

7. Frame P.S., Carlson S.J. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria // J Fam Pract.- 1975.-V.2.-P.283-289

8. Wang Z. Mammography and Beyond: Building Better Breast Cancer Screening Tests// J NCI Cancer Spectrum.- 2003.-V. 95 (5).-P.344-346

9. Moore M., Di Guiseppi C. Screening for Breast Cancer. <http://cpmcnet.colombia.edu/texts/gcps/0017.html>.

10. Fletcher S.W., Black W., Harris R. et al. Report of the International Workshop Screening for Breast Cancer // J Natl Cancer Inst.- 1993.-V. 85.-P.1644-1656.

11. Robertson C.L. A private breast imaging practice: medical audit of 25,788 screening and 1077 diagnostic examinations // Radiology.- 1993.-V. 187.-P.75-79.

12. Fletcher S.W., Black W., Harris R. et al. Report of the International Workshop on Screening for Breast Cancer // J Natl Cancer Inst.-1993.-V.85.-P.1644-1656.

13. Peeters P.A., Verbeek A.L. et al. Screening for breast cancer in Nijmegen. Report of 6 screening rounds, 1975-1986 // Int J Cancer.- 1989.-V. 43.-P.226-230.

14. Tabar L., Faberberg G., Day N.E. et al. What is the optimum interval between mammographic screening examinations? An analysis based on the latest results of the Swedish two – county breast cancer screening trials // Int J Cancer.-1987.-V.55.-P.547-551.

15. Silva O.E., Zurrida S. Cancer a Practical Guide. 2005.- P.54-55

16. Fletcher S.W., Black W., Harris R. et al. Report of the International Workshop Screening for Breast Cancer // J Natl Cancer Inst.- 1993.-V. 85.-P.1644-1656.

17. O.Malley M.S., Fletcher S.W. Screening for breast cancer with breast self – examination // JAMA.- 1987.-V. 257.-P.2197-2203.

18. Fletcher S.W., O.Malley M.S., Earp J.L. et al. How best to teach women breast self- examination. A randomized controlled trial // Ann Intern Med.-1990.-V. 112(10).-P.772-779.

19. Tabar L. The natural history of breast carcinoma – what have we learned from screening? // Cancer.- 1999.- 86p.

There is currently a reduction in breast cancer (BC) mortality due to mammographic screening. According to the data of the American Cancer Society, the annual BC death reduction rate is 2,3%, thus has declined by 24% since 1990. A 70% reduction in the number of females who die from BC has resulted from the early tumor detection by mammography and there has been a 30% decrease due to a combination of better treatment and women greater awareness of breast cancer. The screening has assisted in increasing the detection rate of BC in situ (DCIS), which is about 20-30%. For example, in Italy, the ratio of screening/prescreening periods in the incidence of DCIS was 1.12-1.77. The reduction in BC mortality has been noted in young women to a greater extent than in women from older age groups. In some authors opinion, screening and adjuvant therapy virtually equally affect the reduction in BC mortality.

Қазіргі уақытта сүт безінің қатерлі ісігінен өлімділіктің азаюының себебі маммографиялық скрининг болып табылады. Америка Құрама Штаттарындағы Онкологиялық Бірлестігінің мәлеметтері бойынша жыл сайын сүт безінің қатерлі ісігі 2,3%, ал 1990 жылдан бастап 70% төмендеді. Сүт безінің қатерлі ісігінен өлімділіктің азаюдың себебі 70% маммографиялық зерттеудің көмегімен ісікті ерте кезеңде табу және 30% біріктірілген ем және сүт безінің қатерлі ісігі туралы білгендік болып табылады. Скрининг көмегімен сүт безінің қатерлі ісігінің бастапқы сатысында анықтау 20-30% өсті. Мысалы: Италияда скрининг және алдын-алу скринингінің арақатынасы 1.12-1.77. Сүт безінің қатерлі ісігінен қайтыс болу көбінесе қартайған әйелдерге қарағанда жас әйелдер ішінде азайғаны байқалады. Кейбір туындыгерлердің пікірі бойынша скрининг және адьювантты химиотерапияның сүт безінің қатерлі ісігінен өлімділікті азайту бірдей әсер етеді.

УДК 616.22-006

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЗАПУЩЕННОСТИ РАКА ГОРТАНИ

Е.О. Сабеков, Д.М. Байпеисов, М.Т. Нургазин, Р.Т. Закирова, Л.С. Галынская,
Г.С. Шамсутдинова, Д.А. Хамитова, Т.В. Кузнецова
Региональный Онкологический Диспансер г. Семей

Актуальность. Не смотря на улучшение имеющихся методик диагностики рака гортани и вновь разрабатываемые в мире современные методики диагностики проблема запущенности рака гортани остаётся высокой. В данной работе рассмотрено наше видение причин запущенности и пути решения ранней диагностики.

Цель: На примере анализа статистических данных показать остающуюся на протяжении не одного десятилетия проблему запущенности рака гортани в нашем регионе и в других регионах Республики Казахстан и СНГ. Предложить дополнительные, возможно более действенные пути решения ранней диагностики.

Материалы исследования. Для исследования взяты статистические данные Регионального онкологического диспансера г. Семей за последние пять лет, туркменских коллег за период с 1992 года по 2001 год и статистические данные российских коллег за период с 1984 года по 2010 год.

В последние годы по данным различных авторов среди всех новообразований отмечается неуклонный

рост опухолей головы и шеи. Смертность от этих новообразований в мире по данным С.И.Ткачева с соавторами (2010) остается высокой - около 300 тыс. летальных исходов ежегодно.

Рак гортани среди опухолей головы и шеи занимает первое место. Если показатели заболеваемости по РК на 100 тыс. населения были в 2005 году - 2,6, в 2007 году - 2,6 и в 2009 году - 2,4 то по Семейскому региону Восточно-Казахстанской области за последние годы отмечается неуклонный рост. Так показатель заболеваемости в 2006 был 2,8 в 2007 году - 3,1 и в 2009 году - 3,6.

По данным Е.С. Огольцевой (1984) несмотря на применение комплексных методов обследования, на момент начала специального лечения 70% больных раком гортаноглотки имели третью стадию и 16% четвертую стадию заболевания.

Аналогичные показатели наблюдаются в работе туркменских коллег под редакцией Г.Н. Нуммаева с соавторами. С 1992 по 2001 год в НКЦО МЗ и МП Туркменистана находилось на лечении 337 пациентов

с диагнозом рак гортани и у 248 из них (73%) была диагностирована 3 стадия, а у 55 больных (16%) четвёртая стадия злокачественного процесса.

По данным М.Р.Мухамедова с соавторами (2001) в Томском регионе России более чем в 60% случаев новообразования данной локализации выявляются в 3-4 стадии опухолевого процесса.

По данным Е.Н. Новожилова из Московской городской онкологической больницы (2007) рак гортани в запущенных случаях диагностировался в 65-70% случаев.

По статистическим данным в РОД г.Семей в 2006 году с запущенной формой рака гортани лечились 58,8% больных, в 2008 году 64,7% и в 2010 году 60% пациентов имели 3 и 4 стадии заболевания. По РК пациентов с 3-4 стадиями рака гортани в 2005 году было 62,8%, в 2007 году 64,8% и в 2009 году 60,2%.

Конечно, рак гортани в нашем регионе занимает не ведущее место, но проблема в том что в нашем регионе как и в других регионах Республики, а так же и в других регионах СНГ запущенность остаётся высокой на протяжении не одного десятка лет.

В возникновении рака гортани известное место имеют предраковые заболевания: длительно существующие хронические ларингиты, папилломы гортани, лейкоплакии, дискератозы, фибромы и кисты желудочков гортани. По данным В.В.Соколова и коллектива соавторов (2010) среди доброкачественных новообразований гортани на долю папилломатоза приходится до 57,5%, а дискератоз встречается до 20% случаев. По данным Г.В.Унгиадзе, Е.С.Вакурова (2010) среди пациентов с длительно существующими папилломатозом гортани у 60% отмечалась постепенная малигнизация процесса. Помимо влияния увеличивающихся во внешней среде канцерогенных веществ вызывающих различные хронические заболевания гортани, большое значение имеют вредные привычки. Так по данным ВОЗ в России курит примерно 70% взрослого населения, а в Казахстане 60% совершеннолетних граждан.

Гортань доступный для визуального осмотра орган. За последние годы значительно усовершенствовались методы обследования. Помимо традиционных методов (непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия) появились видеоларингоскопия, флюоресцентная ларингоскопия, NBI ларингоскопия. Если видеоларингоскопия обеспечивает прекрасную визуализацию полости гортани то метод флюоресцентной ларингоскопии позволяет точно оценить распространённость опухолевого процесса, а так же выявить дополнительные подозрительные на предрак очаги.

Метод NBI ларингоскопии позволяет лучше выявить минимальные изменения слизистой оболочки, капиллярный рисунок слизистой слоя и архитектонику слизистой оболочки, и распознать ранние признаки злокачественного новообразования. В основе этого метода лежит использование освещения слизистой оболочки световым пучком с узким спектром и длиной волны 415 ± 15 нм, что позволяет контрастировать капиллярный рисунок слизистой слоя и архитектонику слизистой гортани. Казалось бы, научно-технический прогресс очевиден, но желаемого результата нет.

Характер роста опухоли, пути распространения опухолевого процесса и клинические проявления во многом зависят от анатомических особенностей гортани. Обилие смешанных слизистых желёз в рыхлой клетчатке подслизистого слоя, лимфатические связи с глоткой, корнем языка, преднадгортанниковым пространством и

лимфатическими узлами шеи способствуют быстрому распространению опухоли по протяжению, чаще в сторону глотки и преднадгортанниковое пространство.

Из приведенных данных видно, что от момента появления первых симптомов заболевания до обращения к онкологу проходит длительный период времени. Об уровне культуры населения можно сделать не утешительные выводы и это несмотря на регулярно проводимую санитарно просветительную работу и принятый в государстве Закон о запрете курения в общественных местах. По данным ВОЗ состояние здоровья населения на 50% зависит от самого человека. Вероятно, к решению проблем с запущенностью рака гортани надо подойти и с другой стороны. Каков же процент участия в решении этой проблемы самого пациента и какова же доля его ответственности в запущенности заболевания? Что могло зависеть от самого пациента? При таком подходе к вопросу запущенности рака гортани представьте, на сколько эффективнее решались бы многие вопросы этой проблемы.

На сегодняшний день невозможно решить эту задачу только врачам онкологам. Не так давно в прилежащих к городу районах проводился профилактический осмотр населения от 18 лет и старше по программе «Джайка». В составе бригад были такие специалисты как терапевт, хирург, онколог, онкогинеколог, лор врач, санологи, а к организации проведения осмотров подключались руководители районов, акимы сёл. При том, что работа велась в основном в летний период года процент охвата населения составлял не более 60%.

Следовательно, надо объединить усилия не только врачей терапевтов, отоларингологов, онкологов в этом направлении, но и государственных структур. Готова ли система здравоохранения к помощи нашим гражданам бросить курить, как это осуществить на практике. В РОД г. Семей проводятся профилактические мероприятия, активная санитарно-просветительная работа. Это ежемесячно проводимые Дни открытых дверей на базе диспансерного отделения РОД, телевыступления врачей, публикации в газетах и пр. Ведётся она и специалистами других медицинских организаций, но возможно надо переходить от рекомендации к требованиям всем мужчинам старше 40 лет проходить с профилактической целью ларингоскопию один раз в год, в обязательном порядке. Ведь в основном раком гортани болеют мужчины в возрасте от 40 до 70 лет.

Практика показывает, что профилактические осмотры организованного населения провести легче и вопрос технического оснащения решить вполне возможно. Трудно в этом плане с пенсионерами и с неработающими слоями населения.

Необходимо не только усиление санитарно-просветительной работы, но и разработка действенных юридических рычагов воздействия на население. Не мало важным, является вопрос чёткого обозначения границ ответственности всех сторон в случившемся факте запущенности заболевания.

Выводы.

1. Запущенность рака гортани в нашем регионе, в РК и в других регионах СНГ остаётся высокой.

2. Улучшающиеся методики диагностики рака гортани не дают желаемого результата в плане снижения запущенности.

3. Необходимо в плане борьбы с курением на уровне ПМСП создание кабинетов для оказания консультативно-психологической и реабилитационной

помощи курильщикам. Борьбу с курением превратить в широкомасштабную акцию проводимую на постоянной основе.

4. Усилить работу по выявлению и формированию группы риска.

5. Повысить эффективность диспансеризации пациентов с предраковыми заболеваниями.

6. Улучшить техническое оснащение ЛОР кабинетов современным диагностическим оборудованием.

7. Необходимо не только улучшение и разработка новых методов диагностики рака гортани, усиление санитарно-просветительной работы, но усиление государственными структурами юридических рычагов воздействия на население.

Литература:

1. Соколова В.В. и соавт. «Видеоэндоларенгиальная хирургия и фотодинамическая терапия с использованием гибкой эндоскопической техники при предраке и раннем раке гортани». / Российский онкологический журнал. - 2010. - №2. С.4-10.

2. Медицинская радиология и радиационная безопасность. - 2010. - №3. С.48-62.

3. Новожилова Е.Н. «Миотомия констрикторов глотки при восстановлении голосовой функции у больных после ларингэктомии» Российский онкологический журнал. 2007. - №2. С.35-40.

4. Огольцева Е.С. «Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей». БПВ. - Медицина - 1984. С.146-167.

5. Нуммаев Г.Н. и соавт. «Диагностика и лечение рака гортани». Сборник научных трудов. Международная научно-практическая конференция. «Актуальные проблемы онкологии». Алматы 2003, С.284-286.

6. Мухамедов М.Р. и соавт. «Использование никелида титана в лечении местно-распространённого рака гортани». Российский онкологический журнал. - 2001г. - №3. - Стр.15-18.

7. Унгиадзе Г.В., Вакурова Е.С. Эндоскопическая диагностика раннего рака гортани // Российский онкологический журнал. 2010. Прил.№2. - Стр.49-50.

Көмейдің қатерлі ісігінің асқыну мәселелерін шешу жолдары

Е.О. Сабеков, Д.М. Байпеисов, М.Т. Нұрғазин, Р.Т. Закирова, Л.С. Галынская,

Г.С. Шамсутдинова, Д.А. Хамитова, Т.В. Кузнецова

Семей қаласының Өңірлік Онкологиялық диспансер

Көмейдің қатерлі ісігінің қазіргі заманғы жетілген әдістерді қолдана отырып алдын ала анықтауға қарамастан асқыну мәселелері жоғары болып отыр. Жұмыста көмейдің қатерлі ісігінің асқыну мәселесін алдын алу және шешу жөніндегі көзқарас көрсетілген жолдарын.

Жұмыстың мақсаты статистикалық мәліметтер негізінде біздің өңірдегі және ТМД елдеріндегі бірнеше жылдар бойындағы көмейдің қатерлі ісігінің асқыну мәселесін көрсету және осы мәселені шешудегі ерте анықтаудағы айқын жолдарын ұсыну.

Solving problems related to advanced larynx cancer

I.O. Sabekov, D.M. Baipeisov, M.T. Nurgazin, R.T. Zakirova, L.S. Galynskaya,

G.S. Shamsutdinova, D.A.Hamitova, T.V. Kuznetcova

Regional Oncology Center of Semey

In spite of improving of present larynx cancer diagnostics methods as well as completely new methods developed in the world, advanced larynx cancer is still a big problem. Given paper covers the reasons of advanced larynx cancer and ways early diagnostics can be held.

Statistics data indicates problem of advanced larynx cancer that exists over several decades in our region as well as in CIS. Additional and more effective ways in early diagnostics are offered.

УДК 618.19-006

ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б.Б. Бекетова

Региональный онкологический диспансер г.Семей

Отечно-инфильтративная форма рака молочной железы составляет до 30% среди всех форм рака молочной железы (РМЖ) [1]. Она характеризуется диффузным распределением опухолевой ткани в молочной железе по типу инфильтрата с отеком кожи. В настоящее время отечно-инфильтративная форма рака молочной железы входит в понятие местно-распространенного рака, объединяющая стадии IIIA, IIIB, IIIC, по обширности поражения ткани и распространенности регионарного метастазирования.

По мнению ряда ученых отечно-инфильтративная форма РМЖ вообще является самостоятельной формой, отличной от местно-распространенного рака, со своими клинико-морфологическими особенностями [2,3]. Согласно последнему руководству American Joint Committee on Cancer staging, отечно-инфильтративная

форма РМЖ классифицируется как T4d, включая в себя больных с IIIB, IIIC или IV стадией в зависимости от статуса регионарных лимфатических узлов и наличия отдаленных метастазов [4].

Выделяют разновидности отечно-инфильтративной формы: первичную (истинную) и вторичную. Клинико-рентгенологически первичная форма характеризуется диффузной инфильтрацией ткани молочной железы, отеком кожи, ее гиперемией, а также отсутствием опухолевого узла пальпаторно и на маммограммах. На ее долю приходится 2-4% всех случаев РМЖ. По мнению S. Giordano и соавт. [5] быстрый рост первичной отечно-инфильтративной формы РМЖ является одной из характерных черт, позволяющих отличить ее от местно-распространенного рака со вторичным отеком кожи. Вторичная форма встречается чаще и составляет до