

от 6,6 до 7,2 в 1997 г. В следующем году этот показатель возрос до 8,8 и оставался на этом уровне до 2000 г.

Заболеваемость раком тела матки оставалась практически неизменной в течение 15 лет и колебалась от 4,5 до 7,4 в различные годы. В то же время смертность от рака тела матки возрастала с каждым годом. Этот показатель составлял 1,4 в 1985 г., 2,0 в 1990 г., 3,1 в 1995 г. и 3,5 в 2000 г. Следовательно, зарегистрировано превышение показателя смертности от рака этой локализации на 150% по сравнению с 1985 г.

Выявлен рост заболеваемости раком яичников от 6,3 (1985) до 8,0 в 1990 г., которая осталась на этом уровне с небольшими отклонениями в различные годы, до 2000 г. Смертность от рака этой локализации была на уровне 4,5-5,0 до 1995 г., а затем зарегистрировано возрастание этого показателя до 6,6 в 2000 г. (повышение по сравнению с 1985 г. на 46,6%) .

Таким образом, в Армении за период наблюдения (1985-2000 г.г.) наблюдается рост заболеваемости раком молочной железы и шейки матки. Заболеваемость же раком тела матки и яичников существенно не изменялась в течение 15 лет. Смертность от рака всех изученных локализаций возрасла, особенно в последнее десятилетие. Высокая смертность, на наш взгляд, обусловлена снижением качества профилактической медицины, вследствие чего в несколько раз возрасла запущенность заболеваний.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ С 1991-2000г.г.

С.Л. Берзина

Уральская государственная медицинская академия

Рак шейки матки занимает второе место по частоте заболеваемости среди женского населения после рака молочной железы. В расчете на 100000 женского населения в 2000г. он составил по области 14,4 случая. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении этой патологии, 5-летняя выживаемость не превышает 60%. В отдельные годы в г. Екатеринбурге общая выживаемость снижалась до 30-28%.

Для поиска причин этого в настоящем исследовании мы решили изучить динамику роста поздней выявляемости, одногодичную летальность и возрастную структуру заболеваемости раком шейки матки в Свердловской области за 10 лет.

Таблица 1

Ранняя и поздняя выявляемость РШМ в Свердловской области за 1991-2000г.г.

Год	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
I-II ст.	59,2	55,4	56,4	54,8	56,1	55,5	45,4	65,9	52,5	52,8
III-IV ст.	40,18	43,6	42,7	44,5	43,9	44,5	54,6	34,1	47,4	47,2

Из представленной таблицы видно, что, к сожалению, первично запущенные стадии РШМ (III-IV ст.) за 10 лет не уменьшаются, а даже имеют тенденцию к нарастанию (с 40,2 % в 1991 г. до 47,2% в 2000г.). По России запущенные стадии составляют 40%.

Таблица 2

Смертность от РШМ в течение 1 года от распознавания

Год	1991	1992	1993	1994	1995	В среднем за 5 лет	1996	1997	1998	1999	2000	В среднем за 5 лет
Город	12,0	22,2	11,2	17,2	15,3	15,5	6,2	14,8	10,5	17,2	8,3	11,2
Область	14,5	14,1	19,9	28,3	18,3	19,0	22,1	14,4	16,8	21,5	19,1	18,2

Смертность в течение 1 года от момента установления диагноза, как правило, результат крайней запущенности. Мы изучили ее показатели за 10 лет в Свердловской области и г. Екатеринбурге. Как видно из табл. 2, в расчете на каждый год она была довольно вариabельна, колебалась от 22,2% до 8,3% в городе и от 14,1% до 28,3% в области. По средним значениям за 2 пятилетия видно, что если в городе прослеживается какая-то тенденция к снижению, то в области она почти стабильна. Не прожив и года, умирает почти 1/5 заболевших.

При анализе структуры заболевших по возрасту отчетливо прослеживается рост заболевших РШМ среди молодых женщин до 40 лет. В 1991 г. - 4%, в 2000г. - 16%, контингент, в котором заболевание протекает особенно злокачественно, в последние годы нарастает.

Таким образом, отсутствие существенных успехов в лечении РШМ в последние 10 лет может быть объяснено не снижающейся первичной запущенностью и увеличением среди заболевших лиц молодого возраста.

РАК КОЖИ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ И В ЗАУРАЛЬЕ (РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ)

А.В. Важенин, Т.И. Сиротская, И.С. Анищенко, Г.Г. Сепиашвили

Челябинский областной онкологический центр,
Курганский областной онкологический диспансер,
Проблемная научно-исследовательская лаборатория «Радиационная онкология и ангиология» ЮУНЦ РАМН,
Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования,
Челябинская государственная медицинская академия

Работа по проблеме плоскоклеточного рака кожи проводилась в двух направлениях: статистическое исследование по заболеваемости и смертности населения Челябинской и Курганской областей за 30 лет (1969—1998 г.г.) и клинических наблюдений за 25 лет (1969-1993 г.г.).

Необходимость выполнения статистических исследований была продиктована тем, что плоскоклеточный рак кожи ни в международных, ни в отечественных работах не выделяется как самостоятельная злокачественная опухоль. Плоскоклеточный рак кожи и базальноклеточный рак кожи объединены в группу других злокачественных новообразований кожи (МКБ-IX-173). Но плоскоклеточный рак кожи и базальноклеточный рак - совершенно различные опухоли не только по гистологическому строению, но и по клиническому течению. Базальноклеточный рак — это местнодеструктирующая опухоль, никогда не дающая метастазов. Плоскоклеточный рак кожи — это злокачественная опухоль с местным агрессивным ростом и выраженной потенцией к лимфогенному метастазированию.

Челябинскую область можно отнести к числу регионов РФ с довольно высокой заболеваемостью злокачественными опухолями кожи — в 1998 г. достигла 49,0 на 100000 населения; в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями опухоли кожи занимают 2 место — 13,9%. Заболеваемость злокачественным опухолями кожи выросла за 30 лет в 2 раза.

Особого рода заболеваемости плоскоклеточным раком кожи нами не отмечено: в 1969г. — 2,3 и в 1998 г. — 3,5 на 100000 населения.

В структуре заболеваемости злокачественными опухолями кожи плоскоклеточный рак кожи занимает 3 место (7,1%), 2 место — меланома кожи (8,1%) и 1 место базальноклеточный рак кожи (84,8%).