

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ГИГИЕНА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Р.В. Васёв, С.А. Берзин

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОСТЕЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Уральская государственная медицинская академия

Новообразованием костей являются одним из важных и трудных в диагностическом и лечебном плане разделов клинической онкологии, имеющим большое социальное значение [1,2,4]. Данная тема актуальна для Свердловской области особенно. В области отсутствуют специализированные отделения для лечения этого контингента больных. Ими, порою несогласованно, занимаются разные специалисты (хирурги, травматологи-ортопеды, онкологи). Между тем в практическом здравоохранении эта патология – «ничья».

Для более эффективного лечения больных злокачественными новообразованиями костей, в первую очередь, необходимо решение ряда организационных задач, связанных с планированием коечного фонда, материальных средств, подготовкой медицинского персонала. Ответы на эти вопросы берут своё начало в изучении заболеваемости этой патологии среди населения.

Стандартизованные показатели частоты заболеваемости злокачественными новообразованиями костной системы, по данным крупнейших клиник стран мира, составляют 1,1-3,9‰ случаев на 100 тыс. населения в год. По данным Coley, этот показатель составляет 3 человека на 100 тыс. населения в возрасте от 10 до 19 лет, а в возрасте свыше 30 лет наблюдается его снижение. В США ежегодно регистрируется около 2000 новых случаев опухолей костей, что в стандартизованных показателях составляет 1,0‰ для мужчин и 0,7‰ для женщин [6]. Российской Федерации в 1996 г. средний стандартизованный показатель заболеваемости костными саркомами был равен 1,7‰. В группе мужчин он равнялся 2,0, а в группе женщин - 1,4 на 100 тыс. населения. По принятой [5] пятиградусной шкале уровня заболеваемости, в которой очень низкие показатели у мужчин составляют менее 0,7‰, у женщин – 0,6‰; средние – соответственно 0,8-1,2 и 0,6-0,8‰; очень высокие – 1,7 и больше, 1,0‰ и больше, показатели РФ, по сравнению с таковыми некоторых европейских стран, относятся к очень высоким. Большинство крупных городов бывшего СССР находились по заболеваемости злокачественными новообразованиями костей на первых местах среди других стран. Так, заболеваемость мужского населения в Ростове-на-Дону составляла 3,2‰, Киеве - 2,7‰, Минске - 1,6‰; среди женского – 1,6; 1,4; 1,5‰ соответственно [3] по мнению ряда авторов, имеющихся эпидемиологические исследования, посвященные опухолям костей, ещё далеки от совершенства. Это обусловлено отсутствием до последнего времени регистрации этих больных (в отчетных документах их включали либо в общую группу опухолей опорно-двигательного аппарата, либо относили к прочим заболеваниям) и сложности диагностики. Кроме того, в некоторых случаях не проводилась морфологическая верификация процесса [2].

Поэтому, приступая к организации помощи больным этой патологией в Свердловской области, мы решили изучить её размеры в нашем регионе сами.

Материалы и методы

Заболеваемость костными саркомами изучена по материалам ОНЦ «Онкология», в качестве источника информации использовались первичные и вторичные документы на все случаи заболеваний злокачественными новообразованиями костей в Свердловской области (истории болезни, амбулаторные карты, извещения на впервые выявленные случаи заболеваний), а также годовые отчеты о заболеваниях опухолевой патологией в Свердловской области по полу и возрасту за 1989-2001 гг. (форма №7). Выбранные количественные сведения мы рассчитывали на 100 тыс. населения, мужского и женского раздельно, для г. Екатеринбурга и всей Свердловской области и для элиминирования их возрастных различий, полученные показатели стандартизовали прямым методом. За стандарт была принята по возрастной структура населения Свердловской области 1989 г.

Результаты исследования их обсуждение

Заболеваемость костными саркомами в Свердловской области за последние 5 лет в интенсивных показателях составляет 3,16 у мужчин и 2,0 среди женщин на 100 тыс. населения в так называемых грубых показателях, а в стандартизованных – 3,1‰ и 1,9‰ соответственно. По пятиградусной шкале уровней заболеваемости данные показатели являются очень высокими [5].

Удельный вес данной патологии среди остальных онкологических заболеваний невелик. Так, у мужчин злокачественные опухоли костей составляют 0,7% от всех других локализаций, у женщин – 0,5%.

Изменения заболеваемости костной онкопатологией в динамике по годам четкой закономерности не обнаруживают. Кривая заболеваемости колеблется на протяжении 13 лет (1989-2001 гг.) около значений 3,0 (60-70 новых случаев заболеваний в год) для мужчин и 1,5-2,0 на 100 тыс. населения (40-50 случаев в абсолютных показателях) для женщин. После элиминирования изменений в возрастном составе населения, произошедших за этот период, мы можем констатировать рост заболеваемости данной формой опухолей с 2,44‰ до 3,41‰ у мужчин и с 1,67‰ до 2,47‰ у женщин (рис. 1, 2).

Как видно из приведенных цифр, мужчины болеют злокачественными новообразованиями костей в 1,4-1,9 раза чаще, чем женщины. Так выглядит соотношение в целом, но в отдельные годы, в некоторых возрастных группах до 50 лет данная зависимость уменьшается и даже становится обратной. Например, в 2001г. девочки в возрасте до 9 и 10-19 лет болели костными саркомами чаще мальчиков в 2 и 1,2 раза соответственно. В том же году отмечена большая частота заболеваемости среди молодых женщин в возрастной группе 30-39 лет (соотношение частоты случаев среди них и мужчин составило 0,3). И лишь значительное преобладание среди больных с опухолями костей старше 50 лет лиц мужского пола (соотношение в возрастных группах 50-59, 60-69, 70 лет и старше составляет 1,5; 3,5 и 5,6 соответственно) нивелирует намечавшуюся было тенденцию, прочно выводя мужчин на первое место.



Рис. 1. Заболеваемость злокачественными новообразованиями костей мужчин в г. Екатеринбурге и в Свердловской области (в стандартизованных показателях на 100000 населения) в период с 1989 по 2001 гг.

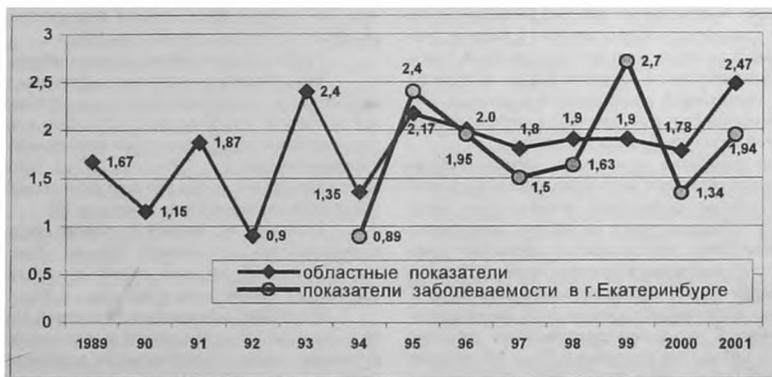


Рис. 2. Заболеваемость злокачественными новообразованиями костей женщин в г. Екатеринбурге и в Свердловской области (в стандартизованных показателях на 100000 населения) в период с 1989 по 2001 гг.

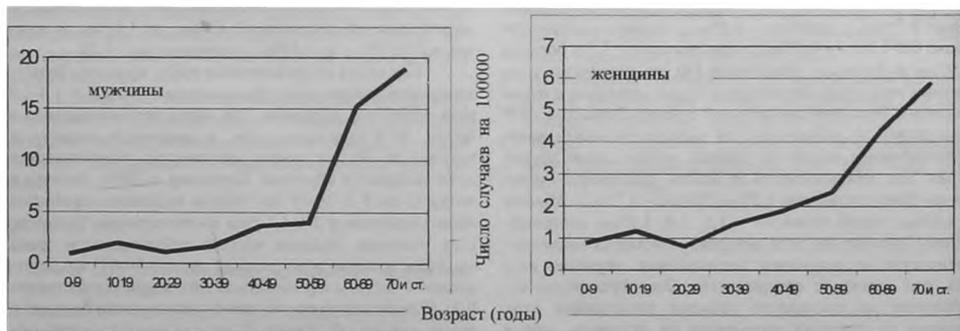


Рис. 3. Возрастно-половые показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями костей в Свердловской области

Возрастные кривые костных сарком носят бимодальный кратерообразный характер. Первый пик заболеваемости отмечается в возрасте 10-19 лет, что связано с распространенностью в этой возрастной группе остеогенной саркомы и опухоли Юинга. Заболеваемость в этот возрастной период составляет в среднем 1,9 и 1,2 на 100 тыс. мужского и женского населения соответственно. Далее следует период некоторого снижения заболеваемости, когда её показатели равняются 1,0 для мужчин и 0,7 на 100 тыс. населения для женщин (это возраст 20-29 лет). Новый рост заболеваемости начинается с 30-39 лет: цифры заболеваемости: у мужчин – 1,6; у женщин – 1,4 на 100 тыс. населения. Показатели достигают пика к 70 годам и старше и составляют 18,7 среди мужчин и 5,8 на 100000 населения среди женщин (рис. 3).

Кратность роста заболеваемости в возрастные периоды составляет: во втором десятилетии по сравнению с более ранним возрастом (до 9 лет) – в 2,1 раза у мужчин и в 1,4 раза у женщин. Мужчины в возрасте 70 лет и старше заболевают злокачественными новообразованиями костей в 17,8 раза чаще, чем молодые люди в возрасте 20-29 лет. Аналогичный показатель у женщин равен 7,8 раза.

В г. Екатеринбурге средние показатели заболеваемости костными саркомами за последние 5 лет равняются 2,6‰ среди мужского и 1,8‰ среди женского населения. Они в целом ниже среднеобластных показателей, но также приближаются к максимальным уровням российской статистики. [3]. Сопоставление динамики заболеваемости за исследуемый период в г. Екатеринбурге с заболеваемостью в области каких-либо особенностей её в городе не выявило (рис. 1, 2).

Вывод

Заболеваемость злокачественными новообразованиями костей в г. Екатеринбурге и Свердловской области составляет значительные величины (по сравнению с мировыми показателями), что требует развертывания организационных мероприятий по оказанию специализированной помощи этому контингенту больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Опухоли костей: Клиника, диагностика, лечение. / Под ред. проф. Ю.В. Ланцмана. – Томск, 1990. – С.15-17.
2. Эпидемиология рака в странах СЭВ. / Под ред. А.В. Чаплина. - М.: Медицина, 1979. - С.348-354.
3. Рак в крупных городах стран - членов СЭВ. / Под ред. А.В. Чаплина. – ЧССР: Изд-во "Освета", 1986. – С.130-133.
4. Чаплин В.Д. Опухоли костей и суставов. - М.: Медицина, 1974. - С.19-24.
5. Стуконис М.К. Эпидемиология и профилактика рака. - Вильнюс: Моклас, 1984. - С.59-64.
6. Бейкер А.Р. и др. Остеогенная саркома. / В кн.: Хирургия сарком мягких тканей и костей. - М.: Медицина, 1996. - С.24-25.

УДК 616.36-002:616-084

О.С. Ефимова, Г.И. Донцов,
С.П. Дмитриева, А.В. Слободенюк

ПРИМЕНЕНИЕ НЕВИРАПИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Уральская государственная медицинская академия, Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями

По данным UNAIDS (Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу), с ВИЧ/СПИД-инфекцией в мире живет 14,8 млн женщин и 1,2 млн детей [5]. Ежегодно женщины с ВИЧ-инфекцией рожают около 600 тысяч инфицированных детей. Среди детей, инфицированных ВИЧ перинатально, почти у 14% СПИД диагностируется в течение первого года жизни, у 12% - в последующий год.

У детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, отмечаются высокие показатели смертности: в возрасте до 5 лет умирают 25% ВИЧ-позитивных и 12% ВИЧ-серонегативных детей. Полагают, что это объясняется снижением врожденного иммунитета, существенную роль играет экономический фактор (тяжелое материнское положение) и отсутствие у больной матери возможности обеспечить полноценный уход за ребенком. У детей СПИД как причина смерти – одна из шести наиболее частых причин, а в Африке – первая.

Первый случай педиатрического СПИДа был выявлен в ноябре 1982 г., через 18 мес после первого «взрослого» случая СПИДа. Анализ последующих данных показал, что перинатально приобретенная ВИЧ-инфекция имела место, по-видимому, еще в 1976 г. [3].

Пути инфицирования детей в разных странах неодинаковы. Для стран Западной Европы и США характерно перинатальное инфицирование (около 70 в Европе и до 80% в США от всех случаев детского СПИДа).

Лишь в некоторых странах Восточной Европы в конце 80-х годов XX века дети заражались преимущественно в больничных условиях: в результате отсутствия одноразового медицинского инструментария и слабого контроля за стерильностью инструментария многократного применения; при гемотрансфузиях – при пресервации крови и ее продуктов, а также VIII и IX факторов свертывания крови гемофиликам.

В Румынии к концу 1990 г. было зарегистрировано 1168 случаев СПИДа, из которых 93% составляли случаи СПИДа у детей до 4 лет, инфицированных внутрибольнично [4].

В России первые случаи СПИДа у детей были выявлены в январе 1988 г. В результате внутрибольничных заражений в Элисте, Волгограде, Ростове-на-Дону, Ставрополе оказались инфицированными в 1989-1990 гг. 229 детей. С 1991 г. ни одного случая внутрибольничного заражения детей в Российской Федерации не было зарегистрировано вследствие принятых противоэпидемических мероприятий [1].

Профилактика ВИЧ-инфекции у детей включает предупреждение перинатального инфицирования, возможности заражения во внутрибольничных условиях,