симптом ригидной трубки у пациентов с РЖ встречался в 7,7% случаев, тогда как в контрольной группе данный симптом не наблюдался. Таким образом, достоверными патогномичными симптомами РЖ можно считать обрыв складок и наличие аперистальтической области.

У 79 пациентов с РЖ был изучен гистологический тип роста РЖ. Аденокарцинома составила большинство наблюдений РЖ (68,3%), из них: низкодифференцированная – 35,4%, умеренно дифференцированная – 27,9%, высокодифференцированная – 5,0% случаев. Перстневидно-клеточный рак и недифференцированный рак желудка встречались одинаково часто и наблюдались в 13,9% случаев; намного реже выявлялся железисто-плоскоклеточный рак желудка (1,2%).

Выводы. У мужчины РЖ наблюдался в 1,7 раза чаще, чем женщины. Наибольшая заболеваемость РЖ отмечалась в возрастной группе 60-69 лет (35,2%). Смешанный тип роста (56,6%) РЖ преобладал. По данным рентгенологического исследования, наиболее часто поражался проксимальный отдел желудка (51,6%). Патогномичными симптомами РЖ можно считать обрыв складок слизистой (92,3%) и наличие аперистальтической области (91,3%).

ТҰЖЫРЫМ

^{1,2}Ж.Ж. Жолдыбай, ¹Л.Б. Айтжанова,
¹А.А. Мырзалиева, ¹О.В. Исайко, ²Ж.К. Жакенова,
¹Е.Г. Соколенко

¹Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты.

²С. С.Д. Асфендияров атындағы Қазақтың Ұлттық медицина университеті

Асқазан қатерлі ісігінің диагностикасындағы рентгенологиялық зерттеу әдістерінің рөлі

Рентгенологиялық зерттеу әдістері асқазан қатерлі ісігін ерте анықтау үшін салыстырмалы түрде қымбат емес және қол жетімді болып табылады. Бұл мақалада асқазан қатерлі ісігінің диагностикасында рентгенологиялық зерттеу әдістерінің нәтижелері ұсынылады.

Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институтында 12-92 жас аралығындағы 1038 науқастарға жүргізілген рентгенологиялық зерттеу нәтижелеріне сараптама жасалды.

Түйінді сөздер: рентгенография, рентгеноскопия, асқазан қатерлі ісігі.

Список литературы

1. С.Д. Сейтказина и соавт. Показатели онкологической службы РК за 2014 год. - Алматы, 2015.
2. Torre L.A., Bray F., Siegel R.L. et al. Global cancer statistics, 2012 // Cancer J. Clin. - 2015.-Vol. 65.-P.87-108.
3. Topical issues of fundamental medicine Seer Stat Fact Sheets // U. S. National Institutes of Health Website. seer.cancer.gov/statfacts/html/stomach. Published 2009. Accessed April 27, 2010.
4. Власов П. В. Лучевая диагностика рака желудка. Критика укоренившихся заблуждений // Вопр. онкол. – 2000. – Т. 47, № 4. – С. 654-665.

SUMMARY

^{1,2}Zh.Zh. Zholdybay, ¹L.B. Aytzhanova,
¹A.A. Myrzaliyeva, ¹O.V. Isayko, ²Zh.K. Zhakenova,
¹E.G. Sokolenko

¹Kazakh Institute of Oncology and Radiology

²Asfendiyarov Kazakh National Medical University

The role of X-ray examination in gastric cancer diagnostics

X-ray examination methods are an accessible, relatively inexpensive method of early detection of gastric cancer (GC). 1038 patients aged 12 to 92 years underwent X-ray examination of the stomach at the Kazakh Institute of Oncology and Radiology. The article presents the results of diagnostic use of X-ray examination methods.

Key words: radiography, radioscopy, gastric cancer.

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

УДК:616.33-006-07

С.К. Макулбекова

Кыргызско - Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина

Влияние полиморбидности на результаты лечения пациентов с раком желудка и поджелудочной железы

Аннотация. Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с раком желудка (19 пациентов) и раком поджелудочной железы (36 пациентов), находящихся на лечении в Национальном центре онкологии за период 2012 г. Определена полиморбидность у пациентов, которая влияет на течение злокачественного процесса и результаты лечения.

Ключевые слова: полиморбидность, рак желудка, рак поджелудочной железы.

Актуальность. В современной клинике серьезной проблемой является полиморбидность (наличие нескольких нозологических форм у одного пациента), связанная не только с увеличением количества таких пациентов и сложностями организации диагностики и их лечения, но и с тяжестью состояния этих пациентов, «маскированием» разных нозологий, сходными синдромами, ухудшением прогноза развития заболеваний и сложностями проведения лечения. Полиморбидность предполагает вовлеченность в патологический процесс различных физиологических систем. Современная медицина обоснованно рассматривает некую неспецифическую общность механизмов патогенеза наиболее распространенных патологических процессов. [1].

Наличие у онкологических пациентов ряда сопутствующих заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ИБС, патология почек, бронхолегочная патология влияют на течение основного заболевания, смазывают клиническую картину [2].

Полиморбидность – это не просто констатация факта наличия у пациента нескольких заболеваний, это дополнительный фактор риска летального исхода. Сформированная полиморбидность у пациентов носит уже собственный независимый характер и является новым патофизиологическим состоянием [3, 4].

На сегодняшний день эндотелиальная дисфункция и связанный с этим дефицит оксида азота, высокая активность свободных радикалов приводят к массивной продукции цитокинов (т.н. “цитокиновый шторм”), приводят к повреждению митохондриальных мембран и далее – клеточных мембран, что является ключевым аспектом развития и нарастания тяжести заболевания у полиморбидных пациентов [3, 4].

Цель исследования – изучить сопутствующие заболевания у онкологических пациентов и их влияние на течение и результаты лечения.

Материал и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с раком желудка (19 пациентов) и раком поджелудочной железы

(36 пациентов), находящихся на лечении в Национальном центре онкологии за период 2012 г.

Ввиду трудности взятия биопсии, даже во время операции, результаты гистологической верификации имелись только у двух пациентов. В остальных случаях диагноз рака поджелудочной железы был поставлен на основании клинических данных, результатов ультразвукового исследования и компьютерной томографии.

Определение полиморбидности у пациентов обязательным образом влияет на течение злокачественного процесса и результаты лечения.

Для статистической обработки результатов исследования использован метод оценки значимости различий двух совокупностей путем применения критерия t-Стьюдента. Для ранжирования статистических явлений применен факторный анализ и критерий F (Фишера). Математико-статистическая обработка выполнена с использованием программы “STATGRAPHICS plus for Windows” [5].

Диагноз у всех пациентов был морфологически верифицирован. Основную массу пациентов составили пациенты с малодифференцированной аденокарциномой (47,3 %). Все пациенты, т. е. уже с распространенным процессом.

Первую группу составили пациенты с раком поджелудочной железы (36 человек), из них, мужчин – 24 (66,7 %), женщин – 12 (33,3 %). Возраст пациентов колебался от 43 до 84 лет и составил в среднем 56,7 ± 1,2 года.

Учитывая, что возраст пациентов влияет на наличие сопутствующих заболеваний, эти пациенты условно были разделены на 2 подгруппы: 43-60 лет (24 пациентов, 66,6 %) и свыше 60 лет (12 пациентов, 33,3 %).

Вторую группу составили пациенты с раком желудка (19 человек), из них, мужчин – 14 (73,7 %), женщин – 5 (26,3 %). Средний возраст пациентов составил 61,0 ± 2,2 года.

Для изучения сопутствующей патологии, вторую группу пациентов также условно разделили на две подгруппы: от 34 до 60 лет – 10 пациентов (52,6 %), и старше 60 лет - 9 пациентов (47,4 %).

Результаты и обсуждения исследования. Изучая аспекты сопутствующих заболеваний у пациентов с раком желудка и раком поджелудочной железы в различных возрастных группах, мы обнаружили определенную закономерность полиморбидности при определенной локализации злокачественного процесса. Так, при раке поджелудочной железы наблюдаются сопутствующие заболевания, поступили на лечение с III и IV стадиями заболевания, такие как гипертоническая

болезнь, пиелонефрит, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет. Тогда, как при раке желудка на первое место выступают ишемическая болезнь сердца, патология печени (в виде желчнокаменной болезни), гипертоническая болезнь.

Данные сопутствующих заболеваний у пациентов с раком поджелудочной железы и раком желудка в зависимости от возраста представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1 – Сопутствующие заболевания у пациентов с раком поджелудочной железы

Сопутствующие заболевания	Пациенты среднего возраста (40-60 лет), n = 24			Пациенты старшей возрастной группы (свыше 60 лет), n = 12			P
	кол-во пациентов	%	факторная нагрузка	кол-во пациентов	%	факторная нагрузка	
Сопутствующая артериальная гипертензия	13	54,2	0,92	6	50	0,84	> 0,05
Ишемическая болезнь сердца	20	83,3	0,95	10	83,3	0,96	> 0,05
Ожирение	9	37,5	0,66	4	33,3	0,58	> 0,05
Патология печени	15	62,5	0,82	11	91,7	1,6	< 0,001
Сахарный диабет	9	37,5	0,72	5	41,6	0,79	> 0,05
Пиелонефрит	15	62,5	0,83	10	83,3	1,5	< 0,001
Гиперплазия предстательной железы	6	25	0,56	10	83,3	1,46	< 0,001

Как видно из таблицы 1, у пациентов средней возрастной группы достоверно реже, чем у пациентов старшей возрастной группы, наблюдались изменения со стороны печени в виде повышения билирубина, трансаминазы. Все это связано с обтурацией опухолью желчевыводящих протоков, но значительно более выраженного у пациентов старшей возрастной группы, что говорит о более распространенном процессе у данной категории пациентов. Пиелонефрит и гиперплазия предстательной железы статистически чаще встречались у пациентов старше 60 лет.

Таблица 2 – Факторы, связанные с феноменом полиморбидности у пациентов с раком желудка

Сопутствующие заболевания	Пациенты среднего возраста (40-60 лет), n = 24			Пациенты старшей возрастной группы (свыше 60 лет), n = 12			P
	кол-во пациентов	%	факторная нагрузка	кол-во пациентов	%	факторная нагрузка	
Сопутствующая артериальная гипертензия	13	54,2	0,92	6	50	0,84	> 0,05
Ишемическая болезнь сердца	20	83,3	0,95	10	83,3	0,96	> 0,05
Ожирение	9	37,5	0,66	4	33,3	0,58	> 0,05
Патология печени	15	62,5	0,82	11	91,7	1,6	< 0,001
Сахарный диабет	9	37,5	0,72	5	41,6	0,79	> 0,05
Пиелонефрит	15	62,5	0,83	10	83,3	1,5	< 0,001
Гиперплазия предстательной железы	6	25	0,56	10	83,3	1,46	< 0,001

В группе пациентов от 40 до 60 лет, 8 пациентам (80 %) было проведено радикальное лечение в виде операции и химиотерапии, и только 2 пациентам было проведено симптоматическое лечение. В группе пациентов старше 60 лет радикальное лечение было оказано 4 пациентам (44,4 %), остальным 63,6 % оказано только симптоматическое лечение.

Как видно из таблицы 2, в группе пациентов старшего возраста статистически чаще встречается патология в виде перенесенного инфаркта миокарда, бронхолегочной патологии, ишемической болезни сердца, желчнокаменной болезни. Эта патология оказывает влияние на течение заболевания, смазывает

клиническую картину онкологического процесса и оказывает влияние на решение вопросы радикального лечения онкологического больного.

Выводы. Таким образом, мы приходим к выводу, что при различных локализациях онкологического процесса полиморбидность проявлялась различными сопутствующими заболеваниями. При раке поджелудочной железы, наибольшее количество пациентов имели сопутствующую патологию в виде пиелонефрита, сахарного диабета, артериальной гипертензии, ИБС, а при раке желудка преобладали такие заболевания, как желчнокаменная болезнь, перенесенный инфаркт миокарда,

ИБС, бронхолегочная патология. Все это неблагоприятным фактором ложится на решение по выбору лечения онкологического больного.

Современная врачебная практика диктует прямую необходимость комплексного подхода к изучению клиники возникновения и развития сочетанных заболеваний, что заставляет по-новому взглянуть на проблему полиморбидности.

ТҰЖЫРЫМ

С.К.Макулбекова

Б.Н. Ельцин атындағы Қырғыз – Ресей Славяндық университет

Асқазан және ұйқы безі нәтижелері науқастардың қатерлі ісігі полиморбидностің әсері арналған емдеу

Асқазан қатерлі ісігінен (19 науқас) және ұйқы безі қатерлі ісігінен (36 науқас), 2012 жылы Ұлттық онкология орталығында ем алып жатқан науқастардың ауру тарихына ретроспективті талдау жүргізілді. Анықталған полиморбидность науқастарда, әсер етеді ішінде қатерлі процестің және емдеу нәтижелері.

Түйінді сөздер: полиморбидность, асқазан қатерлі ісігі, ұйқы безі қатерлі ісігі.

Список литературы

1. Николаев Ю.А., Шкурупий В.А. Проблема полиморбидности в современной терапевтической клинике // Материалы 7-й Всероссийской научно-практической конференции «Фундаментальные аспекты компенсаторно-приспособительных процессов» – Новосибирск, 2015.- С.194-195.
2. Полторацкий А.Н, Рынак Г.А., Ильницкий А.Н. Факторы, влияющие на клинический выбор врача при назначении специфического лечения рака легкого в пожилом и старческом возрасте // Мат. 9-й Респуб. Конф. - Казань, 2002.- С. 57–61.
3. Наумов А.В. Полиморбидные состояния в практике врача и комплексный подход к их коррекции: лекция. – М., 2012.
4. Reck M. Phase 111 Trial of Cisplatin Plus Gemcitabine with Either Placebo or Bevacizumab as First-Line Therapy for Nonsquamous Non-Small Cell Lung Cancer: AV Ail / J. Clin. Oncol., 2008. – Vol.27. – P.1227–1234.
5. Рыбалко В.Д. Параметрическое диагностирование энергетических объектов на основе факторного анализа ТВ среде STATISTICA” //Exponenta”. Pro 2, 2004. – № 6.

SUMMARY

S.K. Makulbekova

Boris Yeltsin Kyrgyz - Russian Slavic University

Influence of polymorbidity on the results of treatment of patients with gastric cancer and pancreatic cancer

We made retrospective analysis of records of patients with gastric cancer (19 patients) and pancreatic cancer (36 patients) treated in the National Center of Oncology in 2012. The identified polymorbidity has influenced the malignant process and the treatment outcomes.

Keywords: polymorbidity, stomach cancer, pancreatic cancer.

УДК:616.351.37-006.6

¹Олжаев С.Т., ²Сейсембаев М.А., ³Лазарев А.Ф.

¹ГКП на ПХВ «Алматинский региональный онкологический диспансер», г. Алматы

²НУО Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы, Республика Казахстан

³Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, г. Барнаул, Российская Федерация

Коррекция эндотелиальной дисфункции у больных раком головки поджелудочной железы и ее клинические результаты

Аннотация. С целью анализа изменений эндотелиальной функции после оперативного вмешательства на фоне коррекции были обследованы 95 оперированных больных со II и III клинической стадиями рака головки поджелудочной железы. Исследованы показатели функции эндотелия и содержание циркулирующих эндотелиоцитов.

При использовании в комплексном лечении L-аргинина и ингибитора АПФ выявлено снижение степени повреждения эндотелия, коррекция эндотелиальной дисфункции. Применение разработанных методов лечения способствовало также уменьшению числа осложнений.

Ключевые слова: рак головки поджелудочной железы; эндотелиальная дисфункция; L-аргинин; ингибитор ангиотензин-превращающего фермента.

Введение. Общее состояние организма играет важную роль в определении результатов оперативного и консервативного лечения злокачественных новообразований [1-3]. К числу параметров этого состояния относится наличие или отсутствие нарушений системной и региональной гемодинамики, дыхания, показателей функционирования биохимических систем, продукции и утилизации гормонов и т.д. [4,5]. Универсальным аспектом в данном случае является также функция сосудистого эндотелия, зависящая от его морфологии, в том числе, непосредственно в опухоли.

Микроокружение эндотелия в опухолевой ткани, хроническая гипоксия эндотелиоцитов, частое повреждение сосудов определяет формирование системных механизмов, направленных на активацию сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, вазоконстрикцию, продукцию факторов роста и провоспалительных цитокинов [6].

Развитие рака головки поджелудочной железы обычно сопряжено с выраженными метаболическими нарушениями, интоксикационным синдромом, синдромом мальабсорбции и мальдигестии, что ухудшает общее состояние пациентов и повышает риск негативных результатов лечения [7]. В этих условиях улучшение системных параметров гемоциркуляции может быть фактором, способствующим значительному повышению результатов оперативного лечения.

Цель исследования: анализ изменений эндотелиальной функции у больных раком головки поджелудочной железы после оперативного вмешательства на фоне коррекции.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 95 больных со II (T3N0M0 (2а), T1-3N1M0 (2b)) и III (T4N1M0) клинической стадиями рака головки поджелудочной железы (45 и 50 пациентов соответственно), в том числе, 66 мужчин и 29 женщин в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст 60,8±2,1 года). Все больные подвергались комбинированной терапии, включавшей радикальное хирургическое лечение в виде операций гастропанкреатодуоденальной резекции или панкреатодуоденальной резекции.

Из исследования были исключены больные с тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями. Обязательным критерием включения было наличие информированного согласия на осуществление дополнительных методов консервативного лечения и анонимное использование полученных данных в научном исследовании.

Все больные были распределены на 2 группы в зависимости от наличия дополнительной терапии в периоперационном периоде, направленной на коррекцию эндотелиальной дисфункции. Между пациентами выделенных групп не было существенных различий по возрасту, полу, стадии новообразования, локализации опухоли в желудке, тяжести состояния в предоперационном периоде, сопутствующим заболеваниям и проведенным оперативным вмешательствам.

В качестве контрольной группы обследованы 40 практически здоровых лиц в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст 57,3±2,0 года).

Исследованы показатели функции сосудистого эндотелия: содержание десквамированных (циркулирующих) эндотелиоцитов в крови (ЦЭ), концентрация фактора вон Виллебранда (ФВ) в плазме и степень эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) [8].

Клинические результаты рассматривались в плане выявления осложнений в раннем послеоперационном периоде (гнойно-септические, тромботические) и при проспективном наблюдении сроком 2,1±0,1 года в основной группе и 2,0±0,2 года – в группе сравнения.

Дополнительная терапия, направленная на коррекцию дисфункции эндотелия, предусматривала применение препарата L-аргинина (вазотон, Барнаул, РФ) в дозе 1,0 г в сутки в сочетании с ингибитором АПФ (эналаприл) 5 мг в сутки. Проведение ее начиналось за 3-4 суток до оперативного вмешательства. Противопоказанием к применению ингибитора АПФ считалась выраженная артериальная гипотензия (систолическое АД ниже 90 мм рт.ст.). Больные с данным состоянием гемодинамики из исследования исключались.

Определение статистической значимости различий показателей в группах и в динамике осуществлялось по Манну-Уитни с использованием метода бутстреп [9].

Результаты. Основные результаты анализа показателей проведенного у больных раком головки поджелудочной железы, представлены на рисунках 1-3.

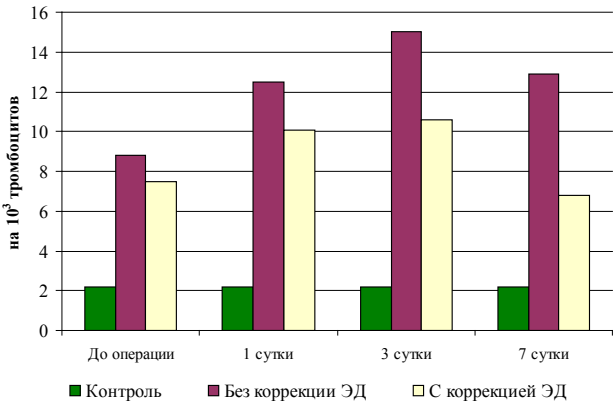


Рисунок 1 - Сравнительный анализ медианы содержания циркулирующих эндотелиоцитов у больных раком головки поджелудочной железы

Имелись статистически значимые отклонения показателей сосудистого эндотелия от значений в контрольной группе как до оперативного вмешательства, так и в динамике после его осуществления.

Число циркулирующих эндотелиоцитов резко превышало показатель контрольной группы в исходе (Me/Me=3,41), наиболее высоким было на 3-и сутки после операции (Me/Me=4,82), а на 7-е сутки снизилось (Me/Me=3,09, p<0,01 во всех случаях).

Между группами пациентов с раком головки поджелудочной железы, выделенными в зависимости от ведения, различия содержания циркулирующих эндотелиоцитов в крови наблюдались, начиная с 1 суток после оперативного вмешательства. В этот срок различия оказались статистически значимыми (Me/Me=1,28, p<0,05), на 3 сутки возросли до Me/Me=1,56 (p<0,05), а на 7 сутки – до Me/Me=1,91 (p<0,01). Как и в предшествующей группе, нами было выявлено протективное влияние проводимого в периоперационном периоде консервативного лечения на степень повреждения сосудистого эндотелия.

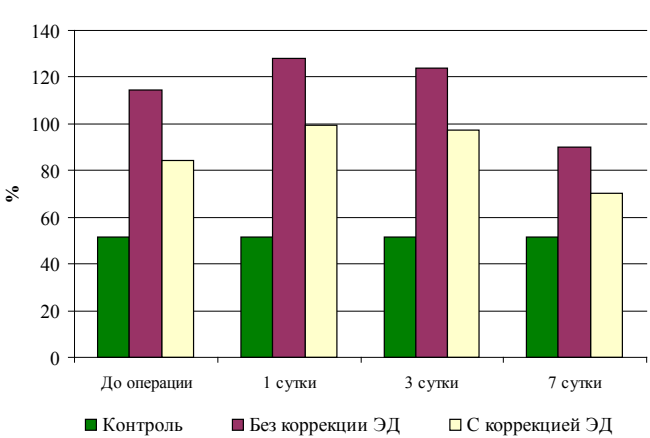


Рисунок 2 - Сравнительный анализ медианы содержания в крови фактора Виллебранда у больных раком головки поджелудочной железы

Этот факт подтверждается также результатами анализа содержания в крови ФВ. Данный показатель при обследовании до операции был относительно повышен относительно контроля (Me/Me=1,63), наиболее высоким оказался на 1 сутки (Me/Me=1,92) и далее также имел динамику к снижению. На 7 сутки различия с контролем составили 1,36 раза (p<0,05 во всех случаях).

Через 1 сутки после операции было зарегистрировано превышение показателя в группе сравнения по сравнению с основной (Me/Me=1,21, p<0,05). На 3 сутки уровень различий между группами больных оставался адекватным предшествующему (Me/Me=1,28, p<0,05), а на 7 сутки возрос до Me/Me=1,54 (p<0,05) за счет более быстрой динамики к компенсации в основной группе.

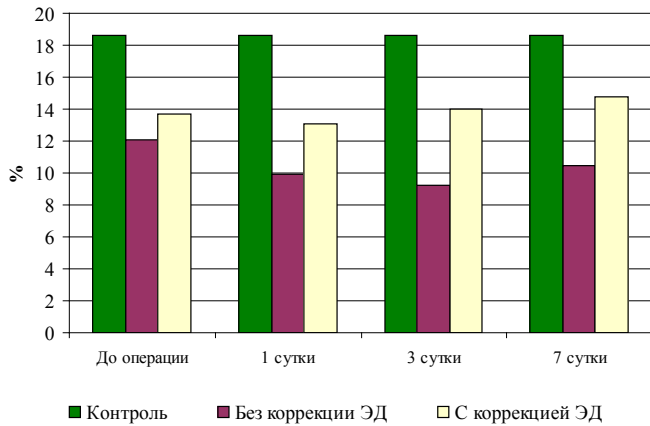


Рисунок 3 - Сравнительный анализ медианы ЭЗВД у больных раком головки поджелудочной железы

Уровень ЭЗВД в группе сравнения имел тенденцию к снижению в послеоперационном периоде. В основной группе, напротив, различия показателя с контролем через 7 суток были меньше, чем в исходном периоде исследования. Наиболее значимые различия по данному показателю были зарегистрированы на 1 сутки после операции (RR=1,42, p<0,05).

Данный показатель в исходе не имел статистически значимых различий между группами больных. Через 1 сутки после операции было зарегистрировано увеличение степени раз-

ницы, которая составила Me/Me=1,36 (p<0,05). На 3-и сутки различия между группами были максимальными и достигали RR=1,55 (p<0,05). Наблюдалось относительное уменьшение разницы между группами больных раком головки поджелудочной железы к 7-м суткам, но они оставались статистически значимыми (Me/Me=1,42, p<0,05).

В таблице 1 представлены клинические результаты лечения больных в зависимости от проводимой терапии.

Таблица 1 - Результаты лечения больных раком головки поджелудочной железы

Показатель	Группы больных				
	основная (n=44)		сравнения (n=51)		P
	абс.число	%	абс.число	%	
Наличие осложнений в раннем послеоперационном периоде	10	22,7	20	39,2	>0,05
Наличие рецидивов и/или метастазов	7	15,9	20	39,2	<0,05

Относительно умеренными, но тем не менее статистически значимыми были различия относительных величин частоты осложнений раннего послеоперационного периода (RR=1,75; p<0,05 при II клин. стадии и RR=1,70; p<0,05 – при III клин. стадии рака головки поджелудочной железы).

Напротив, в течение 2 лет проспективного наблюдения были выявлены очень значительные различия по частоте развития рецидивов и метастазов. Так, при II клинической стадии их степень достигала RR=2,63; p<0,05, а при III клин. стадии – RR=2,34; p<0,05. Невысокий уровень статистической значимости связан с небольшим количеством осложнений в основной группе.

Заключение. У больных раком головки поджелудочной железы были выявлены значительные нарушения функции сосудистого эндотелия. Они заключались в повышении содержания циркулирующих эндотелиоцитов, что свидетельствует о повреждении эндотелия [10] и снижение вазодилатирующих и антиагрегационных свойств. Данные изменения соответствовали клиническим результатам. В частности, при наличии выраженной эндотелиальной дисфункции отмечалось значительное повышение частоты осложнений раннего послеоперационного периода.

Следует отметить, что применение дополнительной терапии сочетанием L-аргинина и ингибитора АПФ, направленной на коррекцию эндотелиальной дисфункции, способствовало уменьшению числа осложнений, что мы связываем с коррекцией эндотелиальной дисфункции. Действительно, больные основной группы характеризовались снижением степени повреждения эндотелия, выражавшегося в значимом уменьшении числа циркулирующих эндотелиоцитов. Одновременно снижалось содержание проагрегантного фактора Виллебранда и увеличивался показатель эндотелийзависимой вазодилатации.

Данные изменения вполне могли бы являться основанием для улучшения состояния микроциркуляторного русла в области анастомоза и, более того, проходимости кровеносного русла на уровне артерий среднего калибра, что соответствует результатам, полученным другими авторами [11,12].

В целом, полученные результаты свидетельствуют о возможности применения разработанной методики лечения в комплексе периоперационного ведения больных раком головки поджелудочной железы и, потенциально, другими новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта.

Список литературы

1. Matsuhashi N., Osada S., Yamaguchi K., Okumura N., et al. Long-term outcomes of treatment of gastric gastrointestinal stromal tumor by laparoscopic surgery: review of the literature and our experience// Hepatogastroenterology. Nov-Dec 2013. - Vol.60(128):2011. - №5.
2. Громов М.С., Александров Д.А., Кулаков А.А. и др. Диагностика и лечение распространенного рака желудка// Хирургия. - 2003. - 4. - С. 65-67.
3. Freitas A.A., Rocha B. The complex analysis of immune interaction between cancer cells and macroorganism// Annu.Reviuve Immunology. - 2000. - Vol.18. - P83-111.
4. Jones S.M., Roh M.S. Results of surgical resection for hepatocellular carcinoma // Cancer Treat Res. - 2001. - Vol. 109. - P. 59-75.
5. Mitsuyama H., Wallner K.E., Merrick G.S. Treatment of prostate cancer in obese patients // Oncology (Williston Park). - 2006. - Vol. 20, №10. - P. 1191-1197.
6. Головенченко Ю.И., Трещинская М.А. Обзор современных представлений об эндотелиальной дисфункции// Consilium Medicum Ukraina. - 2008. - №11. - С. 17-25.
7. Di Costanzo F., Sdrobolini A., Gasperoni S. Possibilities of palliation in pancreatic cancer// Tumori. Jan-Feb 2009. - Vol. 85, №1. - P. 47-53.
8. Rajendran P., Rengarajan T., Thangavel J. et al. The Vascular Endothelium and Human Diseases// Int. J. Biol. Sci. - 2013. - Vol.9, №10. - P. 1057-1069.
9. Efron B., Tibshirani R.J. An introduction to the bootstrap. New York: Chapman & Hall, Software, 1993.
10. Burger D., Touyz R.M. Cellular biomarkers of endothelial health: microparticles, endothelial progenitor cells, and circulating endothelial cells// J. Am. Soc. Hypertens. - 2012. - Vol. 6, №2, - P. 85-99.
11. Durand M.J., Gutterman D.D. Diversity in mechanisms of endothelium-dependent vasodilation in health and disease// Microcirculation. - 2013. - Vol. 20, №3, - P. 239-247.
12. Vita J.A., Hamburg N.M. Does endothelial dysfunction contribute to the clinical status of patients with peripheral arterial disease?// Can. J. Cardiol. - 2010. - Vol. 26 Suppl A. - P. 45A-50A.

ТҰЖЫРЫМ

¹Олжаев С.Т., ²Сейсембаев М.А., ³Лазарев А.Ф.¹ШЖҚММК «Алматы Аймақтық Онкологиялық Диспансері», Алматы қ., Қазақстан Республикасы²Қазақстан-Ресей медициналық университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы³Н.Н. Блохин атындағы Ресей онкологиялық ғылыми центр Алтай филиалы, Барнаул қ., Ресей

Ұйқыбезі басының обыры бар науқастардағы эндотелиалды дисфункцияны коррекциялау және оның клиникалық нәтижелері

Коррекциялау фонында операциялық араласулардан кейінгі эндотелиалды функция өзгерістерін талдау мақсатында II және III клиникалық сатыдағы ұйқыбезі басының обыры бар 95 науқас тексерілді. Эндотелий қызметінің көрсеткіштері мен айналымдағы эндотелиоциттер құрамы зерттелді.

Кешенді емдеу кезінде L-аргинин мен ангиотензин алмастырушы ингибиторларын қабылдау эндотелий зақымдалу дәрежесінің төмендеп, эндотелиалды дисфункцияның коррекциясын анықтады. Жасалған емдеу әдістерін қолдану асқыну санын азайтуға мүмкіндік берді.

Түйінді сөздер: Ұйқыбезі басының обыры; эндотелиалды дисфункция; L-аргинин; ангиотензин-алмастырушы фермент ингибиторы.

SUMMARY

¹Olzhayev S.T., ²Seisembayev M.A., ³Lazarev A.F.¹Almaty Regional Cancer Detection Centre, Almaty, Kazakhstan²Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan³Altai Branch of Blokhin Russian Cancer Research Center, Barnaul, Russian Federation

Correction of endothelial dysfunction in patients with cancer of the head of the pancreas and the clinical outcome

95 operated patients with cancer of the head of the pancreas of clinical stages II and III were examined to analyze the changes in endothelial function after surgery against correction. Function indicators of endothelium and circulating endothelial content were tested.

The use of L-arginine and ACE inhibitor in complex treatment decreased the endothelium damage and supported the correction of endothelial dysfunction. The developed methods of treatment were also associated with fewer complications.

Keywords: cancer of the head of the pancreas; endothelial dysfunction; L-arginine; angiotensin-converting enzyme inhibitor.



**1 февраля
в Казахстане стартовал декадник
по профилактике и раннему выявлению
онкозаболеваний**

В рамках Всемирного дня борьбы против рака с 1 по 10 февраля 2017 года во всех регионах страны пройдет декадник по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний под лозунгом «Мы можем! Я могу!» с акцентом на повышение физической активности.

Цель декадника: повышение осведомленности населения и медицинских работников по вопросам профилактики и раннего выявления онкозаболеваний, а также информирование населения о необходимости своевременного прохождения скрининговых обследований.

Борьба с онкологическими заболеваниями является одним из приоритетных направлений системы здравоохранения РК. Отечественные медицинские организации располагают передовыми технологиями диагностики и лечения рака, которые позволяют добиться полного выздоровления пациента, особенно на ранних стадиях заболевания.

Скрининговые медицинские осмотры являются наиболее эффективным методом профилактики и ранней диагностики злокачественных опухолей. В 2016 году в республике в рамках онкологических скринингов проведено более **1,6 млн. обследований** целевых групп взрослого населения.

Напомним, Всемирный день борьбы против рака отмечается ежегодно **4 февраля** по инициативе Международного противоракового союза.



РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

УДК: 616.351-006.6-036.22

М.А. Кузикеев, А.Е. Ажмагамбетова, А.И. Джуманов, С.В. Лашкул, Т.С. Насрытдинов,
Сейсенбаева Г.Т.

«Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии»,

Динамика заболеваемости раком прямой кишки в Северном и Центральном регионе Республики Казахстан

Аннотация. В статье приведены данные о заболеваемости раком прямой кишки в Северном регионе Республики Казахстан за 2000-2009 гг. Показано, что в изучаемом регионе всего было зарегистрировано 3185 больных раком прямой кишки. В структуре онкологической заболеваемости рак прямой кишки составил 4,3%. Стандартизованный (мировой) по возрасту показатель заболеваемости в регионе зарегистрирован на уровне 8,62 на 100 тысяч населения.

Ключевые слова: рак прямой кишки, заболеваемость, по возрастной показатель.

Актуальность. Рак прямой кишки (РПК) в настоящее время является актуальной проблемой в онкологии, так как ежегодно заболеваемость и смертность от этого недуга неуклонно растет [1, 6]. По данным МАИР (Международного агентства по исследованию рака) во всем мире зарегистрировано около 1 миллиона 200 тысяч случаев рака толстой кишки при этом рак прямой кишки составляет почти 30-50% [7]. Учитывая единый механизм возникновения и развития рака ободочной и прямой кишок, имеется одинаковая стратегия лечения и профилактики колоректального рака [1, 3]. В большинстве развитых стран мира колоректальный рак занимает 6-8 место в структуре онкологической заболеваемости. Эпидемиологические исследования наиболее полно проведены в высокоразвитых странах мира (США, Канада, Австралия, Северная и Западная Европа), для которых характерны высокие уровни заболеваемости – 30-40 на 100 тысяч населения [4, 5]. Для большинства стран Азии показатели заболеваемости не превышают 15-20 на 100 тысяч. Тем не менее, по последним данным в этих странах также наблюдается рост заболеваемости раком толстой кишки [2].

Целью исследования явилось изучение географической вариабельности рака прямой кишки в Казахстане.

Материал и методы исследования. В Северном регионе республики сосредоточены 4 области – Акмолинская, Костанайская, Карагандинская, Северо-Казахстанская и г. Астана.

Исследование охватывает период с 2000 по 2009 гг. Материалом исследования служили данные обо всех случаях РПК по информации, предоставляемой специализированными и неспециализированными лечебными учреждениями республики, а также отделами ЗАГС. Для исключения дублирования была проведена алфавитизация массива данных, которые

сгруппированы согласно Международной классификации болезней (МКБ-10). В связи с тем, что основным направлением дескриптивной эпидемиологии является изучение пространственных и временных изменений частоты злокачественных опухолей, проведено вычисление прямо или косвенно стандартизованных показателей заболеваемости РПК. Используются методы графического и пространственного анализа, исследования по картографированию частоты РПК. Каждый зарегистрированный случай РПК был снабжен данными численности общей и половой популяции изучаемого региона. При этом также использованы сведения о численности взрослого населения в возрастных группах (0-29, 30-39...70 и более лет). Информация о каждом случае РПК сопровождается типом лечебного учреждения, где впервые был установлен диагноз. Проведено выявление особенностей в распространении РПК, путем сравнительного изучения соответствующих показателей их частоты. Рассчитаны по возрастные показатели заболеваемости. Стандартизованные показатели заболеваемости определялись прямым методом стандартизации показателей заболеваемости с использованием мирового стандартного населения.

Результаты.

Эпидемиология РПК в Акмолинской области.

За указанный период в Акмолинской области зарегистрировано 701 больных РПК, что составило 4% в структуре злокачественных опухолей. Интенсивные показатели заболеваемости с возрастом период имели тенденцию роста. Так, если среди лиц 0-29 лет показатели варьировались с 0,1 до 0,2 на 100 тысяч соответствующей популяции, то в 30-39 лет они были равны 1,3 (оба пола), в 40-49 лет – 6,0 (мужчины) и 7,0 (женщины). В возрасте 50-59 лет показатели заболеваемости у мужчин начинают преобладать (18,2), тогда как у женщин – 14,6.

Первый пик высокой заболеваемости данной локализации в области зарегистрирован среди лиц 60-69 лет мужского населения 58,5 (рисунок 1).

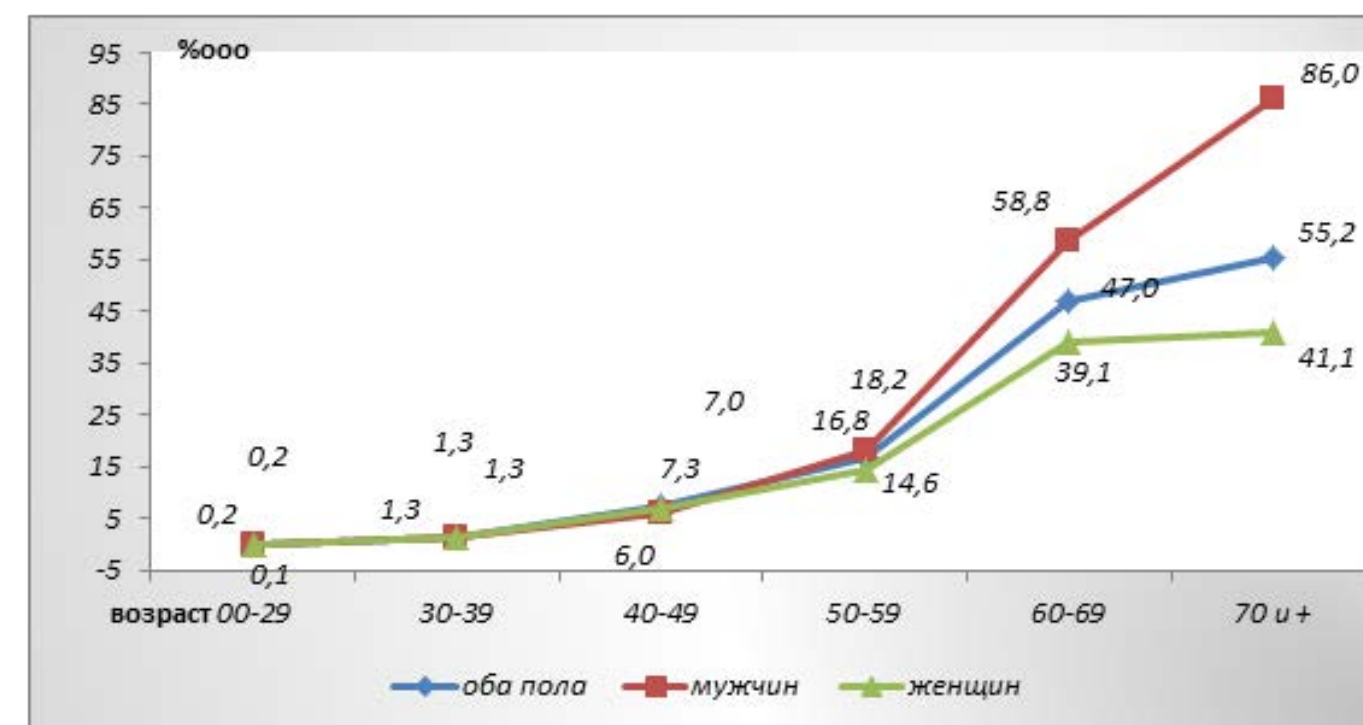


Рисунок 1. Среднегодовые половозрастные интенсивные показатели заболеваемости раком прямой кишки населения Акмолинской области.

Второй пик высокой заболеваемости зарегистрирован также среди мужчин в возрастных группах 70 лет и старше (86,0), тогда как у женщин данный показатель был равен 41,1.

Интенсивные показатели заболеваемости РПК в области имеют тенденцию колебания с 10,1 (2000 г.) до 11,1 (2003 г.), с последующим снижением до 9,5 (2007 г.) и 9,21 (2009 г.) (Тин=0,00%) (см. рисунок 2). Стандартизованные показатели снижаются с 9,3 до 8,0 (Тст=0,03%). Эти данные свидетельствуют, что возрастная структура населения в Акмолинской области не соответствует мировому стандарту населения.

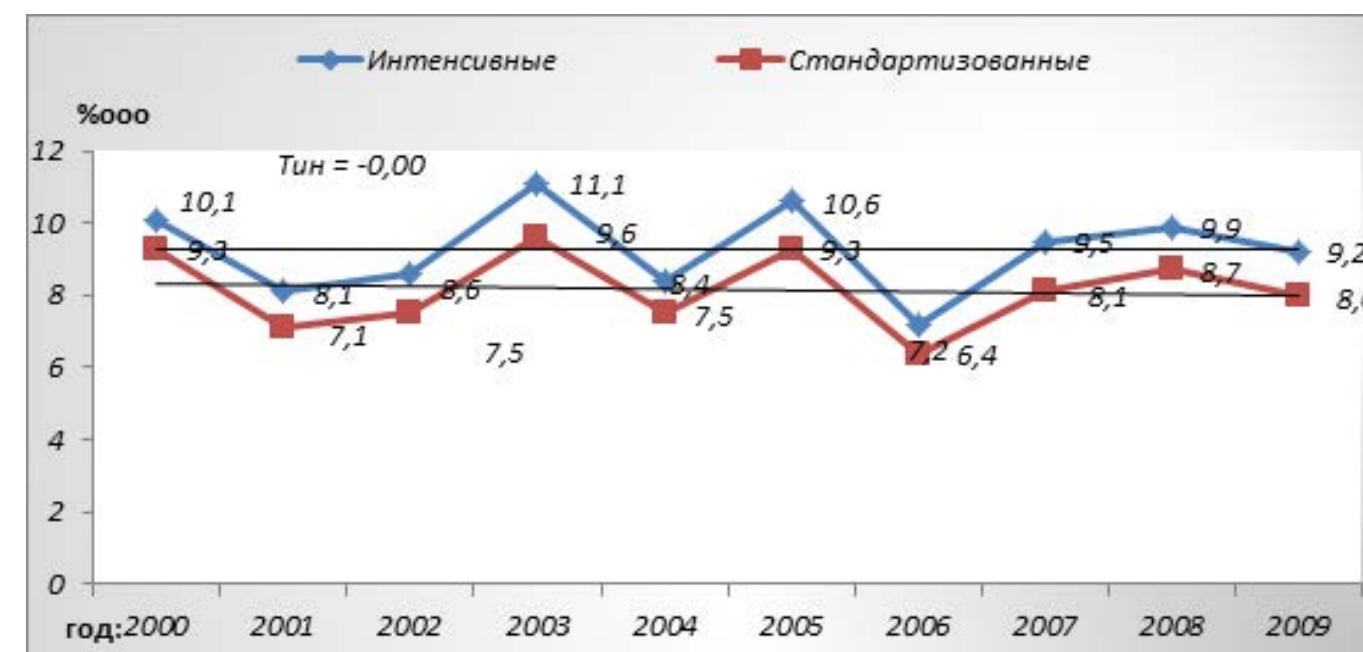


Рисунок 2. Интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости раком прямой кишки населения Акмолинской области.

Среди мужского населения, по интенсивным показателям заболеваемости РПК наблюдается рост с 8,6 в начале периода до 13,5 в 2008 г., с последующим снижением до 10,4. Темпы интенсивных (Тин=0,3) и стандартизованных (Тст=0,3) показателей заболеваемости совпадают. Среди женского населения, данные показатели имеют тенденцию колебания с 8,6 (2000 г.) до 12,6 (2008 г.), с последующим снижением до 10,4 в 2009 г. Удельный вес РПК по возрастным группам имел унимодальный характер роста с пиком в возрастной группе 60-69 лет (37,1%).

Таким образом, общий среднегодовой интенсивный показатель заболеваемости РПК составил 9,3±0,4, а стандартизованный – 8,1±0,4 на 100 тысяч популяции.

Эпидемиология РПК в Карагандинской области.

За указанный период зарегистрировано 1201 больных, что составило 3,7% в структуре злокачественных опухолей. По мере увеличения возраста растут показатели заболеваемости – с 0,2 в группе до 30 лет и до 54,9 (оба пола) в группе 70 лет и старше. При этом, наиболее высокие уровни заболеваемости зарегистрированы в группе 70 лет и старше (89,8 у мужчин и 40,0 у женщин), а также в группе 60-69 лет (60,8 у мужчин и 30,2 у женщин).

Анализ интенсивных показателей в динамике выявил тенденцию к росту с 8,7 до 11,2 к 2007 году, с некоторым снижением до 9,2 к концу исследования. Стандартизованные показатели у мужчин в динамике имели следующую картину: 11,7, 12,7 и 9,6, соответственно. Интенсивный показатель заболеваемости составил Тин=0,2, стандартизованный – Тст = 0,1. Интенсивные и стандартизованные показатели за этот период в динамике выросли с 8,1 до 9,2 на 100 тысяч.

Удельный вес РПК по возрастным группам имел унимодальный характер роста с пиком в возрастной группе 60-69 лет (36,2%), тогда как у мужчин он составил 38,4%, а у женщин 34,0%. Общий среднегодовой интенсивный показатель заболеваемости РПК зарегистрирован на уровне 8,9±0,5, стандартизованный – 7,8±0,5 на 100 тысяч населения.

Эпидемиология РПК в Костанайской области.

За период исследования по области зарегистрировано 1112 больных РПК (5,0%). С возрастом показатели заболеваемости имели тенденцию к росту. Низкие показатели отмечены в возрасте до 50 лет, когда значения для лиц обоего пола не достигали 20 на 100 тысяч. Заметный рост показателей заболеваемости РПК наблюдается среди лиц 50-59 лет (24,2 у мужчин и 21,2 у женщин). Высокие уровни зарегистрированы в группах 60-69 и 70-79 лет (59,0 и 69,0, соответственно – оба пола). Причем, у мужчин 70-79 лет отмечен самый высокий уровень – 105,7 на 100 тысяч соответствующей популяции.

Динамика заболеваемости показала колебания показателей – подъем с 11,5 до 14,0 с последующим падением до 11,5. Среди мужчин тенденция была следующей: 13,4, 15,8 и 11,0. У женщин также наблюдается некоторое снижение показателей с 13,3 до 12,0 на 100 тысяч.

Таким образом, удельный вес РПК характеризуется высокой долей в возрастных группах 60-69 лет (35,3%) и имеет унимодальный характер роста. Общий среднегодовой интенсивный показатель заболеваемости составил 12,1±0,4, стандартизованный (мировой) – 9,6±0,4.

Эпидемиология РПК в Северо-Казахстанской области.

Зарегистрировано 776 больных РПК или 4,6% в общей структуре опухолей. Среди лиц 0-29 лет данные показатели, как у мужчин, так и женщины занимали одинаковые позиции (0,2). В группе 30-39 лет показатели были на уровне 1,3-3,1. В возрастных группах 40-49 лет эти данные были высокими среди муж-

ского населения (7,4) по сравнению с женщинами (5,1). Заметный рост показателей заболеваемости РПК наблюдается среди лиц 50-59 лет (20,5 у мужчин и 19,0 у женщин). Высокие уровни зарегистрированы в следующих возрастных группах (60-69 и 70 лет и старше) – 57,2 и 58,6 (оба пола), соответственно. При этом, показатели у мужчин превышали аналогичные у женщин почти в два раза.

Тренды интенсивных показателей имеют тенденцию роста с 9,1 до 11,9, с большей выраженностью у мужчин. Динамика стандартизованных показателей заболеваемости у мужчин в целом имела тенденцию роста. Наибольший пик заболеваемости данной локализации наблюдается в 2006 году (15,7). Стандартизованные показатели выросли до 16,1 в данном году с последующим снижением до 13,7 в конце исследования. Темпы интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости совпадают. Возрастной состав мужского населения области соответствует составу принятого за мировой стандарт. Интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости женского населения области за этот период в динамике выросли с 9,5 до 14,5 в 2005 году, а в конце исследуемого периода отмечается снижение до 10,1. В целом, среднегодовой интенсивный показатель составил 11,6±0,7, стандартизованный (мировой) – 9,3±0,6.

В динамике интенсивные показатели (оба пола) имели тенденцию снижения, хотя вначале отмечался рост с 9,3 до 9,8 в 2005 году, и в конце исследования данный показатель идет на снижение (7,7). Темпы интенсивных (Тин=-0,1%) и стандартизованных (Тст=-0,1%) показателей совпадают. Анализ динамики показателей в зависимости от пола выявил примерно такие же тенденции. В целом, общий среднегодовой интенсивный показатель заболеваемости РПК составил 7,5±0,4, стандартизованный (мировой) – 8,8±0,4.

Эпидемиология РПК в г. Астана.

За 10-летний период в г. Астана зарегистрировано 395 больных РПК, что составляет в структуре злокачественных опухолей 4,0%. Повозрастные показатели заболеваемости имели тенденцию к росту с 0,2-0,3 в группе 0-29 лет, до 0,9-1,1 в группе 30-39 лет. В возрастных группах 40-49 лет эти данные были высокими среди женского населения (4,6) по сравнению с показателями среди мужчин (1,2). Начиная с 50 лет, показатели у мужчин начинают превалировать. Высокая заболеваемость данной локализации отмечена среди лиц 60-69 лет: у мужского населения – 65,5, среди женщин – 38,4. В группе 70 лет + показатели наиболее высоки и у мужчин (112,2) и у женщин (60,8). Таким образом, общий среднегодовой интенсивный показатель заболеваемости рака прямой кишки составил 7,5±0,4, стандартизованный (мировой) – 8,8±0,4.

Заключение. Таким образом, в Северо-Центральном регионе за 10 лет было зарегистрировано 3185 пациентов раком прямой кишки, что составило 4,3% в структуре общей онкологической заболеваемости. Среднегодовой показатель заболеваемости в целом по региону составил 9,06, а стандартизованный 8,62 на 100 тысяч населения. Отмечаются определенные половозрастные особенности в распространении и динамике интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости раком прямой кишки. Относительно высокие показатели заболеваемости

зарегистрированы в возрастных группах 50-59, 60-69 и 70 лет и старше. Географические различия в распространении рака прямой кишки обусловлены возрастным, этническим составом и неравномерным воздействием факторов окружающей среды, что требует продолжения эпидемиологических аналитических исследований.

ТҰЖЫРЫМ

М.А. Кузикеев, А.Е. Ажмагамбетова, А.И. Джуманов, С.В. Лашкул, Т.С. Насрытдинов, Сейсенбаева Г.Т.

Қазақстан Республикасы Солтүстік және Орталық өңірлерде тік ішектің қатерлі ісігіне динамикасы

Бұл мақалада 2000-2009 жылдары Қазақстан Республикасының солтүстік өңірде тік ішектің қатерлі ісігінің таралуы туралы деректер берілген. Бұл, зерттелген аймақтағы тік ішек обьырымен 3185 науқас тіркелген деп көрсетілген. Онкологиялық аурудың құрылымында, тік ішектің қатерлі ісігі 4,3% -ды құрады. Жас бойынша стандартталған (әлемдік) аймақтағы ауру көрсеткіші 100 тұрғынға шаққанда 8.62 мың халықтың деңгейінде тіркелді.

Түйінді сөздер: тік ішектің қатерлі ісігі, науқастық, жастық көрсеткіш

Список литературы

1. Аксель Е.М., Ушакова Т.П. Заболеваемость и смертность от рака прямой кишки. Новое в терапии колоректального рака //Под ред. проф. Н.И. Переводчиковой. – М., 2001. – С.6-9.
2. Арзыкулов Ж. А., Сейтказина Е.Д. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2009 год (статистические материалы). – Алматы, 2010. – 85 с.
3. Bartsch H., Hietanen E. The role of individual susceptibility in cancer burden related to environmental exposure //Environ Health Perspect. – 2006. – V. 104 (Suppl 3). – P.569-77.
4. Markowitz S.D., Bertagnolli M.M. Molecular basis of colorectal cancer //N. Engl. J. Med. – 2009. – V. 361 (25). – P. 2449–60
5. Hunter D.J., Spiegelman D. Dietary Fiber and Colorectal Cancer: An Ongoing Saga //Journal of the American Medical Association. – 2005. – V. 294 (22). – P. 2904–6.
6. Parkin D.M., Whelan S.L., Ferlay J., et al. (eds). Cancer Incidence in Five Continents. Vol. VIII, IARC Scientific Publications No. 155. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2002.
7. Parkin, D. M. et al. Age-standardized Incidence Rates for Colorectal Cancer //CA Cancer J Clin. – 2005. – V.55. – P.74-108

SUMMARY

M.A. Kuzikeev, A.Y. Azhmagambetova, A.I. Jumanov, S.V. Lashkul, T.S. Nasrytdinov, G.T. Seysenbayeva

Rectum cancer incidence trends in Northern and Central Kazakhstan

The article illustrates the rectal cancer incidence in Northern Kazakhstan in 2000-2009. 3,185 new cases of colorectal cancer were reported, accounting for 4.3% of the total cancer incidence structure. Age-standardized cancer incidence in the region equaled to 8.62 per 100,000 of population.

Key words: rectal cancer, incidence, age-standardized rate.

РАК ПИЩЕВОДА

УДК:616.329-006-036.22

Е.Ш. Абзалбек, А.Е. Ажмагамбетова, Г.Т. Сейсенбаева

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

**Эпидемиология рака пищевода по Республике Казахстан
за 2006-2015 годы**

Аннотация. Рак пищевода занимает 10-е место в структуре онкопатологии по республике. Ежегодно в Республике Казахстан регистрируются более 1300 случаев рака пищевода, около 1000 больных умирают от данного вида злокачественного новообразования.

Цель исследования: изучение заболеваемости населения Республики Казахстан раком пищевода за 10 лет, с 2006 по 2015 годы с целью проведения целенаправленной организационно-противораковой борьбы.

Материалы и методы. В процессе исследований обработаны данные всех зарегистрированных больных раком пищевода в Республике Казахстан с 2006-2015 гг. Изучение динамики заболеваемости раком пищевода отдельно мужского и женского населения проведено в десятилетних временных и возрастных интервалах.

Использованы статистические данные Агентства Республики Казахстан о численности, половозрастном и национальном составе населения по регионам республики. При стандартизации заболеваемости использован прямой метод и применен мировой состав населения.

Результаты и выводы. За изучаемый период в Республике Казахстан (РК) доля рака пищевода в структуре всех злокачественных новообразований составила 2,3%. Интенсивные показатели заболеваемости раком пищевода населения РК за 10 лет свидетельствуют, что в динамике эти показатели имели тенденцию колебания с 9,3‰ (2006г.) до 9,6‰ в 2007 году, начиная с 2007 года наблюдается тенденция снижения до 7,7‰ в конце исследования.

Лидирующая позиция по заболеваемости раком пищевода установлена в Кызылординской (17,2‰) и Западно-Казахстанской (17,1‰) областях. Ряд высоких показателей отмечены в Актыбинской (13,1‰), Атырауской (12,2‰), Мангистауской (11,5‰) областях.

Наиболее низкие показатели заболеваемости раком пищевода отмечены в городах Алматы (4,4‰) и Астана (4,9‰),

Алматинской (5,8‰) и Южно-Казахстанской (6,8‰) областях и ряде областей северного региона РК.

Ключевые слова: рак пищевода, заболеваемость, смертность, интенсивные показатели заболеваемости и смертности.

Рак пищевода занимает 10-е место в структуре онкопатологии в 2015 году. Рак пищевода (РП) входит в пятерку наиболее частых причин смерти среди онкологических больных. У 900 тыс. умерших он является основной причиной смерти [1,2].

За 10-летний период исследования в РК зарегистрировано 13354 больных раком пищевода, что составляет в структуре злокачественных опухолей 2,3% [3,4].

Анализ среднегодовых интенсивных показателей заболеваемости раком пищевода в РК за различные возрастные группы в динамике за изучаемый период показал, что данные показатели имели тенденцию к росту. Среди лиц 00-29 лет заболеваемость, как у мужчин, так и у женщин не зарегистрирована. В возрастных группах 30-39 лет за 10 лет в среднем показатели заболеваемости выросли с 0,4‰ до 0,6‰. В возрастной группе 40-49 лет данные показатели составили: среди женского населения – 2,6‰, у мужчин – 4,4‰, и у обоих полов – 3,5‰. Показатели заболеваемости раком пищевода среди лиц 50-59 лет выросли с 9,1‰ до 22,9‰. Заметный рост заболеваемости раком данной локализации в РК зарегистрирован среди лиц 60-69 лет: у мужского населения – 65,7‰, среди женщин – 32,4‰ на 100 тыс. населения.

Высокая заболеваемость раком пищевода наблюдается среди лиц в возрастной группе 70 лет и старше – 75,2‰, данный показатель заболеваемости среди мужского населения составил 102,1‰, а у женщин 61,9‰.

Повозрастные показатели заболеваемости раком пищевода мужского и женского населения РК за указанный период исследования выросли с увеличением возраста населения. Пик заболеваемости отмечался у всего населения в возрастных группах 60-69 лет и 70 лет и старше, с бимодальным характером роста (рисунок 1).

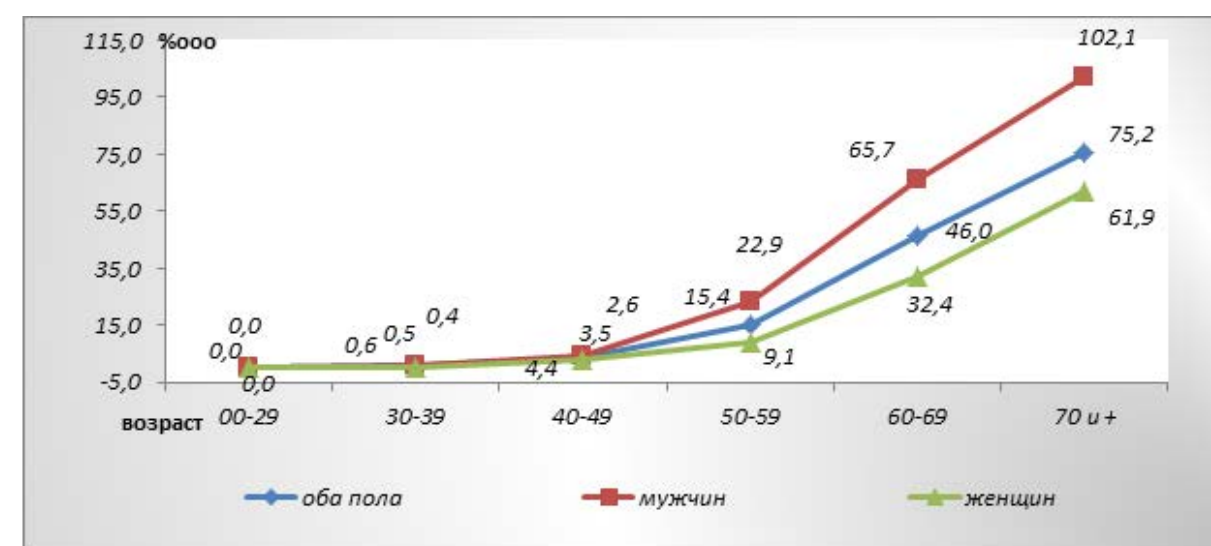


Рисунок 1 - Среднегодовые половозрастные интенсивные показатели заболеваемости раком пищевода населения РК в 2006-2015 годах

Интенсивные показатели заболеваемости раком пищевода населения РК за 10 лет свидетельствуют, что в динамике эти показатели имели тенденцию колебания с 9,3‰ (2006г.) до 9,1‰ в 2007 году, в конце исследования данный показатель составил 7,7‰ (рисунок 2).

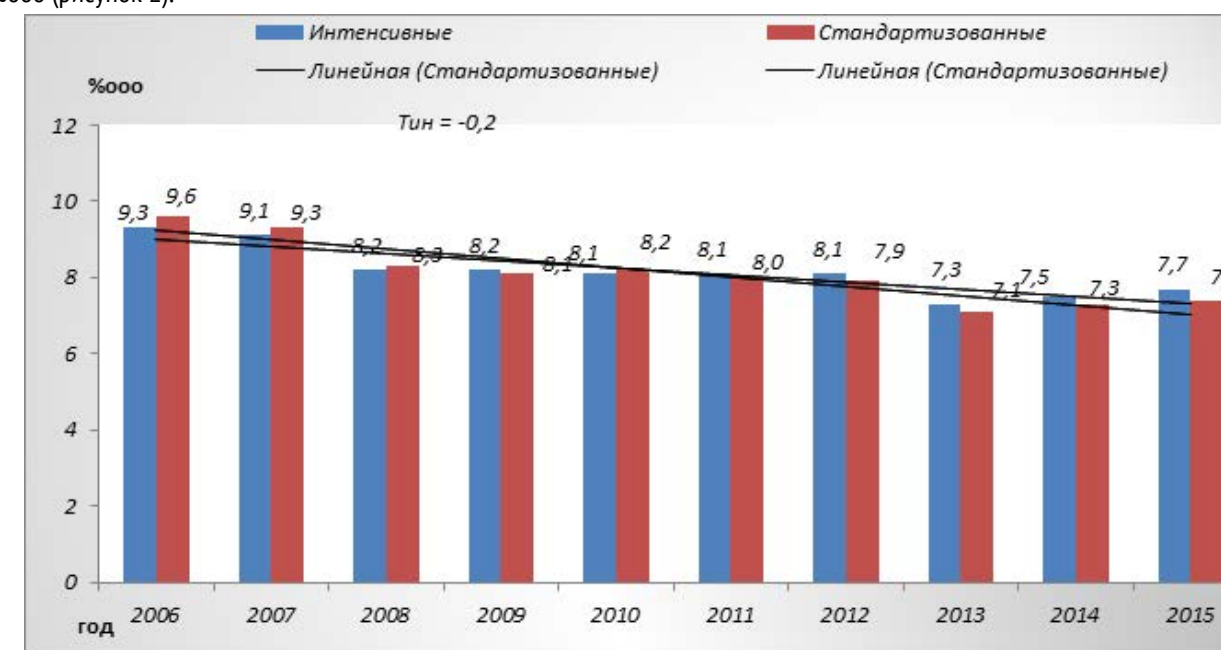


Рисунок 2 – Интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости раком пищевода населения РК за 2006-2015 годы

Динамика интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости раком пищевода мужского населения за изучаемый период имеет тенденцию снижения. Период исследования завершился со значением показателя 9,0‰ в 2015 году по сравнению с началом исследования (10,3‰ - 2006 г.) (рисунок 3). Темпы интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости не совпадают. Возрастная структура населения республики не соответствует мировому стандарту.

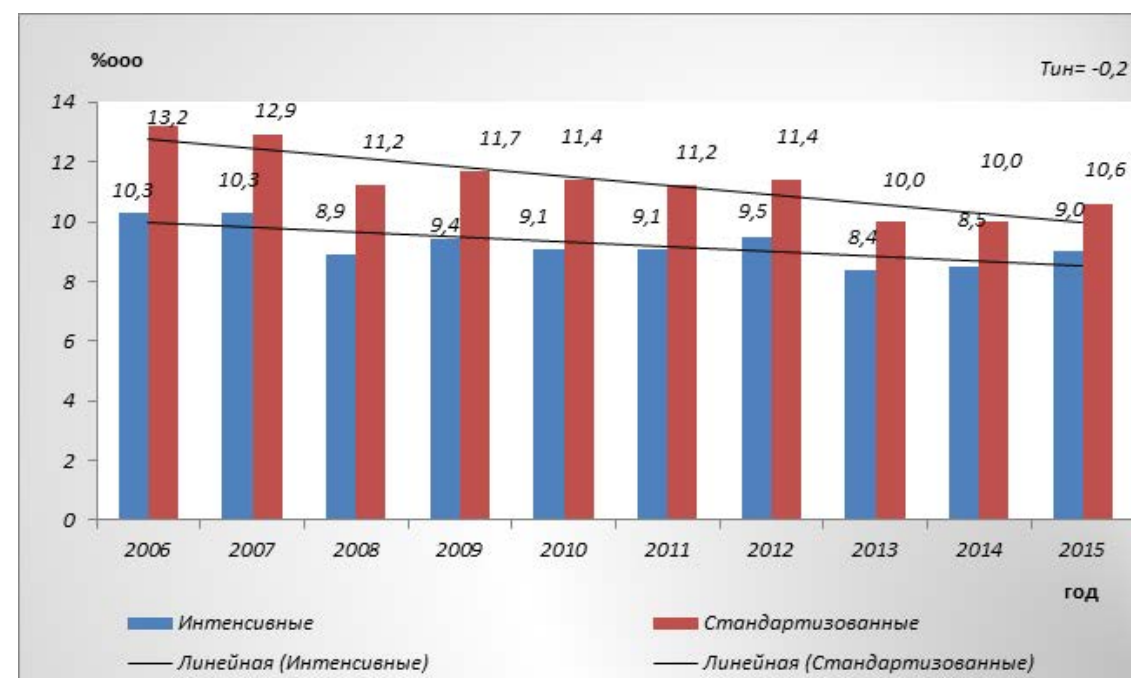


Рисунок 3 – Интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости раком пищевода мужского населения РК за 2006-2015 годы

Среди женского населения за 2006-2015 годы отмечено снижение показателей с 8,5‰ в начале периода до 6,5‰ в конце исследования (рисунок 4). Темпы интенсивных и стандартизованных показателей совпадают.

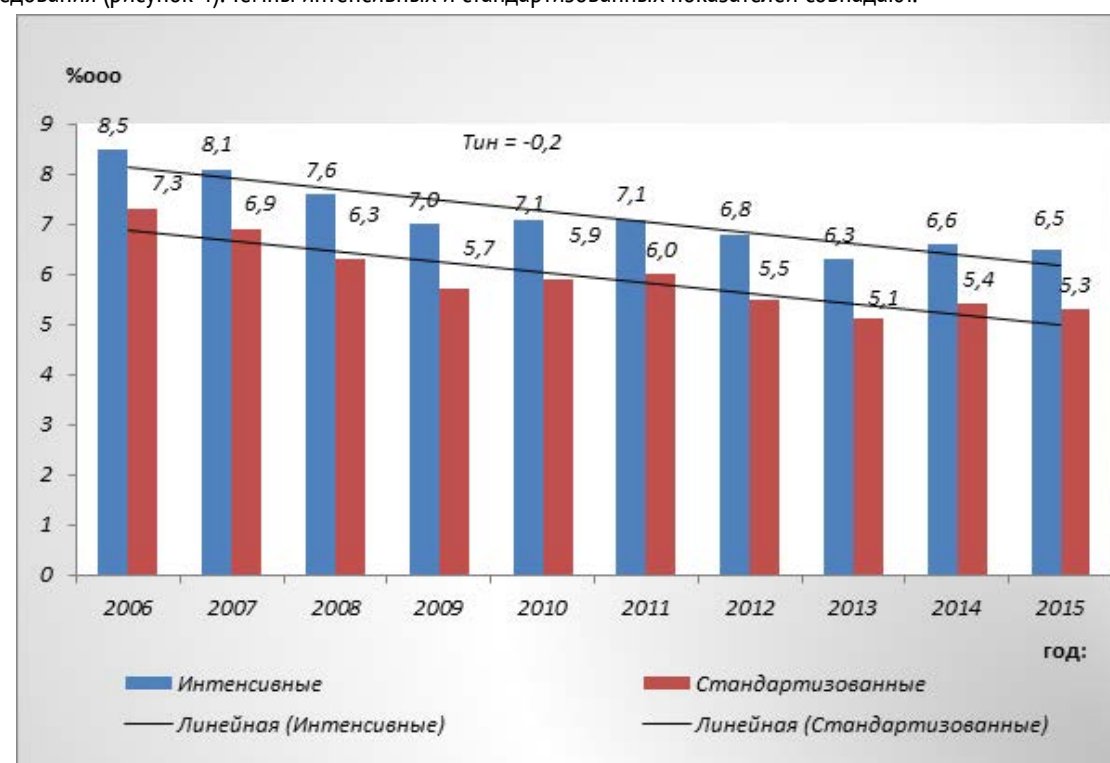


Рисунок 4 – Интенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости раком пищевода женского населения РК за 2006-2015 годы

Высокие показатели удельного веса рака пищевода среди всего населения РК (рисунок 5) имели характер роста по всем возрастным группам. Показатель удельного веса в возрастной группе 60-69 лет у мужчин был выше (32,8%), чем у женщин (28,1). Пик отмечен в возрастной группе 70 лет и старше у женского населения (52,1%), у мужчин удельный вес в данной возрастной группе составил 35,5%.

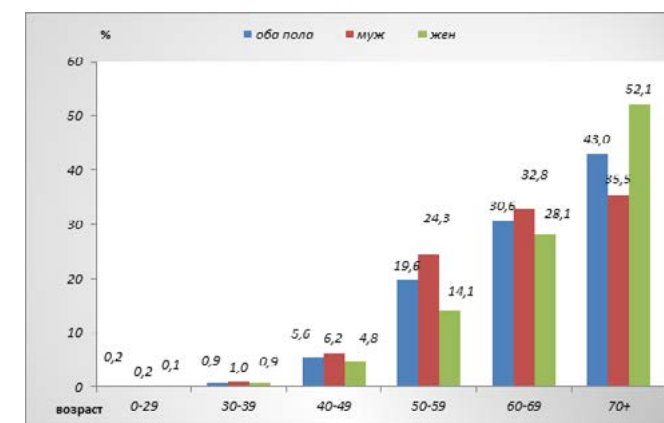


Рисунок 5 – Удельный вес рака пищевода по возрастным группам населения РК за 2006-2015 годы

Общий среднегодовой интенсивный показатель заболеваемости раком пищевода в РК составил $8,2 \pm 0,2$ ‰ при стандартизованном (мировом) уровне в $8,1 \pm 0,3$ ‰.

Выводы: Лидирующая позиция по заболеваемости раком пищевода установлена в Кызылординской (17,2‰) и Западно-Казахстанской (17,1‰) областях. Ряд высоких показателей отмечены в Актыбинской (13,1‰), Атырауской (12,2‰), Мангистауской (11,5‰) областях.

Наиболее низкие показатели заболеваемости раком пищевода были отмечены в городах Алматы (4,4‰) и Астана (4,9‰), Алматинской (5,8‰) и Южно-Казахстанской (6,8‰) областях и ряде областей северного региона РК (рисунок 6).

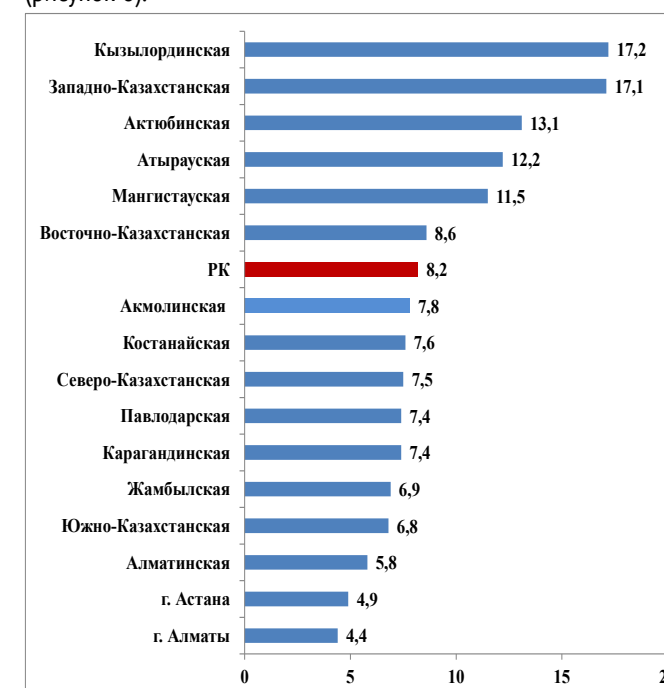


Рисунок 6 – Среднегодовые показатели заболеваемости раком пищевода по областям РК за 2006-2015 годы

Возрастные особенности распространения рака пищевода в РК за исследуемый период характеризовались тем, что в динамике уровень заболеваемости имеет тенденцию к росту в возрастных группах 60-69 лет и 70 лет и старше и носит бимодальный характер роста.

Анализ заболеваемости населения РК за 10 лет (2006-2015гг.) с учетом возрастно-половых особенностей показал, что в динамике по годам исследования уровень заболеваемости зависел от возрастного состава населения, т.е. частота заболеваемости раком пищевода росла пропорционально возрасту.

В данной работе мы не рассматривали этнический состав населения РК, хотя этнический фактор имеет определенное влияние на частоту возникновения некоторых форм рака, особенно, рака пищевода, среди жителей Казахстана. Региональные различия обуславливают особенности характера питания населения в силу различия обычаев, привычки особенностей быта населения, проживающих в отдельных регионах РК. Данные отличия, несомненно, влияют на частоту возникновения рака пищевода. Частота рака пищевода выше в тех регионах, где преимущественно потребляют пищу, богатую крахмалом (хлеб, картофель, мучные продукты), и недостаточно животных белков, молока, свежих овощей и фруктов. Демографические изменения населения, его региональные различия являются основными факторами влияющих на уровень заболеваемости населения злокачественными опухолями в целом, и в частности при раке пищевода в Казахстане.

Список литературы

1. Чиссов В.И., Давыдов М.И. Онкология: национальное руководство: М:ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 592 с.
2. Peto R. The causes of cancer // ECCO. – 1999. – Vol. 446. – S125.
3. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д. и соавт. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2006-2009 гг. (статистические материалы). – Алматы, 2007-2010 гг.
4. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д., Байпеисов Д.М. и соавт. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2010-2014 гг. (статистические материалы). – Алматы, 2011-2015 гг.

ТҰЖЫРЫМ

**Е.Ш. Абзалбек, А.Е. Азмагамбетова,
Г.Т. Сейсенбаева**

Қазақ онкология және радиология ғылыми-
зерттеу институты Қазақстан Республикасының

**2006-2015 жж аралығындағы өңештің
қатерлі ісігінің эпидемиологиясы**

Қатерлі ісіктер құрылымында өңештің қатерлі ісігі (ӨҚІ) 10-ы орында тұр. Елімізде жыл сайын 1300-ге жуық өңештің қатерлі ісігі тіркеледі, 1000-ға жуық науқас осы дерттен көз жумады.

Зерттеудің мақсаты: Қазақстан халқының 10 жыл мерзімі ішінде ӨҚІ-не шалдығуын анықтау.

Осы зерттеу кезеңінде бүкіл қатерлі ісіктердің ішінде өңеш қатерлі ісігінің алатын үлесі 2,3%-ды құрады. Динамикада ӨҚІ-нің интенсивті көрсеткіштерінде ауытқулар болып, 9,3%000-ден (2006ж.) 2007 жылы 9,6%000-ге дейін, ал зерттеу уақытының соңында 7,7%000-ді құрады.

Алдыңғы орындарда Қызылорда (17,2%000) және Батыс Қазақстан (17,1%000) облыстары анықталды.

Ал төменгі көрсеткіштер Алматы (4,4%000) мен Астана (4,9%000) қалаларында, сонымен қатар Алматы (5,8%000), Оңтүстік Қазақстан (6,8%000) және еліміздің бірқатар солтүстік аймақтарында тіркелді.

Түйінді сөздер: өңештің қатерлі ісігі, ауруға шалдығу, интенсивті көрсеткіштер.

SUMMARY

**E.Sh. Abzalbek, A.E. Azhmagambetova,
G.T. Seysenbayeva**

Kazakh institute of Oncology and Radiology

**Epidemiology of esophageal cancer in the
Republic of Kazakhstan in 2006-2015**

Esophageal cancer ranks 10 among cancer pathologies. Kazakhstan has registered more than 1,300 cases of esophageal cancer each year and about 1,000 deaths from this type of cancer.

Keywords: esophageal cancer, morbidity, mortality, intensive indicators.



**Regional IGCS
Meeting**
5-6 Oct. 2017
Almaty, Kazakhstan

**Kazakh Institute of oncology and radiology invites
you to participate in the workshop conducted
jointly with IGCS and support by leading
international collaborating organizations like
ESMO, WHO and NCI.**



40 лет

Убраимова Ақсауде Атамкудовна

старший рентген-лаборант отделения лучевой диагностики

03.01.1977г

Туденбергенова Гудьмира Жорабековна

медицинская сестра оперблока

01.01.1977г

50 лет

Есбаева Фарғада Шымртаевна

врач функциональной диагностики отделения эндоскопии

21.02.1967г

Сейтжанова Айткуль Кабановна

медицинская сестра отделения дозиметрии

12.01.1967г

80 лет

Абисатов Хайржан Абисатович

Доктор медицинских наук, профессор,
академик Академии профилактической медицины Республики Казахстан.
Почетный член Республиканского научного общества онкологов и радиологов.

21.02.1937г

Әбісатов Қайыржан Әбісәтұлының Абисатов Хайржан Абисатович



Медицина ғылымдарының докторы, Қазақстан Республикасы профилактикалық медицина Академиясының академигі. Республикалық онкологтар ғылыми қоғамының құрметті мүшесі.

Қайыржан Әбісатов 1937 жылы Атырау облысының, Индер ауданы, Көктоғай с/с, Нарын құмында дүниеге келген.

Ол инженер болуды армандаған екен, алайда анасының ұзақ сырқаттануы оның болашақ тағдырын анықтады. Төсекке таңылған анасына дәрігер боламын деп уәдесін береді. Дәл солай болды.

1960 жылы Қазақ мемлекеттік медициналық институтын ойдағыдай аяқтағаннан кейін жас маман Мәскеудегі КСРО медициналық ғылым академиясының ФКТ онкология институтына (қазіргі РМФА Н.Н.Блохин атындағы онкология ғылыми орталығы) түсіп, КСРО МҒА мүше-корр. проф. Б.Е. Петерсонның басшылығымен 1964 жылы кандидаттық, 1983 жылы докторлық диссертацияларды қорғады.

1964-1975. ҚОҒЗИ-да аға, жалпы және кеуде хирургиялық бөлімшелерін басқарды, 1976-1985 ж. осы институттың Гурьевтегі филиалын басқарды және облыстық онкодиспансердің бас дәрігері қызметін атқарды. Ол өзінің бірге оқыған досы Қ.Ж. Мусулманбековпен алғашқы рет Қазақстанда өңіш және өкпе қатерлі ісігіне түбегейлі оталарды енгізді.

1985-2015 жылдары ол ғылыми – практикалық жұмысына қоса ұстаздық жұмыстарда болды. 1985-2001 жылдары С.Д.Асфендияров атындағы ҚҰМУ-да, 2002-2015 жылдары КРМУ-терінде онкология кафедраларының меңгершісі жұмыстарын атқарды. Оның қаламынан 180-нен астам оқу ғылыми–практикалық еңбектері жарияланды. Олардың ішінде: жетекші оқулық «Клиникалық онкология» (2007 ж.), «Клиникалық онкологиядан дәрістер циклы» (2011 ж.).

Осы еңбектері үшін ол А.Байтұрсынов атындағы күміс (2008 ж.), алтын (2012 ж.) медальдарымен марапатталды. 1982 ж. «Еңбек Қызыл Ту» орденімен, 1997 ж. «Үздік білім», «Денсаулық сақтау ісінің үздігі» төс білгілерімен 2005 ж. «Үздік еңбегі» үшін медалімен, 2011 ж. Атырау облысының құрметті азаматы атағына ие болды.

Доктор медицинских наук, профессор, академик Академии профилактической медицины Республики Казахстан.

Почетный член Республиканского научного общества онкологов и радиологов.

Хайржан Абисатов родился в 1937 году в Индерском районе, Коктогайском с/с, на Нарынских песках Атырауской области.

Он мечтал стать инженером-строителем, но тяжелая болезнь мамы определила его дальнейшую судьбу и он стал врачом.

По окончании в 1960 году Казахского государственного медицинского института молодого специалиста командировуют в ИЭКО АМН ССР (ныне РОНЦ им.Н.Н.Блохина РАМН). В этом центре под руководством член-корр. АМН ССР проф. Б.Е.Петерсона в 1964 году защитил кандидатскую диссертацию и в 1983 году – докторскую диссертацию. В 1964-1985 годах работал в КазНИИОиР в должности старшего научного сотрудника, заведующим общим хирургическим и торакальным отделениями.

В 1976-1985 годах заведовал Гурьевским филиалом института и одновременно главным врачом облостного онкодиспансера. Одним из первых в Казахстане вместе с другом по учебе проф. К.Ж. Мусулманбековым внедрил сложные радикальные операции на пищеводе и в легких.

В 1985-2015 годах он занимался педагогической деятельностью. С 1985г по 2001 году – зав.кафедры онкологии в КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, 2002-2015 году – зав. одноименной кафедры в КРМУ.

Им опубликовано более 180 учебно-научно-практических работ, из них: двухтомное руководство «Клиническая онкология» (2007 г.), «Клиникалық онкологиядан дәрістер циклы» (2011 г.), за эти труды он был награжден серебрянной (2008 г.), золотой медалями (2012 г.) им. А.Байтұрсынова.

В 1982 году награжден Орденом Трудового Красного Знамени, 1997 году значками «Отличник образования», «Отличник Здравоохранения» 2005 г. Медалью «Үздік еңбек үшін».

В 2001 г. стал Почетным Гражданином Атырауской области.

Руководство по оформлению статей для публикации

Журнал «Онкология и радиология Казахстана» принимает для публикации статьи, посвященные организации онкологической службы, эпидемиологии онкологических заболеваний, диагностике предопухолевых и опухолевых заболеваний, вопросам клинической онкологии, радиологии, экспериментальной онкологии и радиобиологии. Принимаются лекции, литературные обзоры, отдельные случаи из практики. Статьи принимаются на трех языках: казахском, русском и английском.

Статья должна иметь официальное направление от учреждения, в котором выполнена работа с визой руководителя.

1. Статья печатается шрифтом Times New Roman №14 через 1,5 интервала. Страницы пронумерованы.
2. На 1 странице указываются инициалы и фамилия автора(ов), полное название учреждения, из которого исходит статья, название статьи. Обязательно следует указать в каком учреждении работает каждый из авторов.
3. Затем печатается аннотация с ключевыми словами (на языке статьи).
4. В конце статьи должны быть фамилия, имя, отчество (полностью) автора(ов), его адрес с почтовым индексом, телефон, собственноручная подпись. Коллективная статья должна быть подписана всеми авторами.
5. Объем статьи, раскрывающей оригинальные исследования, не должен превышать 8 страниц машинописи, казуистических сообщений - 4 страницы, обзоров литературы и лекций - 12 страниц. Редакция оставляет за собой право сокращения статей.
6. Оригинальные статьи должны иметь следующие разделы и подзаголовки:
 - * «Введение» должно быть кратким и ориентировать читателя на актуальность проблемы и задач исследования. В нем следует привести ссылки на наиболее важные работы без детального обзора литературы.
 - * В разделе «Материалы и методы исследования» должны быть представлены принципы подбора и характеристика материала, объем исследования, использованные методы, включая статистические. Методы исследования следует излагать кратко, но достаточно четко для их воспроизведения.
 - * Раздел «Результаты исследования» должен содержать полные данные.
 - * В разделе «Обсуждение» собственные данные должны быть сопоставлены с подобными сообщениями в отечественной и зарубежной литературе, обращено внимание на оригинальность проведенного исследования, наличие новых предложений и т.д.
 - * В сокращении слов и названий (не более 3) кроме общепринятых сокращений мер, физических, математических величин и терминов допускается только с первоначальным указанием полного названия.
 - * Текст и другой материал должны быть тщательно выверены, цитаты визируются автором на полях рукописи. В математических формулах должны быть четко размечены все элементы: индексы надстрочные и подстрочные, прописные

скобки и строчные буквы, сходные по написанию буквы и цифры (O - буква и 0 - цифра). Номера формул и ссылки на них даются в тексте в круглых скобках.

7. Статьи не должны быть перегружены иллюстративным материалом. Фотографии, рисунки, графики и чертежи могут быть представлены в виде контрастных фотографий (или в редакторах word 7,0 excel 7,0). В месте расположения иллюстрации по тексту, на левом поле статьи помещают указание о наличии иллюстрации и ее название. Рисунки все в Word одним отступом после и до текста по центру, подпись снизу по центру. На обороте фотографии или рисунка проставляется порядковый номер, фамилия автора, название статьи, обозначается «верх». Редакция оставляет за собой право оригинальной верстки материалов, соответственно и изменения формата прилагаемых иллюстраций.
8. Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные данные. Каждая таблица должна иметь номер и заголовок. Таблицы - через 1 интервал, столбики центрированы, с одним отступом до и после текста, подписи сверху, прижаты к левому полю. Заголовки граф должны соответствовать их содержанию, цифры и единицы измерения - соответствовать тексту. Ссылки на таблицы и рисунки полностью словом с номером (таблица 1, рисунок 1) в круглых скобках.
9. Статья должна иметь аннотацию на русском, казахском и английском языках с указанием инициалов и фамилий авторов, учреждения, на базе которого проведено исследование и названия статьи, а в конце – ключевые слова. Аннотация должна иметь следующие разделы: цель исследования, материал и методы исследования, основные результаты и заключение. Аннотация должна составлять 1/3 страницы с заголовком (шрифт 12).
10. Автор несет ответственность за точность предоставляемых данных, приведенных в прилагаемом списке литературы, в который включаются только те публикации, которые указаны в тексте. В список включают работы отечественных и зарубежных авторов за последние 5-7 лет. Лишь в случае необходимости допускаются ссылки на отдельные более ранние работы. Желательно цитировать не более 10-20 источников, в обзорах - 30.
11. Библиографические ссылки должны быть пронумерованы, в порядке упоминания в тексте рукописи, они даются в квадратных скобках.
12. В списке литературы указываются:
 - для книг - фамилия и инициалы автора, полное название работы, место и год издания, страницы «от» и «до»;

- * Для журнальных статей - фамилия и инициалы автора, полное название статьи, наименование журнала, год, номер, страницы «от» и «до»;
 - * Ссылки на рефераты и авторефераты давать не следует, так как они не признаются международным сообществом.
13. Ставя свою подпись под статьей, автор, тем самым, передает редакции право на ее издание и гарантирует ее оригинальность, удостоверяет, что ни сама статья, ни рисунки к ней не были опубликованы ранее и не направлены для публикации в другие издания.
 14. Автор полностью берет на себя ответственность за возможный плагиат текста, рисунков и др. Редакционная коллегия журнала при рассмотрении статьи может произвести проверку материала с помощью системы Антиплагиат. В случае обнаружения многочисленных заимствований редакция действует в соответствии с правилами COPE.

15. На статью будет дана рецензия специалиста, работающего в соответствующей области, по профильной специальности. В рецензии обязательно нужно освещать вопросы актуальности, соответствия цели и тематике журнала, новизны, значимости результатов для фундаментальной или прикладной науки.
16. Статьи, оформление которых не соответствует указанным требованиям, к публикации не допускаются, о чем автор ставится в известность.
17. Рукописи и информационные дискеты не рецензируются и авторам не возвращаются.
18. За достоверность рекламных материалов редакция ответственности не несет.
19. Оплата за статью производится из расчета 500 тенге за 1 страницу.



**ВМЕСТЕ
ПРОТИВ
РАКА**

— ЭТО НЕКО

ННН – это некоммерческая, неправительственная благотворительная организация, поддерживающая все формы борьбы против рака.

МИССИЯ ФОНДА – в объединении усилий и потенциала всего общества ради спасения тех, кого можно спасти, и обеспечения достойной жизни тем, кого спасти нельзя.

ЦЕЛЬ – содействие развитию онкологической службы Казахстана, включая деятельность, способствующую:

- эффективной профилактике
- ранней диагностике
- качественному лечению
- доступной паллиативной помощи

Общественный фонд «ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА»

Исполнительный директор: **Гульнара Кунирова**

Республика Казахстан, г. Алматы 050000, ул. Фурманова, 148-32

тел: +7 (727) 382-5950, факс: +7 (727) 382-61-49

e-mail: oncologykz@gmail.com, web: www.oncology.kz

Банковские реквизиты:

БИН: 080840016861

PHH: 600 900 611 530

ИИК: KZ419261802147889000 [KZT]

АО «Казкоммерцбанк»

БИК: KZKOKZKH

Для спонсорских переводов:

КНП-119, К6е-18



ҚАТЕРЛІ ІСІКПЕН КҮРЕСЕЙІК
TOGETHER AGAINST CANCER
ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА



«Это касается каждого на планете. Мы все хотели бы, чтобы наша жизнь и жизнь тех, кого мы любим, завершилась гармонично и спокойно.»

Архиепископ Десмонд Туту

www.palliative.kz



КАЗАХСТАНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Миссия Ассоциации - это консолидация всех сил казахстанского общества с тем, чтобы каждый житель Казахстана, столкнувшийся с неизлечимым заболеванием, имел возможность реализовать свое право на достойную и максимально активную жизнь, без боли и страданий.

Паллиативная помощь – активно развивающаяся во всем мире отрасль медицины, целью которой является улучшение качества жизни людей, находящихся в тяжелом состоянии вследствие серьезного заболевания. Эта цель достигается путем облегчения страданий пациента, благодаря правильной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психологической, социально-юридической и духовной поддержки пациентов и их семей.

