

1. Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов в Луганской области за последние 3 года

С.В. Антипова, М.А. Надирашвили, Л.Б. Дюльгер, А.Т. Гардашикова, О.А. Можяева

*Луганский государственный медицинский университет
Луганский областной клинический онкологический диспансер*

Ежегодно в мире выявляют 10 млн новых случаев злокачественных новообразований (ЗН), более 850 тыс. из них составляют ЗН женской половой сферы. Различия в заболеваемости между регионами — основа для выявления факторов риска и разработки профилактических мероприятий.

Изучали особенности распространения ЗН в регионе с экологически неблагоприятной средой с помощью анализа статистических показателей ЗН половых органов у женского населения Луганской обл. за 2008—2010 гг.

Заболеваемость ЗН половых органов у женщин в Луганской обл. за последние 3 года увеличилась с 61,6 в 2008 г. до 66,4 на 100 тыс. женского населения в 2010 г. В структуре заболеваемости женщин ЗН опухоли половых органов составляют около 21% за все анализируемые годы и занимают 2-е ранговое место в общей структуре заболеваемости ЗН у женщин. Динамика заболеваемости (2008 и 2010 г. соответственно): заболеваемость ЗН шейки матки снизилась с 18,2 до 16,3; тела матки — возросла с 26,5 до 28,7; яичника — повысилась с 13,6 до 17,4 на 100 тыс. женского населения. Летальность до года больных за последние 3 года со ЗН шейки матки повысилась с 15,8 до 18,3%, со ЗН тела матки снизилась с 12,6 до 8,1%, со ЗН яичника не изменялась. Смертность больных со ЗН шейки матки уменьшилась с 9,8 до 7,5; тела матки — увеличилась с 7,3 до 8,7; яичников — возросла с 8,8 до 10,8 на 100 тыс. женского населения. Численность больных за последние 3 года со ЗН шейки матки уменьшилась с 219,2 до 217,7; тела матки возросла с 265,7 до 284,4; яичника — увеличилась с 94,0 до 100,7 на 100 тыс. женского населения. Индекс накопления контингентов по ЗН шейки матки повысился с 12,07 до 13,37; по ЗН тела матки практически не изменился, по ЗН яичника снизился с 6,9 до 5,8.

Заболеваемость ЗН женских половых органов в Луганской обл. незначительно повысилась. Показатели заболеваемости и смертности у женщин со ЗН тела матки и яичника выше среднеукраинских. Возможно, успех борьбы со ЗН женской половой сферы будет зависеть от наличия и возможности реализации научно обоснованной национальной противораковой программы, направленной на снижение заболеваемости, смертности и увеличение продолжительности жизни больных с учетом региональных различий в заболеваемости.

2. Прогнозирование онкологической ситуации в угледобывающих регионах

*Г.В. Бондарь, А.Н. Глушков, Л.Н. Кузнецова, Е.А. Дмуховская
Донецкий национальный медицинский университет им. Максима Горького
Институт экологии человека РАН СО, Россия*

Изучено влияние выбросов базовых отраслей промышленности на заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗЗН) населения Донецкой обл. (ДО) Украины и Кемеровской обл. (КО) России. Из-за высокой концентрации промышленного и сельскохозяйственного производства, транспортной инфраструктуры в сочетании со значительной плотностью населения (189 чел./1 км² — максимальный показатель в Украине), суммарная техногенная антропогенная нагрузка на единицу территории ДО в 4 раза выше, чем в среднем по стране. Количество валовых выбросов в атмосферу, начиная с 1985 г., снижалось в ДО с 2100 до 1300 тыс. т/год к 1999 г., в КО — с 3800 до 1800 тыс. т/год к 1997 г. Затем сформировалась тенденция роста и к 2004 г. их количество сравнялось (до 2000 тыс. т/год). Динамика ЗЗН в этих регионах в один и тот же период времени имела сходства и отличия. Усредненные стандартизованные показатели ЗЗН всех форм, легкого, молочной железы, яичника не отличались друг от друга. Одновременно,

в ДО заболеваемость раком кожи была на 11% выше, а раком желудка на 21% ниже, чем в КО. В 1990—1993 гг. заболеваемость всеми ЗН в ДО была выше, затем сравнялась, а с 2000 г. стала ниже, чем в КО. Взаимосвязи между производственными показателями и заболеваемостью изучены на примере рака легкого (РЛ). Спад производства в 1990-е годы повлек за собой снижение канцерогенной нагрузки. Доля влияния на уровень заболеваемости РЛ разных отраслей производства различна: выбросы угледобывающей отрасли составляют в ДО — 19,3%, в КО — 14,5%, электроэнергетики — в ДО — 45,6%, в КО — 44,9%, металлургии — в ДО — 29,4%, в КО — 27,4%, неучтенные факторы — в ДО — 5,7%, в КО — 13,2%. Выявленные закономерности позволяют рассчитать минимальное количество выбросов для заданного (желаемого) уровня заболеваемости. Например, чтобы заболеваемость РЛ не превышала уровень 2006 г. (32,0 в ДО и 39,0 в КО на 100 тыс. населения), то количество выбросов не должно превышать 955,7 т/год в ДО и 1125,0 т/год в КО. В 2004 г. количество выбросов составило 1766,6 т/год в ДО и 1534,2 т/год в КО. Это свидетельствует о том, что рост заболеваемости РЛ в среднесрочной перспективе весьма вероятен для обеих областей.

3. О работе Донецкого областного противоопухолевого центра

*Г.В. Бондарь, Л.Н. Кузнецова, В.В. Пономарев, Е.А. Дмуховская
Донецкий областной противоопухолевый центр*

Донецкий областной противоопухолевый центр — одно из крупнейших онкологических учреждений Украины, в котором органически сочетают решение задач практического здравоохранения, научно-исследовательскую и педагогическую деятельность. На базе центра работают 2 кафедры Донецкого национального медицинского университета им. Максима Горького. Имеется стационар на 650 коек, поликлиническое отделение (прием по 10 специальностям), 14 диагностических отделений и кабинетов, оргметодотдел с популяционным и больничным канцер-регистрами; оснащен современным оборудованием (КТ, МРТ, гамма-камера, комплект ПЦР, линейные ускорители). В нем работают 208 врачей, из них 14 докторов и 35 кандидатов медицинских наук. Разработанные за последние 5 лет новые оригинальные методы диагностики и лечения подтверждены 147 патентами и авторскими свидетельствами, опубликованы в 428 научных работах и монографиях.

В 2010 г. было пролечено 16 416 пациентов, выполнено 10 702 операции, в том числе 29 пневмонэктомий, 154 резекции легких, 146 гастрэктомий, 29 операций Льюиса, 25 операций Гарлока, 48 резекций желудка, 153 гемиколонэктомии, 114 резекций ободочной кишки, 301 резекция прямой кишки, 177 нефрэктомий, 189 резекций мочевого пузыря, 756 пангистерэктомий, 822 радикальные мастэктомии. Применяемые методики направлены на излечение больных, сохранение качества их жизни, раннюю трудовую и социальную реабилитацию. Это органосохраняющие, первично-восстановительные и органозамещающие операции при раке толстой кишки, молочной железы, желудка. Сфинктеросохраняющие операции составляют 97,0% всех операций по поводу рака прямой кишки; органосохраняющие — 10% при раке молочной железы. Операции выполняются, как правило, с использованием биологической сварки тканей. В центре разработаны и внедрены альтернативные методы химиотерапии — эндолимфатический (1760 катетеризаций), внутриаартериальный (344 катетеризации).

В настоящее время на базе центра организуется совместное с ИЭПОР им. Р.Е. Кавецкого отделение проблем клинической онкологии с целью интенсификации на региональном уровне научных исследований в области теоретической и клинической онкологии, внедрения новых технологий профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний (Постановление Президиума НАН от 29.12.2010 г. № 364).

4. Збільшення програми викладання онкології відповідає національним інтересам України

*Г.В. Бондар, Ю.В. Думанський, О.Ю. Попович, Н.Г. Семикоз,
Ю.І. Яковець, В.Н. Крацова, М.В. Крюков
Донецький національний медичний університет
ім. Максима Горького*

Україна за рівнем онкозахворюваності входить до першої десятки країн світу — 160 тис. уперше захворілих щорічно. Захворюваність щорічно зростає на 3–3,5% і до 2020 р., за прогнозами, перевищить 200 тис. осіб на рік. Через недостатню підготовку лікарів та відсутність програм ранньої діагностики більше ніж у 60% онкохворих виявляють розповсюджені стадії, лікування яких потребує значних затрат і є мало-ефективним, тому в Україні показники виживання хворих на рак вдвічі нижчі, ніж у Європі та США. Таким чином, проблема ранньої діагностики та успішного лікування раку набула дійсно національного характеру. Актуальна проблема підготовки лікарів онкологічного профілю залишається невирішеною, незважаючи на Закон України № 1794 VI, яким затверджено Загальнодержавну програму боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року, де прямо зазначено, що необхідно «удосконалити систему викладання... онкології в медичних навчальних закладах; підвищити рівень підготовки медичних працівників з онкологічних спеціальностей, а також... працівників, які надають первинну лікувально-профілактичну допомогу в закладах охорони здоров'я...».

Всупереч реальним потребам держави протягом останнього часу кількість годин для викладання онкології в медвузах України була скорочена більш ніж удвічі. У зв'язку з переходом на кредитно-модульну систему організації навчального процесу в новому навчальному плані, до розробки якого онкологи взагалі не залучалися, відбулося подальше зменшення кількості годин з онкології: скорочений цикл з онкології передбачений лише на V курсі і налічує усього 50 год практичних занять та 5 (10 год) лекцій. При цьому, за винятком часу, призначеного на тестовий контроль знань та курацію хворих, реально на викладання однієї з найбільш важливих медичних дисциплін та оволодіння практичними навичками відводиться всього 35 год аудиторних занять.

На підставі вищевикладеного, виконуючи завдання Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року, пропонуємо звернутися до МОЗ України з пропозицією про прийняття невідкладних заходів щодо забезпечення кількості годин викладання онкології щонайменше в 2 рази.

5. Рак щитовидної залози. Аналіз захворюваності в залежності від груп ризику

*М.В. Брежнев, І.В. Тютюнов, К.О. Матвеев, Л.І. Чабан
Дніпропетровський городський онкологічний центр
КУ «Городская многопрофильная клиническая больница № 4»*

В постчернобыльский период отмечается устойчивый рост заболеваемости опухолевой патологией щитовидной железы (ЩЖ), в том числе и раком щитовидной железы (РЩЖ). Это обусловлено рядом причин, доминирующими из которых являются объективно-абсолютное увеличение количества опухолевой патологии ЩЖ, обусловленное неблагоприятным экологическим фоном — последствиями радиационного воздействия, причиной которого стала авария на ЧАЭС, и другими факторами; субъективное улучшение качества диагностики узловых патологий ЩЖ — широкое внедрение УЗИ с использованием высокочастотных датчиков, тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ). Вследствие этого возникла необходимость в дифференцированном отборе пациентов для оперативного лечения. Как известно, показания к оперативному лечению можно отнести к трем основным направлениям: онкологические — ультразвуковые и цитологические признаки РЩЖ; хирургические — явления компрессии органов шеи при узлах значительного объема,

загрудинная или внутригрудная локализация; эндокринные — нарушение функции ЩЖ при наличии узлового зоба (УЗ). Целью работы был анализ частоты выявления РЩЖ в выделенных группах риска. При анализе не учитывались пациенты, у которых показания к оперативному лечению относились к третьему направлению. В группу риска входят следующие категории пациентов: 1) больные, возраст которых в 1986 г. был от 0 до 16 лет; 2) пациенты с дистанционным облучением области шеи и головы в анамнезе; 3) пациенты мужского пола; 4) пациенты в возрасте от 0 до 16 лет; 5) больные в возрасте старше 60 лет; 6) наследственные факторы (рак щитовидной железы у близких родственников, синдромы МЭН-I и МЭН-II).

Из анализа исключены пациенты детского возраста, пациенты с дистанционной лучевой терапией в анамнезе, а также не учитывался фактор наследственности. Нами проанализированы истории болезни и гистологические заключения больных, оперированных по поводу РЩЖ, УЗ в ГЭЦ КУ «ГКМБ № 4» Днепропетровска в 2006–2010 гг. За этот период выполнено 2159 операций по поводу УЗ и РЩЖ, из них по поводу впервые выявленного РЩЖ — 508 (23,53%). Полученные данные свидетельствуют, что количество пациентов, оперированных по поводу РЩЖ, значительно больше именно в группах риска: во всех возрастных категориях частота РЩЖ значительно выше у мужчин. Частота РЩЖ значительно повышается в возрасте до 25 лет и после 60 лет. Частота РЩЖ у женщин в возрасте 25–40 лет (дети Чернобыля) существенно выше, чем в других возрастных категориях.

6. Заболеваемость и смертность больных кардиоэзофагеальным раком в Республике Татарстан

*М.В. Бурмистров, Э.Р. Тикаев, Е.И. Сигал, Р.Ф. Еникеев,
А.А. Морошек*

Казанская государственная медицинская академия, Россия

Имеется большое количество публикаций и монографий о заболеваемости раком пищевода и желудка. К сожалению, подобные работы о кардиоэзофагеальном раке (КЭР) отсутствуют. Нами была исследована динамика заболеваемости и смертности больных КЭР в Республике Татарстан (РТ) в 2002–2009 гг.

Цель работы — изучение динамики заболеваемости и смертности больных КЭР в РТ. Произведен анализ медицинской документации 1515 пациентов, поступавших в онкологический диспансер г. Казани в 2002–2009 гг.

Нами выявлены следующие тенденции: положительная закономерность в виде снижения абсолютного числа заболевших КЭР (от 302 больных в 2002 г. до 108 в 2009 г.) и, как следствие, снижение уровня заболеваемости (от 8,0 на 100 тыс. населения в 2002 г. до 2,9 на 100 тыс. в 2009 г.). Что касается доли КЭР в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО), то здесь отмечена положительная динамика (от 2,9% в 2002 г. до 0,9% в 2009 г.). По нашему мнению, это вызвано не только снижением заболеваемости КЭР, но и ростом ЗНО других локализаций. Ежегодно отмечали снижение абсолютного числа умерших больных КЭР (от 402 в 2002 г. до 146 в 2009 г.) и смертности (от 10,7 на 100 тыс. населения в 2002 г. до 3,9 на 100 тыс. населения в 2009 г.). Абсолютное число больных КЭР, умерших до одного года с момента установления диагноза, также неуклонно сокращается (153 в 2002 г. и 62 в 2009 г.).

Установлено, что в РТ в 2002–2009 гг. заболеваемость больных КЭР снизилась в 2,8 раза, смертность — в 2,7 раза. Этому способствовало увеличение масштабов медицинских осмотров по выявлению КЭР и пищевода Барретта (ПБ) в РТ, внедрение в учебную программу среди районных онкологов, участковых терапевтов и эндоскопистов разделов по КЭР и ПБ, широкое внедрение лапароскопических фундопликаций. Также в РТ за последние годы улучшились диагностика

и лечение ПБ, которые заключались в выработке алгоритмов ведения этих больных.

7. Телемедицинская технология для скрининга онкологических заболеваний на базе метода «Онкотест-WM01»

В.А. Владимиров, В.В. Вишневский

Киевская городская онкологическая больница

Институт проблем математических машин и систем НАН Украины

Во многих развитых государствах разрабатываются так называемые скрининговые программы, позволяющие выявлять заболевания на ранних стадиях. В Украине более 10 лет развивается метод скрининга онкологических заболеваний «Онкотест». Последняя модификация метода (В.А. Владимиров, Патент Украины № 77549 от 15.12.2006 г.) получила название «Онкотест-WM01». Метод использует в качестве входного материала 5 мл крови из вены пациента, после проведения лабораторных манипуляций и обработки специальной тест-системой на выходе метода производится спектрофотометрирование сыворотки крови. Анализ результата производится в автоматизированном режиме специальной программой.

Для автоматизации скрининговых исследований больших контингентов населения нами предлагается телемедицинская технология, которая позволяет сделать процесс скрининга, во-первых, более динамичным и управляемым, а во-вторых, позволит повысить точность диагностики за счет интеллектуальной поддержки врача-эксперта.

Для условий крупного города технология применяется таким образом. В центральной лаборатории района развивается комплекс «Онкотест WM-01», в состав которого входит спектрофотометр PVI251, компьютер с выходом в сеть Интернет и другое стандартное лабораторное оборудование. Забор крови осуществляется в центральной и других лабораториях района. После проведения реакции «Онкотест WM-01» по методическим рекомендациям, в центральной лаборатории района получают для каждого пациента несколько спектрограмм, которые пересылаются в Центр обработки данных, который может находиться в городской онкологической больнице. Данные, которые поступили из района (районов) обрабатываются специальными программами и экспертом метода «Онкотест WM-01». По такой технологии отбираются пациенты с высоким риском онкологического заболевания.

В настоящее время авторами проводится тестирование телемедицинской технологии на базе лаборатории Киевской городской онкологической больницы и нескольких частных лабораторий города.

8. Наукове обґрунтування методу прогнозування рівня захворюваності населення на рак легені залежно від зміни екологічної ситуації

О.В. Войтко¹, С.Т. Омельчук², Ю.М. Остапчук³, В.О. Войтко²

¹*Київський міський клінічний онкологічний центр*

²*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця*

³*Державний комітет статистики*

Перевіряли можливість прогнозування захворюваності населення на рак легені (РЛ) на основі даних про викиди шкідливих речовин в атмосферне повітря (ВШРАП).

Використані дані Національного канцер-реєстру України про захворюваність населення на РЛ та Державного комітету статистики України про ВШРАП.

Результати аналізу даних про захворюваність на РЛ за 1995–2004 рр. та про рівень ВШРАП в тих же регіонах у 1985–1994 рр. нами було висунуто припущення про високу ймовірність залежності захворюваності населення на РЛ від рівня ВШРАП в попередні роки. За допомогою методів регресійного аналізу нами введена формула, що описує цю залежність. Для України в цілому вона має наступний вигляд $y = 0,0018x^3 - 0,0967x^2 + 2,0553x + 22,98$, де y — рівень захворюваності населення на РЛ, x — рівень ВШРАП, a, b, c — коефіцієнти, які, вірогідно, обумовлені еколого-кліматичними умовами регіону,

специфікою та особливостями розміщення виробництва, щільністю населення тощо, d — фоновий рівень захворюваності на РЛ (за умови відсутності шкідливих викидів в атмосферне повітря $x=0$). Для всіх регіонів України ця залежність також описувалася однотипним рівнянням: $y = ax^3 - bx^2 + cx + d$. За допомогою введених формул нами були обчислені прогнозні показники (155 показників) захворюваності населення на РЛ для всіх регіонів України на 2005–2009 рр. та порівняні з відповідними фактичними показниками.

В 115 парах (74%) розрахований показник знаходився в межах довірчого інтервалу аналогічного фактичного показника. В 145 випадках (93,54%) була відсутня достовірна різниця між розрахованими та фактичними показниками. В 128 парах (82,58%) різниця в обчислених та фактичних показниках була меншою 10%. Лише в 1 випадку (0,65%) коефіцієнт Стюдента був більшим за 3, що свідчило про достовірну різницю між розрахованим та фактичним показником.

Виявлена залежність між захворюваністю на РЛ та рівнем ВШРАП описується однотипним для всіх регіонів України поліноміальним рівнянням 3-го ступеня. Виведена формула може бути використана для прогнозування рівня захворюваності населення на РЛ.

9. Алгоритм розробки клінічних індикаторів якості надання медичної допомоги онкологічним хворим

А.В. Гайсенко, Ю.Й. Михайлович, А.В. Журбенко, І.М. Мажак

Національний інститут раку, Київ

Якість медичного обслуговування на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України вважається основною функцією і розглядається як основа національної політики у сфері охорони здоров'я. Визначення вітчизняної науково-обґрунтованої стратегії та методології розробки і впровадження індикаторів якості медичної допомоги є актуальним та пріоритетним, оскільки відображає ефективність роботи медичного персоналу та є запорукою подовження життя хворих.

Проведено огляд науково-медичної літератури баз даних Medline, Cancerlit, Healthstar, Premedline, Embase, CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness, Cochrane Central Register of Controlled Trials, and Health and Psychosocial Instruments. В результаті розроблено алгоритм визначення індикаторів якості надання медичної допомоги онкологічним хворим, які дозволять здійснити об'єктивний моніторинг і визначити конкретні проблеми забезпечення якості медичного обслуговування в онкологічних клініках. Визначений алгоритм складається з таких етапів: створення команди професіоналів; робота з інформаційними джерелами; пошук, відбір та створення переліку індикаторів якості; оцінка, обговорення і рецензування, апробація (пілотне тестування) та подальше впровадження.

Проведено пілотне тестування розроблених індикаторів якості на базі Національного інституту раку, Луганського обласного клінічного онкологічного диспансеру та Херсонського обласного клінічного онкологічного диспансеру. Впровадження клінічних індикаторів якості хворим онкологічного профілю дає можливість визначити сильні та слабкі сторони діагностично-лікувального процесу та розробити ефективні заходи, спрямовані на підвищення рівня якості медичної допомоги.

Індикатори якості використовують як механізм для внутрішнього підвищення якості, а не як інструмент для покарання та притягнення до адміністративної відповідальності осіб, відповідальних за надання медичної допомоги.

10. Епідеміологія раку в Україні. Тенденції та прогноз

А.В. Гайсенко, З.П. Федоренко

Національний інститут раку, Київ

Аналіз стану ураження населення України злоякісними новоутвореннями (ЗН) показує, що за уточненими даними Національного канцер-реєстру кількість первинних хворих становила 160 797, показник захворюваності досяг 349,8 на 100 тис.

населення; зниження рівня захворюваності на рак виявлено в 12 регіонах. У 2010 р. на обліку онкологічних закладів перебувало 989 637 хворих, в тому числі 347 560 чоловіків та 642 077 жінок. У чоловічого населення України в 2009 р. виявляли достовірне підвищення рівня захворюваності на ЗН ободової кишки, глотки, підшлункової залози, меланоми шкіри, передміхурової залози, нирки, сечового міхура, мозку. У жіночого населення зріс рівень захворюваності на меланому шкіри, гемобластози, ЗН молочної, щитовидної залози, шийки та тіла матки, сечового міхура, головного мозку. Найбільші темпи зростання захворюваності на ЗН, що перевищили 3 % за рік, у чоловічого населення зареєстровано при ЗН глотки (6,4%), ободової кишки (5,2%), щитовидної (3,1%) та підшлункової залози (5,9%) та меланомі шкіри (6,1%). У жінок максимальним приростом характеризувалися ЗН щитовидної залози (8,2%), головного мозку (6,5%), шийки матки (3,4%), сечового міхура (11,4%), множинна міелома (13,3%) та злоякісні лімфоми (4,3–8,1%). У структурі захворюваності чоловічого населення перші п'ять рангових місць посідають ЗН легені, шкіри, шлунка, передміхурової залози та прямої кишки (48,1%); у жінок — молочної залози, шкіри, тіла матки, ободової кишки, шийки матки (53,5%).

Рівень смертності від ЗН у 2009 р. становив 184,8 на 100 тис. населення (84 927 померлих); проте в 13 регіонах рівень смертності зріс. Найвищу смертність чоловічого населення спричиняють ЗН органів травлення, дихання та сечостатевої сфери (77,8%); у жінок — молочної залози, органів травлення та статевих органів (72,3%).

На основі поліноміальної регресії 2-го порядку було побудовано прогностичну оцінку рівня захворюваності та смертності від раку чоловічого та жіночого населення. Встановлено, що з вірогідністю понад 95% прогнозується зростання у 2 рази рівня захворюваності на рак передміхурової залози та нирки у чоловіків; у жінок зросте захворюваність на рак нирки, щитовидної залози та репродуктивних органів; показники смертності практично не змінюватимуться.

6 11. Сучасний інформаційний ресурс як складова медико-генетичного консультування в онкології

Н.М. Глуценко, І.П. Несіна, Н.П. Юрченко, О.О. Білик, О.В. Бресва, Л.Г. Бучинська

Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України

Вивчення сімейних ракових синдромів та визначення ризику виникнення злоякісних новоутворень (ЗН) у нащадків хворих на рак є актуальною проблемою практичної онкології. На основі аналізу вітчизняних і зарубіжних джерел сформувати інформаційний об'єкт «Сімейні ракові синдроми».

Використовували дані літератури щодо сімейних ракових синдромів і мультифакторіальних онкологічних захворювань, де накопичення новоутворень в поколіннях розглядається в рамках квазібезперервної моделі успадкування.

На основі аналізу інформації щодо клінічних та молекулярно-біологічних характеристик захворювань з високим ризиком розвитку ЗН у базі даних «Особливості функціонального онкогеному» створено окрему інтерактивну лінію «Сімейні ракові синдроми» та проведена її структуризація відповідно до наступних критеріїв: клінічні симптоми синдромів з урахуванням спектру асоційованих новоутворень, генетичні особливості, алгоритм діагностики, прогностичні маркери, фактори ризику ендо- та екзогенної природи виникнення раку і методи профілактики у членів родин з агрегацією онкологічної патології у родовах. Оптимізовано інформацію щодо синдромів з аутосомно-домінантним, аутосомно-рецесивним типом успадкування та мультифакторіальних онкологічних захворювань. Запропоновано застосування генетико-математичного аналізу даних клініко-генеалогічного обстеження пацієнтів для об'єктивної оцінки внеску генетичної і середовищної детермінанти у розвиток раку та визначення ризику виникнення ЗН у нащадків пробанда.

Оптимально формалізована та структурована інформація об'єкта «Сімейні ракові синдроми» забезпечує мотивацію лікаря-онколога до її ефективного використання і дозволяє отримувати сучасні відомості про доцільність/необхідність медико-генетичного консультування з метою виявлення осіб, схильних до виникнення онкологічної патології, та сформувати групи ризику для подальшого динамічного спостереження.

12. Обоснование комплекса онкопрофилактических мероприятий среди населения экоризисного региона Украины

С.В. Грищенко, А.А. Чистяков, Н.В. Цандур, М.В. Охотникова, А.Г. Гончар, Д.П. Темниченко, О.Н. Дьячков, Е.П. Паска
Донецкий областной противоопухолевый центр

Донецкая область занимает 1-е место в Украине и одно из ведущих в Европе по уровню техногенной нагрузки на окружающую среду, поэтому постоянно возрастает актуальность проблемы профилактики злокачественных новообразований среди жителей данного региона. Онкозаболеваемость изучали среди жителей 21 города и 16 сельских районов Донецкой обл. за период 1995–2009 гг. Динамика онкологической заболеваемости населения Донецкой обл. на протяжении последних 30 лет имела тенденцию ступенчатого повышения, характеризующуюся волнообразным равномерным ростом до начала 80-х годов XX в., резким подъемом с середины 80-х годов и стабилизацией на высоком уровне со второй половины 90-х годов прошлого века. Чаще всего возникают злокачественные опухоли легкого, желудка, кожи и молочной железы (21,8–48,3‰), наиболее редко — рак щитовидной железы, меланома кожи, опухоли пищевода и губы (2,9–4,3‰). Выявлена общая закономерность территориального распределения онкологической патологии, состоящая в большем ее уровне (316–351‰) среди населения регионов максимального социально-экологического неблагополучия (Донецк, Мариуполь, Краматорск, Дружковка, Енакиеве) и меньшим в регионах относительного социально-экологического благополучия (158–238‰) — в Артемовске и Славянске, в Краснолиманском, Александровском, Великоновоселковском и Славянском сельских районах.

Комплексное гигиеническое исследование, математико-статистический анализ и медико-географическое картографирование позволили качественно и количественно установить, что изученные группы факторов онкориска в сумме обуславливают формирование онкологической патологии населения на 84,8%, при этом действие их взаимопотенцирующее. Доказано, что ведущая роль в детерминации онкозаболеваемости населения экоризисного региона принадлежит антропогенно-экологическим факторам ($D=76,7\%$; $p<0,001$); относительная сила влияния других групп факторов онкориска значительно ниже: факторов образа жизни и быта — в 1,9 раза ($D=41,3\%$; $p<0,01$), социально-экономических — в 2,5 раза ($D=25,6\%$; $p<0,01$) и природно-географических — в 4,7 раза ($D=16,2\%$; $p<0,05$). Однако суммарный детерминационный вклад природно-экологических и социально-бытовых групп факторов в формирование первичной онкопатологии населения практически одинаков. По результатам исследований научно обоснована и разработана концепция противораковой борьбы, направленная на эффективное предупреждение возникновения и распространения злокачественных опухолей, снижение смертности от них, реализуемая на основе поэтапного осуществления мер первичной, вторичной и третичной онкопрофилактики.

13. Онкологічна патологія серед учасників ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи

Е.А. Дьоміна

Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України

Дослідники відзначають зростання кількості захворювань злоякісними новоутвореннями (ЗН) серед учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на Чорнобильській АЕС, частина з яких може бути радіаційно-індукованою. В даній роботі вивчено ча-

стоту та спектр захворювань УЛНА, що звернулися в Київську регіональну міжвідомчу експертну комісію (17 698 осіб). Число хворих на ЗН становить 9,5% від загальної кількості звернень. В усіх випадках діагноз онкологічного захворювання морфологічно верифікований. Використано метод внутрішнього порівняння, який дозволив дослідити епідеміологічні показники в даній групі УЛНА залежно від дози опромінення — величини задокументованих доз були у діапазоні 1–85 сГр, тобто значень малих і проміжних доз. Встановлено: *розподіл УЛНА зі ЗН за статтю, віком і середніми дозами*: переважна кількість УЛНА зі ЗН — чоловіки (81%), з них 79,4% — особи віком старше 35 років. Середні дози опромінення по кожній віковій категорії відрізнялися значною нерівномірністю розподілу. Найбільша середня доза — 29 сГр (вікова категорія — 25–29 рр.); *розподіл УЛНА зі ЗН за віковими категоріями в межах дозових діапазонів*: в дозових діапазонах 1–20 сГр особи віком старше 45 років становили 40–100% вибірки. У діапазоні 20–25 сГр усім хворим на момент аварії було 30–39 років. У діапазоні 3–5 сГр велику частку (40%) становили особи віком 25–29 років; *розподіл УЛНА зі ЗН за дозовими діапазонами в межах вікових категорій*: у вікових категоріях 20–24 і 25–29 років УЛНА зі ЗН одержали дози 3–15 сГр. Зі збільшенням віку розкид дозових діапазонів в межах вікових категорій збільшувався, досягаючи максимуму у віковій категорії старше 45 років, яку відмічали практично у всіх дозових діапазонах 1–75 сГр.; *розподіл ЗН за віковими категоріями*: найбільшу кількість ЗН виявлено у осіб віком старше 45 років — 45,2%, 35–39 років — 19,1% і 40–44 роки на момент аварії — 16,7%; *розподіл за локалізацією ЗН*: із 13 розглянутих видів локалізації раку рангові місця за поширеністю займали ЗН губи, порожнини рота і глотки; органів травлення і органів дихання, що становили у сукупності 52,3% усіх випадків ЗН.

Встановлено тенденцію до збільшення частоти ЗН у УЛНА на ЧАЕС, які зазнали опромінення в діапазоні малих доз.

Для мінімізації наслідків аварії нами розроблено стратегію первинної профілактики радіогенного раку.

14. Канцерогени у повітряному середовищі, ризик для населення

Н.О. Зінченко, Л.С. Соверткова, Н.В. Баленко
ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва
НАМН України»

Основою ефективного вирішення проблеми профілактики негативних наслідків канцерогенного навантаження на людину є ідентифікація та оцінка небезпеки факторів ризику, серед яких провідну роль відіграє аерогенний шлях їх надходження, що до цього часу ототожнюється з рівнем забруднення атмосферного повітря населених пунктів. Тоді як аерогенне навантаження має кілька складових, де провідне місце, передусім, відіграють повітряне середовище житлових та громадських приміщень і, зокрема, забруднення продуктами паління.

Визначали диференціацію канцерогенного ризику, зумовленого забрудненням атмосферного повітря, повітря житлових та громадських приміщень, продуктів паління. Використовували фізико-хімічні методи ідентифікації ряду хімічних канцерогенів (11 сполук) у повітряному середовищі.

В результаті було встановлено, що найбільше аерогенне навантаження канцерогенних речовин на організм людини відмічають в умовах житла, далі — у виробничих умовах, у тому числі в приміщеннях громадських установ, і найменше — в атмосферному повітрі населених пунктів. Чинниками, які формують канцерогенне навантаження на людину в житлових приміщеннях, є: наявність поблизу житла автомагістралей, наявність та технологічна експлуатація газових приладів, нездоровий спосіб життя (паління). Так, в процесі номінального навантаження на газову плиту виявляють збільшення рівня канцерогенних речовин (бензол, бенз/а/пірен, формальдегід, нітрозаміни тощо) у повітряному середовищі у 0,5–1,5 раза, але ще більше зростання цих речовин відмічають за умов паління тютюну (у 2–4 рази). Відповідно, зростають показники канцерогенного ризику. Зокрема, сумарний індивідуальний ризик

за рахунок забруднення атмосферного повітря становить $4,0 \cdot 10^{-4}$, повітря житлових приміщень — $3,4 \cdot 10^{-2}$, а паління — $1,1 \cdot 10^{-2}$.

З урахуванням зазначеного, провідну роль у попередженні канцерогенного впливу на організм людини відіграють індивідуальні заходи профілактики та здоровий спосіб життєдіяльності.

15. Сучасний стан мамографічного скринінгу в Чернігівській області: результати та перспективи

В.М. Зотов, Н.М. Захарченко, О.В. Балабушко, С.Б. Балабушко
Чернігівський обласний онкологічний диспансер

Одним із пріоритетних напрямків в стратегії розвитку онкології є розвиток та впровадження програм скринінгу злоякісних новоутворень. Мамографічний скринінг є основним методом виявлення раннього раку молочної залози (РМЗ) та знижує смертність від даної патології на 44%.

Метою дослідження є проведення експертної оцінки мамографічного скринінгу згідно з рекомендаціями American College of Radiology (ACR) та відповідно до останніх стандартів MQSA. 21 900 асимптоматичним пацієнткам віком старше 35 років проведений мамографічний скринінг на базі ЧООД з 1 січня 1998 р. по 31 грудня 2008 р.

Гістологічно верифіковану карциному молочної залози виявлено в 368 випадках. Серед них 54 випадків неінвазивного РМЗ (14,7%). Частка виявлення раннього РМЗ становила 35% (при рекомендованих стандартах ACR >30%). Доля виявлення пухлини в 0 та І стадії становить 70,8% (при рекомендованих стандартах ACR >50%). Процент ураження лімфовузлів становить 24,9% (при рекомендованих стандартах ACR <25%). Позитивно прогностичне значення (частка всіх позитивних скринінгових мамографій, в результаті яких було діагностовано РМЗ) — 9% (при рекомендованих показниках ACR 5–10%). Процент призначення допоміжних методів дослідження (без рекомендації біопсії) — 1,02% (при рекомендованих стандартах ACR <10%). Кількість випадків РМЗ на 1000 обстежених становить 1,8 (при рекомендованих показниках ACR 2–10 випадків). Чутливість методу становить 96,6% (при рекомендованих показниках ACR >85%). Специфічність — 82% (при рекомендованих показниках ACR >90%). Точність діагностики — 96,6%.

Скринінгова мамографія є основним методом діагностики раннього РМЗ та РМЗ на ранніх стадіях. Результати мамографічного скринінгу в Чернігівському обласному онкодиспансері відповідають стандартам ACR.

16. Профілактичне використання каротиноїдів для зниження індивідуальних канцерогенних ризиків серед працівників канцерогенонебезпечних виробництв

А.М. Кальченко
ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»

Експонування канцерогенними факторами на виробництві є основною причиною виникнення серед працюючих виробничо-обумовленої онкологічної патології. Враховуючи концепцію безпороговості канцерогенезу, контроль за рівнями канцерогенних агентів у повітрі робочої зони є недостатнім, внаслідок суттєвого внеску у формування індивідуального канцерогенного ризику серед працівників екологічних, соціальних та біологічних факторів.

Одним із напрямків зниження індивідуального канцерогенного ризику серед працівників в умовах їх тривалої багатофакторної експозиції на робочому місці канцерогенними агентами з епігенетичним механізмом канцерогенезу (пил азбесту, кристалічного силіцію діоксиду, хлорорганічні сполуки) є профілактичне використання антиоксидантів та/або профілактичного харчування, яке забезпечує надходження до організму цих речовин у високих профілактичних концентраціях. Завдяки цьому вдається блокувати один із провідних механізмів канцерогенезу — пошкодження клітинних білків вільними радикалами із порушенням генної експресії.

З цією метою пропонується профілактичне використання серед працівників канцерогенонебезпечних виробництв, з епігенетичним механізмом канцерогенезу суміші каротиноїдів (β -каротину — 5 мг/добу, лютеїну — 5 мг/добу, лікопіну — 5 мг/добу), для яких характерна відсутність загрозливих для здоров'я та життя побічних ефектів, які відмічають при тривалому використанні високих концентрацій цих речовин (можлива транзиторна каротинодермія). Або профілактичне харчування (під час обідньої перерви на виробництві), збагачене харчовими продуктами з високим вмістом каротиноїдів: овочі (морква, шпинат, капуста, томати, зелені), фрукти та ягоди (абрикос, гарбуз) тощо.

Однак необхідно обмежити профілактичне використання синтетичного β -каротину серед осіб, що палять тютюн, внаслідок збільшення під його впливом додаткового ризику виникнення раку бронхів та легень (RR=1,05; 1,01–1,08) [ACS, 2000; Bjelakovic G. et al., 2007], механізм цього негативного ефекту вивчається.

17. Поиск причин высокой заболеваемости раком молочной железы в Павлодарской области

М.А. Каримов, М.М. Ахунджанов, Р.А. Доскеева, Г.А. Койшекенова
КазННП ОуР, Алматы, Казахстан

Заболеваемость раком молочной железы (РМЖ) в Павлодарской области самая высокая в Казахстане и превышает общереспубликанские показатели на 61,2%.

Проведен анализ значения ряда факторов окружающей среды природного (национальность, продолжительность дневного и ночного искусственного света) и антропогенного (загрязнение окружающей среды — ЗОС) характера. Материалом стали данные Павлодарского облонкодиспансера о взятых на учет больных с впервые установленным диагнозом рака (уч.ф.090/У) и пробы воды, почвы, растений. Определение бенз(а)пирена (БП) проводили спектрально-флуоресцентным методом на приборе Флюорат-02М с приставкой ВЭЖХ, а тяжелых металлов (ТМ) — методом атомной абсорбции на спектрофотометре С-301.

Проанализированы данные 2004–2008 гг., в Павлодарской области зарегистрировано 1118 женщин с РМЖ. Из них русских — 679, казашек — 301, лиц других национальностей — 138. Заболеваемость РМЖ на 100 тыс. населения была равна 149,9‰ и на 100 тыс. женщин — 272,7‰. Заболеваемость РМЖ по числу больных женщин на 100 тыс. каждой национальности составили у русских 80,2‰, казашек — 33,6‰, то есть у русских в 2,5 раза больше. Изучалось ЗОС канцерогенами двух классов: ПАУ (БП) и ТМ (Cd, Ni, Pb, Co) открытых (реки, канал Иртыш–Караганда, накопитель сточных вод) и закрытых (колодцы, скважины, водопровод) водоисточников, содержание которых превышало ПДК до 2–3, часто 10–16, а иногда и 34–96 раз. Загрязнены БП и почвы области от 2 до 18 ПДК.

Показано, что при введении ПАУ (БП, ДМБА, МХ) подкожно, внутривенно и даже орально у подопытных животных, ткань которых содержит большое количество жировых клеток, возникал РМЖ. Известно, что БП хорошо растворяется в жире. В молочной железе женщин значительно больше жировой ткани. Вероятно, попадание из загрязненной окружающей среды БП играет важную роль в генезе РМЖ. Эпидемиологические и экспериментальные исследования показали, что у женщин северных широт, РМЖ отмечают в 2 раза чаще. У животных, содержащихся в условиях постоянного освещения искусственным светом, развитие спонтанных и индуцированных РМЖ возникает в 2–3 раза чаще. В Павлодарщине электрический свет включается с октября по апрель с 16:00 до 8:00. Организм женщин остается без защиты мелатонина, вырабатываемого в эпифизе в темноте и препятствующего развитию рака, в течение 5–8 ч в сутки.

Мы полагаем, что на таком фоне это является промоторным фактором, инициирующим канцерогенез БП.

18. Факторы, влияющие на высокую заболеваемость раком кожи в Восточно-Казахстанской области

М.А. Каримов, Ж.Ш. Кенжалин, Р.А. Доскеева, Г.А. Койшекенова
КазННП ОуР, Алматы, Казахстан

В Казахстане самая высокая заболеваемость раком кожи (ЗРК) отмечена в Восточно-Казахстанской области (ВКО), превышающая общереспубликанские показатели более чем в 2 раза. Изучены ряд факторов окружающей среды природного и антропогенного характера. Материал — данные извещений о впервые установленном диагнозе злокачественных новообразований (уч.ф.090/У), заполненных на 9594 больных, и пробы воды (открытых и закрытых водоемов), почвы и растений (зерна, овощей). Определение бенз(а)пирена (БП) проводили спектрально-флуоресцентным методом на приборе Флюорат-02М с приставкой ВЭЖХ, тяжелых металлов (ТМ) методом атомной абсорбции на спектрофотометре С-301.

Самая высокая заболеваемость ЗРК в 2004 г. в ВКО — 44,8‰, в РК — 19,9‰, то есть в 2 раза меньше. В промышленных центрах — Усть-Каменогорск (77,9‰), Риддер (63,4‰), Зыряновск (83,8‰), а также в Глубоковском (92,7‰) и Шемонаихинском (101,7‰) районах она была выше республиканских до 5 раз. В 2008 г. показатели были соответственными: в Усть-Каменогорске — 65,7‰, Риддер — 54,1‰, Зыряновск — 71,5‰, Глубоковском — 65,6‰, Шемонаихинском — 74,9‰ районах, то есть была тенденция к снижению, хотя оставалась выше показателей РК в 3,5–4,5 раза. Содержание БП в воде Бухтарминского водохранилища составляло 2,6 ПДК, р. Иртыш при входе в г. Усть-Каменогорск — 1,6 ПДК, самом городе — 2,8 ПДК, при выходе реки из города 4–7 ПДК. В воде малых рек области, протекающих через промышленные центры (Риддер, Шемонаиха), БП — от 2,2 до 6 ПДК. В водопроводной системе, также как и в колодцах, БП было выше ПДК в 1,4–2,2 раза. БП в пшенице — до 14 ПДК, в гречихе — 5,6 ПДК, в ячмене — 2 ПДК, в подсолнухе — 24 ПДК, в картофеле — $7 \pm 0,28$ мг/кг, в свекле — $4,6 \pm 0,11$ мг/кг, моркови — $2,4-3,1 \pm 0,14$ мг/кг. Изученные ТМ превышали ПДК в зерне в 2,7–19 раз в порядке свинец—кадмий—никель—кобальт. Действие БП, ТМ на кожу может быть опосредованным через кровь и непосредственно при купании. Не исключаем роли УФ-лучей, их действие может быть усилено БП, ТМ. На юге Казахстана (Южно-Казахстанской и Джамбульской областях), где действие солнца интенсивнее по долготе дня и по количеству солнечных дней в году, ЗРК меньше (7,3 и 8,8‰).

В ВКО больше европейского населения, чем казахов, первые более подвержены действию УФ-лучей. Многофакторное действие канцерогенов (УФ-лучи, БП, ТМ) могли оказать суммационный и синергический эффект.

19. О показателях эффективности работы онкологических учреждений.

Ф.В. Киселев, В.М. Ефетов, А.Г. Филанко

Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского
КРУ «Онкологический клинический диспансер», Симферополь

Все принятые показатели деятельности онкологических учреждений — это стадийность выявленных злокачественных опухолей, процент выявленных на профосмотрах, закончивших лечение и подвергнутых комбинированному и комплексному лечению, а также смертность до года, хирургическая активность, послеоперационная летальность, выживаемость и другие подвержены субъективной тенденциозной коррекции, граничащей с фальсификацией. Только два показателя — заболеваемость и смертность — не могут быть подвергнуты коррекции. Именно они, вернее их соотношение характеризует эффективность совокупности мероприятий, направленных на излечение онкологических больных, таких как ранняя выявляемость, выбор адекватного лечения, диспансеризация

леченных с целью своевременного выявления рецидивов и метастазов.

Нами предложен «показатель излеченности». Он рассчитывается разностью между заболеваемостью и смертностью, выраженной в процентах к заболеваемости. Сравнение онкологических учреждений по этому показателю в общем и по локализациям определяет их рейтинг. Рост этого показателя за 40 лет в Крыму составил с 27,4% в 1970 г. до 55,3% в 2009 г.

20. Опыт работы маммологического центра по селективному скринингу в группе риска развития рака молочной железы.

*В.Л. Клименко, Л.Ф. Лемец, М.Н. Пустовойченко
Херсонская областная клиническая больница*

В Украине прослеживается отчетливая тенденция повышения количества заболеваний молочных желез. Осуществление тотального скрининга по раку молочной железы (РМЖ) затруднено из-за слабости материально-технической базы. Формирование группы риска для селективного скрининга проводили с использованием электронной базы данных, разработан алгоритма обследования с применением лучевых методов.

В 2003—2010 гг. обследована 65 321 пациентка. Использовали следующие методики: клинический осмотр, маммография, УЗИ молочных желез, КТ молочных желез, пункционная биопсия (в том числе под контролем МГ, УЗИ или КТ), открытая биопсия очаговых образований.

Сформирована группа риска, состоящая из 28 714 больных. Выявлено 747 больных РМЖ (1,13% всех обследованных); 90% случаев — в ранних стадиях. В результате, в том числе и этой работы, удалось снизить запущенность РМЖ в Херсонской области (с 29 до 21%).

Разработан алгоритм обследования с применением лучевых методов диагностики. Создана электронная база данных. Программное обеспечение позволяет сгруппировать больных по клиническим группам, согласно выявленной патологии, лечением и кратностью наблюдения, проводить мониторинг в группе риска. Селективный скрининг РМЖ следует проводить в этой группе с обязательным контролем алгоритма обследования и лечением предопухолевой патологии с использованием компьютерной базы данных. Это позволит диагностировать РМЖ на ранних стадиях, эффективнее использовать дорогостоящее оборудование.

21. Компьютерная база данных в группе риска заболеть раком молочной железы

*Н.В. Колодяжная, В.Н. Кубатко, М.Н. Пустовойченко,
А.Д. Сугак*, И.Ф. Фетисова*

*Херсонская областная клиническая больница,
Херсонская областная стоматологическая клиника

Учитывая высокую распространенность заболеваний молочных желез, возросла необходимость создания мощных диагностически-лечебных комплексов для решения вопросов своевременной диагностики и лечения этих заболеваний. В Маммологическом центре Херсонской областной клинической больницы создается компьютерная база данных по злокачественной патологии молочных желез.

Цель создания базы данных — формирование группы риска и, используя единую компьютерную базу данных, решение вопросов вторичной профилактики рака молочной железы.

Имеется единая компьютерная сеть Центра диагностики областной клинической больницы, дающая возможность создания базы данных, включающая все виды обследования пациентки. Кроме этого, создана специальная программа для Маммологического центра (МЦ), позволяющая группировать больных по выявленной патологии (согласно МКБ-10), по разработанной системе клинических групп, с указанием сроков контрольного осмотра. Есть возможность проанализировать неявки на контрольные осмотры с выдачей на бумажном носителе или в электронной версии данных о каждой больной или в целом по региону проживания с указанием паспортных

данных и адреса. За 8 лет работы МЦ (2003—2010 гг.) выявлена следующая патология молочных желез: рак молочной железы — 747, доброкачественные опухоли — 2332, солитарные кисты — 4232, диффузные мастопатии и дисплазии — 23 109.

Таким образом, благодаря компьютерной базе данных и специальной программе, за 3 года нам удалось сформировать группу риска из 28 714 больных. В соответствии с клиническими группами разработан алгоритм лечения и наблюдения этих больных. Открыв маммологические кабинеты в районных и городских больницах и обучив медработников с помощью компьютерной программы можно реально осуществлять работу по вторичной профилактике рака молочной железы. Удалось снизить запущенность рака молочной железы в Херсонской области на 8%.

22. Досвід роботи маммологічного кабінету на базі Ужгородської центральної міської поліклініки

*Р.С. Конар, М.М. Пайкош, Я.Л. Дячун, Т.Ю. Козак
Ужгородська центральна міська поліклініка*

Високий рівень захворюваності на рак молочної залози вимагає створення нових програм щодо ранньої діагностики та профілактики захворювань молочної залози.

Заходи щодо виконання державної програми «Онкологія», наказ МОЗ України від 12.06 2002 р. № 211/47 «Про затвердження заходів щодо виконання програми «Онкологія» та від 28.12.2002 р. № 497/113 «Про затвердження першочергових заходів щодо профілактики та лікування передраку та раку молочної залози».

На основі вищевказаних нормативних документів у 2007 р. на базі Ужгородської міської поліклініки створено маммологічний кабінет, основними завданнями якого є рання діагностика патології молочних залоз, принципи формування груп ризику та тактика лікування та спостереження хворих з передпухлинною патологією, рекомендації щодо диспансерного нагляду даних пацієнтів. Алгоритм обстеження включає клінічний маммологічний огляд молочних залоз та регіонарних лімфовузлів, сонографічне та маммографічне обстеження (жінкам віком старше 40 років), консультація гінеколога, ендокринолога, визначення гормонального фону методом імуноферментного аналізу, пункційна біопсія за показаннями. Обстеження пацієнтки можливо здійснити від 1 до 3 дів залежно від нозологічної форми патології молочних залоз в кожному конкретному випадку. За період роботи маммологічного кабінету у 2007—2010 рр. було зафіксовано 10 597 відвідувань. З них з приводу раку молочної залози — 564, фіброаденом молочних залоз — 368, інших форм доброякісних дисплазій — 1445 (враховуючи диспансерні групи за всіма вищевказаними нозологіями). Відмічено щорічне зростання показників звертання пацієнтів. На основі повного обстеження створено групу ризику, що включає пацієнток з обтяженою спадковістю, наявністю відомих несприятливих факторів ризику в анамнезі щодо виникнення патології молочних залоз. Вищевказана група хворих підлягає систематичному обстеженню та лікуванню.

Організаційно узгоджена діяльність маммологічного кабінету на базі поліклінічного відділення Ужгородської центральної міської поліклініки дозволяє покращити стан організації надання консультативної, діагностичної та медичної допомоги населенню міста Ужгорода в аспекті профілактики та лікування патології молочної залози, що позитивно впливає на загальну організацію надання спеціалізованої онкологічної допомоги в межах єдиного медичного простору.

23. Комплексная лучевая диагностика в скрининге рака молочной железы.

*М.А. Копытин¹, О.В. Мериуц², А.П. Коломийчук³, Ю.К. Гичкин⁴,
Л.Д. Литвинова⁵, И.М. Тельнова⁶, А.Д. Шкута⁷, Т.С. Годоров⁸
КУ «Алчевская центральная городская больница»,
КУ «Алчевский областной онкологический диспансер»*

Рак молочной железы (РМЖ) занимает 1-е место в структуре онкологических заболеваний у женщин, актуальным

вопросом остается выявление РМЖ на ранних стадиях, когда комплексное лечение позволяет полностью излечить пациентку от этого заболевания.

Представлены положительный опыт работы маммологического центра (МЦ), изучение эффективности комплексной лучевой диагностики, включающей маммографию, ультразвуковое исследование с прицельной биопсией в диагностике ранних стадий РМЖ, особенно при наличии непальпируемых изменений в молочной железе.

Были обследованы 500 пациенток в возрасте 35–74 лет. Всем выполнялась маммография (маммограф «Lorad M-4 PLATINUM» General Electric, США) в стандартных проекциях, в случае выявления изменений дополнялись первично увеличенными маммограммами и снимками в атипичных проекциях. При наличии патологических изменений 308 (61%) пациенткам проводили ультразвуковое исследование на аппаратах «Siemens Sonoline G-50», «Mindray DP-3300» с использованием высокочастотных датчиков. Под контролем УЗИ проведена пункционная биопсия у 46 (15%) пациенток, в том числе у 18 (6%) с непальпируемыми образованиями. У 23 (7,4%) пациенток с сецернирующей железой проводилось 5-кратное цитологическое исследование патологического отделяемого с последующей дуктографией, с использованием неонных контрастных средств «Ульравист-300», «Омнипак-300».

Среди общего количества выявленной при маммографии патологии в 34 (2,8%) случаях отмечали признаки РМЖ, в том числе в 4 случаях (1,2%) диагностирована внутрипротоковая карцинома. Локальный аденоматоз выявлен у 61 (20%), диффузный аденоматоз у 74 (24%), жировая инволюция у 56 (18%), доброкачественные объемные образования (фиброаденома, аденома, липома) у 83 пациенток (27%).

Комплексное применение маммографии и ультразвукового исследования при скрининге РМЖ, позволяют существенно повысить выявляемость заболевания, в том числе у пациенток с непальпируемыми объемными образованиями и внутрипротоковыми опухолями в молочной железе. При наличии подозрительных участков на МГ, УЗИ помогает при дифференциальном диагнозе с доброкачественными образованиями, а также выявлению путей лимфооттока при злокачественных новообразованиях, проведения ПБ под УЗИ контролем. УЗИ целесообразно проводить у молодого контингента, так как с плотностью железы возможности МГ снижаются. Организация и открытие МЦ целесообразно не только в онкоучреждениях, но и на базе общелечебной сети при наличии МГ аппарата, специалиста, компетентного в маммологии и УЗИ и цитолога.

24. Епідеміологія професійного раку в Україні

Ю.І. Кундієв, Д.В. Варивончик

ДУ «Інститут медицини праці НАМН України», Київ

Професійний рак (ПР) — група злоякісних новоутворень, етіологія яких пов'язана із довготривалим впливом канцерогенних речовин і агентів на робочому місці. Згідно з даними Міжнародної організації праці (МОП) ПР становить 4,0–16,0% усіх випадків злоякісних новоутворень в країні.

За період 1992–2010 рр. в Україні зареєстровано більше 400 випадків ПР, переважно серед осіб чоловічої статі (91,2%). Частка пацієнтів з ПР у загальній кількості онкологічних хворих становить 0,001–0,04%, що є значно нижчим, ніж оціночні рівні МОП. Очікувана щорічна кількість нових випадків ПР (розрахунково до рівнів у країнах ЄС): max — 343 (lim: 194–432), min — 88 (lim: 50–111).

Найбільша кумулятивна кількість випадків ПР зареєстрована у Східному регіоні України із високим рівнем розвитку промисловості (78,8% всіх ПР). Найбільша кількість хворих на ПР реєструється у добувній промисловості (68,6%) — добування та переробка уранових руд (79,5% всіх хворих), в обробній промисловості (21,2%) — машинобудування (45,8%), хімічна промисловість (25,0%), металургія (16,7%).

Основними етіологічними факторами виникнення ПР в Україні є (скорочення за системою ЄС — «CAREX»): SILI (79,2%), IRAD (58,7%), RN (52,2%), WLAR (7,3%), CR6 (5,3%), BENZ (3,8%), FORM (3,8%), PAH (3,2%), MOIL (2,9%), ASB (2,6%), NICO (2,3%), COTR (1,2%), PTTR (1,2%), BCME (1,2%), STYR (0,9%), BE (0,6%), VCM (0,6%), SOOT (0,6%), EPI (0,3%). В середньому, кожний хворий на ПР зазнає одночасної дії 2,3 канцерогенних агентів I групи за IARC.

Розподіл частоти анатомічних локалізацій ПР в Україні наступний: (1-ше місце) органи дихання та грудної клітки (75,0% всіх локалізацій), (2-ге) органи кровотворення та лімфатичної системи (11,4%), (3-тє) органи травлення (6,2%), (4-тє) шкіри та її похідних (4,4%), (5-тє) органів сечовиділення (1,8%), (6-тє) інших систем (1,2%).

В ДУ «Інститут медицини праці НАМН України» створено систему експертного встановлення, реєстрації хворих на ПР, розробляються заходи системної профілактики ПР, спрямовані на працівників канцерогенонебезпечних виробництв.

25. Методологія фармакоекономічних досліджень онкологічних захворювань

О.А. Мендрік, О.М. Заліська, А.В. Гайсенко

Львівський національний медичний університет

ім. Данила Галицького

Школа охорони здоров'я НаУ «Києво-Могилянська академія»

Національний інститут раку, Київ.

Рациональний розподіл ресурсів можливий шляхом залучення фармакоекономічних аспектів при прийнятті рішень. Методологічно фармакоекономічний аналіз передбачає визначення пріоритетів, планування, вимірювання витрат та ефективності, а також їх інтегрування.

Пріоритетними вважаються дослідження, якщо є висока поширеність злоякісного новоутворення, закупівля лікарського засобу (ЛЗ) за державний кошт, висока ціна та ефективність ЛЗ, високі загальні витрати на терапію, хронічна форма захворювання. Планування дослідження передбачає визначення мети аналізу, споживачів та перспективи дослідження, часового періоду, цільової популяції, вибору інноваційної технології та ЛЗ порівняння. Особливістю витрат на лікування в Україні є високі затрати на терапію захворювань порівняно з незначними частками держави у покритті цих витрат та вартістю стаціонарного лікування. Наприклад, середні витрати на один курс FC — становлять 5877,6 грн., а FCR — 19969,6 грн., а за даними Національного інституту раку у 2010 р. загальна вартість перебування одного хворого в лікарні становила 4364,7 грн. Роки якісного збереження життя (quality adjusted life years, QALYs) вважається найбільш достовірним параметром фармакоекономічного аналізу в онкології. Визначення якості життя може проводитися за загальними опитувальниками (SF-36, SIP, I-HRQL, NHP), специфічними до онкологічних захворювань в цілому (EORTC QLQ-C30, RSCL, FACT scale, CARES), або до певного захворювання (QLQ-LEU та QLQ-LEU-BMT при лейкомії, EORTC QLQ-MY20 при множинній мієломі).

При інтегруванні витрат та ефективності важливо враховувати показник граничного значення, за якого відшкодування вартості ЛЗ є можливим. У разі відсутності встановлених на державному рівні граничних значень, ВООЗ рекомендує визначати їх на основі валового внутрішнього продукту (ВВП), що становив в Україні 6700 дол. США на одного жителя у 2010 р. ЛЗ, у яких витрати на QALY є нижчі або рівні значенню ВВП, будуть вважатися надзвичайно економічно ефективними, а якщо витрати перевищують значення ВВП у більше ніж в 3 рази, тоді вони необґрунтовано витратні.

Прикладом економічного аналізу в онкології в Україні може бути дослідження витрат на лікування хронічного лімфоцитарного лейкозу (ХЛЛ). Середні річні витрати на лікування пацієнта становили 11 607 грн., серед яких більшу частину становили витрати на ЛЗ (7669,37 грн.). Враховуючи річний мінімальний прожитковий рівень в Україні 10 499,96 грн. для робочого населення та 8807,96 грн. для лю-

дей пенсійного віку, фінансовий аспект може стати суттєвим бар'єром у забезпеченні якості лікування пацієнтів із ХЛЛ.

26. Вартість та ціноутворення в галузі онкології, сучасні тенденції

*Ю.Й. Михайлович, А.В. Гайсенко, А.В. Журбенко
Національний інститут раку, Київ*

В Україні на сучасному етапі соціально-економічного розвитку відсутня концепція ціноутворення надання належної онкологічної допомоги та методика розрахунку необхідних економічно-обґрунтованих витрат для її фінансового забезпечення. Дотепер у нашій державі охорона здоров'я фінансується по залишковому принципу, а функціонує — по затратному. Іншими словами, в Україні існує пострадянська модель фінансування — державний бюджет. Відсоток валового внутрішнього продукту на медицину протягом 2005–2010 рр. радикально не змінювався і становив 2,8–3,6%. Тобто, уся система охорони здоров'я працює на критичному рівні, займаючи 32-ге місце серед 53 країн Європейського регіону за величиною витрат на медицину. Дефіцит бюджетних коштів від потреб системи охорони здоров'я становить 85%.

Заданими моніторингу стану здоров'я населення, за матеріалами МОЗ України, *злоякісні новоутворення* є другою за значимістю причиною інвалідності та смертності після хвороб системи кровообігу.

Завдяки інноваційним заходам вартість діагностики, лікування раку та реабілітації різко зросла протягом останніх років, це стало значним фінансовим тягарем як для пацієнтів, так і для платників податків нашої держави та багатьох розвинених країн, незалежно від моделі системи охорони здоров'я. Це спричинює значні економічні витрати і тому, як свідчить світовий досвід, вони повинні бути проаналізовані та прораховані і зіставлені з економічною ефективністю (рентабельністю) лікування раку.

Для вирішення питання пошуку оптимальної моделі фінансового забезпечення, яка гарантувала б економічну стабільність у цілому в галузі необхідно проводити економічний аналіз структури профільної діяльності онкологічних закладів та економічні оцінки вартості всього діагностично-лікувального процесу та відповідних медичних втручань за окремими нозологіями злоякісних новоутворень.

До сучасних методів розрахунку та аналізу економічної ефективності лікування, за рекомендаціями ВООЗ, відносять: аналіз мінімізації вартості (*cost minimization analysis*), аналіз ефективності витрат (*cost-effectiveness analysis*), вартісно-утилітарний аналіз (*cost-utility analysis*), вартісний аналіз прибутку (*cost-benefit analysis*). Критеріями оцінки онкологічної галузі повинні бути: подовження тривалості життя онкологічного хворого, покращання якості життя, економія коштів, отримання прямого економічного прибутку.

27. Соціально-економічне обґрунтування ефективності популяційного скринінгу в Україні

*Ю.Й. Михайлович, А.В. Гайсенко, А.В. Журбенко
Національний інститут раку, Київ*

Злоякісні новоутворення на сьогодні визначають рівень здоров'я населення України, оскільки є причиною 13% всіх летальних випадків і 25% випадків інвалідизації населення. Питома вага раку в Україні як причини смерті в працездатному віці становить 14% у чоловіків і 29% у жінок. Соціально-економічна значущість проблеми обумовлена тим, що рак скорочує тривалість життя чоловічого населення України на 3,6, а жіночого — на 2,5 року. В зв'язку зі смертністю від раку населенням України щорічно втрачається понад 270 тис. людино-років життя у працездатному віці.

Необхідність активного раннього виявлення раку і передраку є, безсумнівно, найважливішим завданням протиракової боротьби сьогодні. Популяційний скринінг є ефективним заходом зниження смертності в онкологічного хворого з одночасним вирішенням питання профілактики злоякісних новоутворень. Враховуючи той факт, що темп росту пухлин у передклінічній та клінічній стадіях характеризується експоненціальною залежністю, тому саме популяційний скринінг має привести до чергового поліпшення прогнозу захворювання у віддалений період.

Для визначення соціально-економічної ефективності популяційного скринінгу використовують наступні критерії: метод порівняння матеріальних витрат і ефективності безпосереднього використання (*cost-productivity analysis*), аналіз ефективності витрат (*cost-effectiveness analysis*), тобто досягнення найбільших результатів при найменших затратах. Якість і можливий ефект популяційного скринінгу визначають на основі наступних параметрів: 1) рівень достовірності; 2) чутливість тесту; 3) специфічність тесту; 4) передбачуване значення. Серед прямих і непрямих результатів популяційного скринінгу важливими є: а) розподіл пухлин, виявлених шляхом скринінгу за стадіями; б) зниження шансу померти від захворювання в перші роки після початку скринінгу; в) зниження смертності у скринінговій групі у віддаленій багаторічній перспективі. Одним з важливих критеріїв, що дозволяють судити про ефективність скринінгу, є час випередження (*lead time*), — кількість місяців і років, на які діагноз злоякісного новоутворення встановлений раніше завдяки скринінгу. Оцінка скринінгових програм розраховується за рангом аналізу-користі витрат (*cost benefit analysis*) у грошовому еквіваленті. Тому очевидним є те, що оцінка з позицій вартості без подальшого визначення оптимальної медико-санітарної стратегії скринінгу неприйнятна.

28. Епідеміологічні закономірності смертності серед жінок України з причини раку молочної залози (C50) в 2000–2008 рр.

Д.Є. Москв'як-Лесняк

Клінічно-комуніальний пологовий будинок № 1, Львів

Рак молочної залози (PM3) (C50) в Україні залишається одним з проблемних питань охорони здоров'я, оскільки дана патологія є найбільш поширеною серед жіночої популяції.

Мета дослідження полягає у встановленні епідеміологічних закономірностей смертності від PM3 (C50) серед жінок України в 2000–2008 рр.

Використані дані Національного канцер-реєстру України та такі методи наукового дослідження, як викопіювання, кваліметричний, ретроспективний, медико-статистичного аналізу, наукової абстракції, системного підходу, системного та структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження переконливо підтверджують, що смертність серед жінок з причини PM3 (C50) у загальній структурі смертності осіб жіночої статі від злоякісних новоутворень за аналізований період обіймає 1-ше рейтингове місце, де показник структури знаходиться в межах від 19,2% в 2000 р. до 20,8% в 2008 р. при показнику абсолютного приросту +1,6% та показнику темпу росту +8,3%.

При цьому показник рівня поширеності смертності з причини PM3 (C50) серед осіб жіночої статі за аналізований період згідно з даними показника абсолютного приросту збільшився на 1,5%, а відповідно до показника темпу росту збільшився на 4,9% та становив в 2008 р. 31,7 випадків або 7902 випадки проти 30,2 випадків на 100 тис. осіб жіночої статі в 2000 р. І це при тому, що чисельність жіночого населення в Україні за цей період зменшилася на 14657,7 тис. осіб (у 2008 р. — 24 894,6 тис. жінок), а за показником абсолютного приросту також зменшилася на 5,56%. Слід зазначити, що показники повікової структури смертності жінок з причини PM3 (C50) від загального числа померлих жінок від новоутворень (C00–C097) у всіх вікових категоріях обіймають перші рейтингові місця у числовому вираженні, а саме: віком 30–54 роки — 26,6%; 55–74 роки — 20,8%, тоді як у жінок віком 75 років і більше — 17,0%.

Все це разом переконливо доводить, що PM3 (C50) серед осіб жіночої статі в Україні є найактуальнішою проблемою в сучасній онкології і вимагає пошуку профілактичних шляхів її вирішення, оскільки 1/3 смертей з причини новоутворень молочної залози (C50) припадає на осіб жіночої статі у працездатному віці та напряму негативно впливає на репродуктивне здоров'я жінок.

29. Захворюваність на злоякісні новоутворення мешканців міст з радіаційно небезпечним виробництвом

*А.Є. Присяжнюк¹, Д.А. Базика¹, А.Ю. Романенко¹,
З.П. Федоренко², Н.А. Гудзенко¹, М.М. Фузік¹, О.М. Хухряська¹,
Н.К. Троцюк¹, Л.О. Гулак², Є.Л. Горох², О.В. Сумкіна²*

¹ДУ «Науковий центр радіаційної медицини НАМН України», Київ

²Національний інститут раку МОЗ України, Київ

Чорнобильська катастрофа та останні події у Японії на Фукусімі свідчать про існування радіаційної небезпеки на виробництвах, у яких залучені ядерні технології. При цьому маються на увазі не тільки безпосередні ефекти опромінення, але й віддалені стохастичні онкологічні наслідки у персоналі цих виробництв та населення, яке проживає поблизу. З цієї точки зору, безсумнівний інтерес має оцінка радіаційних ризиків розвитку злоякісних новоутворень (ЗН) у мешканців міст України з радіаційно небезпечним виробництвом, в яких існує постійна ймовірність опромінення за рахунок недосконалої виробничого процесу цих підприємств, аварійних викидів та накопичення у навколишньому середовищі радіоактивних відходів.

Вивчено захворюваність на ЗН мешканців 5 міст України, де розташовані підприємства ядерно-енергетичного виробництва — видобувні, переробні підприємства уранової руди у містах Жовті Води та Дніпродзержинськ Дніпропетровської обл., атомні електростанції у містах Енергодар Запорізької, Південноукраїнськ Миколаївської, Нетішин Хмельницької областей. Загальна чисельність населення у цих містах в 2008 р., за даними Держкомстату України, становила 436,0 тис. осіб, число людино-років спостереження впродовж 2003—2008 рр. становило 2 637,8 тис.

Впродовж цього періоду серед мешканців згаданих міст, відповідно до даних онкологічних закладів областей та Національного канцер-реєстру України (Національний інститут раку МОЗ України), зареєстровано 9381 випадок злоякісних новоутворень. На основі отриманої інформації розраховано стандартизовані показники захворюваності на всі та чотири окремі форми ЗН для населення кожного міста та групи міст в залежності від характеру виробничої діяльності.

Встановлено, що частота усіх форм ЗН серед мешканців 5 міст достовірно перевищує як національний, так і регіональний рівні. Поміж окремих нозологічних форм відмічають більшу частоту раку трахеї, бронхів та легені, молочної залози, нирки та лейкомії. Найбільший експес відмічено у населення міст, розташованих поряд з підприємствами видобутку та переробки уранової руди. У містах, де розташовані атомні електростанції, зареєстровано більш високий порівняно з національним рівнем захворюваності на ЗН нирки. Обґрунтовані подальші напрямки досліджень у цій сфері.

30. Медицинская информационная система хирургического онкологического отделения

*С.Н. Пушкарь, Е.И. Выходцев, К.Д. Петров, С.Н. Домненко
Харьковский областной клинический онкологический центр*

Практика современного здравоохранения предполагает неуклонный рост накопления информации на традиционных бумажных носителях, что снижает эффективность работы. Данные на традиционных носителях обладают низкой эффективностью обработки информации, характеризуются высокими трудозатратами на их создание.

Целью работы была попытка перевода части медицинской документации и показателей в электронный вид, которые ранее заключались в традиционных бумажных и создать прототип информационной системы автоматизированного документооборота с интеллектуальным анализом данных.

База данных пациентов хирургического отделения онкологического центра, содержащая истории болезни за год и всеобъемлющие фактические данные относительно каждого больного во временной разверстке, стала основой для разработки программного продукта: ИАС ХО ОЦ. Данный программный продукт состоит из: базы данных, которая хра-

нит всю информацию о поступающих в отделение больных и приложения, предоставляющего возможность оперативно и быстро получать актуальную информацию о пациенте и производить статистический анализ за любой период времени, позволяющий отслеживать результаты работы подразделения и сравнивать параметры работы со стандартами качества, согласно нормативной базе.

База данных пациентов реализована в СУБД SQL Server 2008, доступ к которой возможен внутри корпоративной сети с компьютеров, на которых установлена клиентская часть системы. Информатизация рабочего места врача позволяет существенно снизить непроизводственные затраты и ускорить процесс принятия решений в лечебном процессе. При автоматизации лабораторных служб программный продукт позволяет интегрировать информацию о результатах анализов в автоматическом режиме, создавая и расширяя единое информационное пространство.

При внедрении во всем онкологическом центре система позволяет получать статистическую информацию об эффективности работы, контролировать деятельность медицинского учреждения.

31. Моніторинг захворюваності на професійний рак у Дніпропетровській області

*В.В. Родіонова, С.В. Собко, Л.А. Глиняна, Н.О. Бут, О.В. Карасева,
О.М. Коваленко, Т.В. Рублевська*

Дніпропетровська державна медична академія

Центр профпатології м. Дніпропетровська

Проблема професійного раку є однією з найскладніших проблем профпатології. Випадки професійного раку становлять 1,4% від всіх професійних хвороб, в Україні — 0,01–0,02%. Проаналізували дані щодо встановлення діагнозу професійного раку у працівників шкідливих виробництв за даними проведених профоглядів. В Україні відсутня державна система обліку та реєстрації онкологічних захворювань професійного генезу та облік осіб, зайнятих у канцеронебезпечних виробництвах. Внаслідок того, що онкопатологія здебільшого виникає через багато років після експозиції канцерогенними факторами на виробництві, це унеможливорює диспансерний нагляд за хворими профпатологічною службою впродовж всього життя. Протягом 1992–2003 рр. в Україні було встановлено 222 діагнози професійного раку різної локалізації здебільшого у Кіровоградській, Дніпропетровській, Луганській, Донецькій та Запорізькій областях, де в 1992–2003 рр. було зареєстровано 114 осіб з таким діагнозом. У Дніпропетровській обл. в наявності є комплекс виробництв з потенціальним канцерогенним ризиком. Також до основних причин належать несприятливе екологічне становище, вплив шкідливих факторів виробничого середовища, зниження рівня життя населення, поширеність паління, алкоголізму, недостатній рівень онкологічної настороженості лікарів та інформованості працюючих осіб.

В Дніпропетровській області попередній діагноз раку був встановлений під час профоглядів в лікувально-профілактичних закладах тільки в 38,8% випадків. Діагноз раку встановлюється як ускладнення наявного професійного захворювання та найчастіше розвивається у хворих на пилові захворювання легенів (пиловий бронхіт, пневмоконіоз). Так у 2007 р. ускладнення пилового бронхіту на рак підтверджено у 3, в 2008 р. у 5, у 2009 р. у 8 хворих.

Позитивні зміни в зниженні онкозахворюваності можуть бути досягнуті шляхом державної реєстрації онкобезпечних підприємств та створенні реєстрів осіб, які мали професійний контакт із канцерогенами, що надасть змогу прогнозувати ступінь канцерогенної небезпеки і вирішувати питання щодо її зниження.

32. Епідеміологічні особливості раку легені в Закарпатській області

*А.В. Русин, М.П. Козодасва, Л.О. Жолудєва, С.П. Козодасв
Закарпатський обласний онкологічний диспансер, Ужгород
Ужгородський національний університет*

Закарпатська область має специфічний географічний рельєф: гори та передгір'я займають $\frac{4}{5}$ території, інша частина області — це низинні райони.

Досліджували захворюваність, смертність та дорічну летальність раку легені залежно від географічних особливостей рельєфу Закарпатської області.

Проаналізовано динамічні ряди показників захворюваності, смертності від раку легені та показники дорічної виживаності за 5 років (2006–2010 рр.), за даними Національного канцер-реєстру. Матеріали статистично оброблено за допомогою стандартної програми Microsoft Excel.

Щороку в Україні діагностується близько 22 тис. нових випадків раку легені (захворюваність 43,7 на 100 тис.), а помирає близько 19 тис. хворих (смертність 35,9 на 100 тис.). В Закарпатській області це відношення за 5 років становить 29,4 та 21,7 на 100 тис. Для проведення дослідження 13 районів Закарпатської області умовно були розділені на 3 підгрупи — низинну, передгірську та гірську. Показник захворюваності від раку легені населення в низинних районах становить 30,0–36,0 на 100 тис. В гірських районах цей показник — 21,8–31,3 на 100 тис. Інтервали зниження показників захворюваності між низинними і передгірськими та передгірськими і гірськими районами рівномірний в межах 4,6–3,5 на 100 тис. (різниця інтервалів 1,4 та 10,5%; співвідношення інтервалів 1,3). Показник смертності від раку легені населення в низинних районах становить від 22,8 на 100 тис. (в 2010 р.) до 27,6 на 100 тис. (в 2006 р.). В гірських районах цей показник становить від 18,9 на 100 тис. до 25,5 на 100 тис. Інтервали зниження показників смертності між низинними і передгірськими та передгірськими і гірськими районами нерівномірний в межах 1,9–1,0 на 100 тис. (різниця інтервалів 7,9 та 4,2%; співвідношення інтервалів 1,9). Показник дорічної летальності від раку легені населення в низинних районах — 54,2–64,4 на 100 тис. В гірських районах цей показник становить 48,0–76,0 на 100 тис. Інтервали зниження показників дорічної летальності між низинними і передгірськими та передгірськими і гірськими районами значно нерівномірні в межах 1,3–2,9 на 100 тис. (різниця інтервалів 2,2 та 5,0%; співвідношення інтервалів 2,3).

При зменшенні показника захворюваності від раку легень в гірських районах відмічають збільшення показників дорічної летальності. Цей факт частково можна пояснити міграцією населення гірських районів на заробітки за межі області, що обумовлює виявлення раку легені на пізніх стадіях та пізнім зверненням хворих за спеціалізованою медичною допомогою.

33. Заболеваемость основными формами злокачественных новообразований в Акмолинской области республики Казахстан

*Г.Д. Сейтказина, М.А. Оспанов, Ж.К. Чингисова,
А.Е. Ажмагамбетова
Казахский НИИ онкологии и радиологии, Алматы*

Изучена распространенность злокачественными новообразованиями (ЗН) по основным формам за 2000–2008 гг. в Акмолинской области Республики Казахстан по 3-летним временным интервалам. За этот период в области зарегистрировано 2740 больных раком легкого (РЛ), 1517 — раком молочной железы (РМЖ), 629 — раком шейки матки (РШМ) и 484 — раком тела матки (РТМ).

В первый временной период (2000–2002 гг.) заболеваемость РЛ по интенсивным показателям (ИП) снизилась незначительно с 43,8 до 41,0‰. Отмечается соответственно снижение по стандартизованным показателям (СП) — с 30,1 до 28,6‰ (мировой стандарт). Заболеваемость РЛ среди мужского населения значительно снизилась

с 76,4‰ до 72,5‰ (СП 63,8–60,4‰). Распространенность РЛ среди женщин была стабильной: ИП 13,2‰, СП — 8,2‰. Среднегодовые ИП по РЛ во второй период (2003–2005 гг.) в динамике показали дальнейшее снижение заболеваемости с 41,0 до 39,1‰, по СП — от 27,9 до 26,3‰. Среди мужского населения заболеваемость РЛ продолжает снижаться до 66,7‰, СП — до 55,2‰. У женского населения показатели РЛ незначительно увеличились на 0,2‰ при стабильном СП (8,2‰). В третий временной период (2006–2008 гг.) заболеваемость РЛ имеет тенденцию к снижению с 37,2 до 35,4‰, СП с 25,6 до 24,1‰. Среди мужчин эта тенденция сохраняется: ИП 64,8–60,9‰, среди женщин выявлен незначительный рост РЛ до 13,6‰, СП — 8,0‰.

В области в первый временной период заболеваемость РМЖ и РШМ по ИП снизилась с 46,7 до 43,1 (СП — 30,2–27,5) и с 18,6 до 15,2‰ соответственно, а также ИП по РТМ стали ниже (с 17,2 до 13,1‰), СП составили 14,8–11,0‰. Во второй период по РМЖ отмечается дальнейшее снижение заболеваемости (ИП — 41,1–37,9; СП — 26,1–23,4), ИП по РШМ повысились с 15,8 до 24,0 19,3‰ в 2005 г. По РТМ в области ИП стали выше с 11,1 до 16,0‰, по СП — с 8,3 до 18,3‰. В третий период (2006–2008 гг.) по РМЖ отмечается снижение заболеваемости как по ИП (36,1–32,6), так и по СП (22,0–19,3). Заболеваемость РШМ имеет аналогичную тенденцию — с 19,1 до 16,3‰ в 2006–2008 гг., со средними данными ИП 17,4‰, по РТМ они увеличились до 11,7‰, и его СП составил 9,4‰.

34. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Акмолинской области республики Казахстан

*Г.Д. Сейтказина, С.И. Игисипов, М.А. Оспанов, Н.Т. Имангалиева
Казахский НИИ онкологии и радиологии, Алматы*

Изучена распространенность злокачественных новообразований (ЗН) в Акмолинской области Республики Казахстан за 2000–2008 гг. по 3-летним временным интервалам (I — 2000–2002, II — 2000–2005, III — 2006–2008 гг.). За исследуемый период зарегистрировано 15 585 больных злокачественными опухолями в Акмолинской обл., что составляет 5,9% всех ЗН по республике за этот период.

Динамика показателей заболеваемости ЗН населения области за 2000–2008 гг. имела три пика роста — в 2001 г. (239,8‰) и 2004 г. (239,3‰), а также в 2007 г. (229,3‰), однако в целом отмечали тенденцию снижения с 229,3‰ (2000 г.) до 220,4‰ (2008 г.). Анализ заболеваемости ЗН по 3-летним интервалам свидетельствует о снижении интенсивных показателей (ИП) 234,6‰ (2000–2002 гг.), до 219,4‰ в последний период (2006–2008 гг.). Аналогичные изменения отмечены при стандартизации показателей (СП) заболеваемости мировым стандартом (Тин=3,8, Тст=-3,1). ИП заболеваемости ЗН мужского населения уменьшились незначительно с 239,0‰ (2000–2002 гг.) до 231,2‰ в последний (2005–2008 гг.) период (Тин=-1,3%), тогда как стандартизованные показатели повысились с 193,9 до 243,2‰.

Анализ интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости женского населения, показал, что ИП повысились с 151,9 до 208,6‰ в 2005–2008 гг., тогда как стандартизованные снизились с 248,0 до 162,0‰.

Таким образом, уровень ЗН населения области в среднем за изучаемый период (2000–2008 гг.) составил по ИП 228,6‰, по СП (мировой) — 213‰. Среднегодовые ИП заболеваемости мужского населения области составили 239,7‰, а стандартизованные — 230,6‰. Частота ЗН среди женского населения области по ИП — 220,8‰. СП были почти одинаковые (186,2‰).

35. Оптимизация инновационных процессов в онкологии

*А.И. Селюченко, А.Б. Даницер
Национальный институт рака, Киев*

На этапе реформирования системы здравоохранения Украины важное стратегическое значение приобретают вопросы интенсификации инновационных процессов в медицине и в онкологии в частности.

Известно, что инновационный процесс в медицинской отрасли состоит из четырех этапов: этап научного обоснования и разработки технологий инновационной политики, проведение социологических исследований; создание модели инновационного процесса в здравоохранении и разработка системы средств научной коммуникации в инновационной деятельности; разработка и научное обоснование организации и технологии инновационного процесса, определение его модели (алгоритма) и устранение коммуникационных и информационных барьеров; анализ эффективности реализации инновационных процессов в здравоохранении.

С целью оптимизации инновационных процессов в онкологии мы проанализировали последовательно каждый из этапов, что позволило нам предпринять ряд мер как по совершенствованию различных средств научной коммуникации (ежегодный реестр отраслевых нововведений, методические рекомендации, информационные письма), так и по изучению эффективности реализации инновационных процессов в здравоохранении. Совершенствовали форму обратной связи с онкодиспансерами — «Акт внедрения», предусмотрев в нем вопросы о показателях эффективности внедрения предложений по онкологии: клинические показатели: повышение уровня ранней и своевременной диагностики злокачественных новообразований (%), повышение уровня морфологической верификации злокачественных новообразований (%), результаты лечения (непосредственные и отдаленные); социальные показатели: повышение качества жизни больного, увеличение выживаемости (месяцев, лет), уменьшение степени инвалидизации; экономические показатели.

В 2011 г. из онкодиспансеров Национальным институтом рака получено 36 актов внедрения на средства научной коммуникации (нововведения, методические рекомендации и информационные письма), изданные институтом за последние 3 года. Осуществляется мониторинг внедрения инноваций, проводится изучение эффективности предложенных инноваций по вышеприведенным показателям.

36. Проблеми доступності мамографічного скринінгу в Україні

*Б.Я. Цвігун, А.М. Савицький, В.Г. Веселовська, С.М. Бузинський
Кам'янець-Подільська міська поліклініка № 1*

В Україні жінки зчасно діагностованим раком молочної залози (РМЗ) переживають встановлений в онкології 5-річний бар'єр виживання. В середньому це 38,6 хворих на 100 тис., тобто менше ніж 50%, тоді як у країнах ЄС ця цифра становить 82,2%. Тому, першочерговим завданням повинно бути оснащення областей України мамографічним обладнанням, створення спеціалізованих мамографічних кабінетів і центрів.

Ефективність мамографічного скринінгу, який виконується в спеціалізованому кабінеті, сягає 98% при клінічних проявах захворювання і до 78% при РМЗ, що не пальпуються. При скринінговій МГ необхідно враховувати періодичність обстежень: 1 раз на 2 роки — жінкам віком 40—50 років і щорічно — віком старше 50 років. Як правило, проходження мамографії можливе лише в спеціалізованих клініках або в онкологічних диспансерах.

В Кам'янець-Подільській міській поліклініці № 1 спеціалізований кабінет відсутній і МГ-обстеження проводять в рентгенографічному кабінеті з 2001 р.: спочатку на апараті «Електроніка», з 2003 р. — «Mammodiagnost» PHILIPS, а з 2009 р. — на мамографічній системі M-IV «HOLOGIC»

Lorad, 2008 р. випуску. За цей час проведено близько 4 тис. обстежень, із них скринінгових — 1275 (33%), діагностичних — 1880 (48%) і контрольних — 74 (19%).

Злоякісних новоутворень і захворювань, підозрілих на РМЗ, виявлено 198, що становить 5,1% загальної кількості обстежень. При аналізі цих показників відмічається тенденція як до збільшення кількості виявлених хворих на РМЗ, так і збільшення випадків діагностування цього захворювання на 1—2-й стадіях, а також і безсимптомних. Однак, зважаючи на середньорічний показник обстежених пацієнток (556) і на те, що кількість жінок віком старше 35 років в місті становить 28 039 осіб (із 83,176 тис. дорослого населення), для того, щоб їх обстежити хоча б на 50%, потрібно не менше 20 років.

На рівні держави необхідно забезпечити МГ-комплексами всі поліклінічні підрозділи, а в їх штатному розкладі передбачити додаткові ставки лікарів-рентгенологів з відповідною підготовкою. Мамографічні обстеження необхідно звести до рутинних та обов'язково-необхідних, скажімо, таких, як флюорографія органів порожнини грудної клітки. Очікувані результати: збільшення виявленості новоутворень грудної залози; зниження смертності від раку молочної залози; збільшення тривалості життя жінок.

37. Оцінка впливу хімічного забруднення атмосферного повітря міста на стан здоров'я населення

*І.О. Черниченко, О.М. Литвиченко, О.В. Швагер
ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М.Марзеєва
НАМН України», Київ*

У проблемі канцерогенних сполук найбільш актуальними є питання вивчення розповсюдженості та поведінки їх у довкіллі, впливу на розвиток ракових захворювань. Метою даної роботи була кількісна оцінка впливу канцерогенних сполук атмосферного повітря на розвиток злоякісних новоутворень населення.

Дослідження проведено шляхом аналізу інформації щодо стану забруднення атмосферного повітря ряду міст України канцерогенами (9 сполук) за останні 20 років; розрахунку їх аерогенного навантаження на населення та канцерогенного ризику впливу; аналізу динаміки загальної онкозахворюваності та окремих локалізацій раку у населення за цей же період. Визначення ризику розвитку канцерогенних ефектів у здоров'ї населення проведено згідно з Міжнародною методологією оцінок ризику.

В результаті було показано, що сумарний канцерогенний ризик для здоров'я населення міст, що створюється досліджуваними сполуками, за весь період спостережень розглядається як високий, незалежно від промислового профілю міст, і потребує заходів щодо його зниження. Установлено зв'язок між рівнем забруднення повітряного середовища хімічними канцерогенами та характером онкологічної захворюваності населення. За величиною показника канцерогенного ризику сполук проведено їх ранжування, де найбільш небезпечними є нітрозаміни, хром, бензол. Визначено, що сумарний індивідуальний канцерогенний ризик впливу тільки 9 канцерогенів сягає $4,6-9,2 \cdot 10^{-3}$.

Встановлено провідну роль часової залежності у формуванні захворюваності на окремі форми раку від чинників забруднення довкілля (показано, зокрема, що прояв аерогенного навантаження окремих канцерогенів проявляється для раку легені через 7 років, щитоподібної залози — через 10, шлунка та сечового міхура — через 8). Розраховані коефіцієнти регресії дозволяють прогнозувати зміни показників екологічно обумовленої захворюваності на окремі нозологічні форми раку при зміні рівня забруднення. Отримані дані дозволяють науково обґрунтувати конкретні заходи щодо зменшення впливу цих речовин на людину.

38. Шляхи вдосконалення механізмів впровадження інноваційних технологій діагностики та лікування злоякісних новоутворень

І.В. Шепеленко, Т.В. П'ятчаніна, О.С. Дворченко, В.Ф. Чехун
 Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології
 ім. Р.Є. Кавецького НАН України, Київ

Специфіка інноваційного процесу в медицині і, зокрема, в онкології, полягає в орієнтуванні на стратегічно нові принципи — індивідуалізацію діагностики і лікування, що потребує вузької спеціалізації виробництва зі збереженням високої специфічності та наукоємності продуктів. Інноваційна політика впровадження біотехнологій в інтересах практичної охорони здоров'я потребує вирішення проблем медичного, соціально-економічного, законодавчого характеру.

На даному етапі для цього необхідно здійснити наступні кроки: провести інвентаризацію і створити базу даних перспективних технологій і віртуальних центрів їх використання для пошуку спільного інвестора; створити і сертифікувати за міжнародними стандартами напівпромислові лабораторні центри; посилити координацію виконання національних і міжнародних досліджень з метою ефективного використання фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів; розробити загальну систему наукових і технічних стандартів біопрепаратів; розробити прозору систему стимулювання і залучення потенціалу молодих дослідників; створити службу маркетингу та інформаційно-аналітичного моніторингу нових технологій; визначити чіткі правила партнерських відносин дослідник—виробник—ринок; створити систему підготовки фахівців — розробників і користувачів наукомісткої продукції; удосконалити існуючу законодавчу базу для своєчасного впровадження нових технологій з урахуванням необхідності створення індивідуальних діагностиків та лікарських засобів; суворо дотримуватися норм біоетики і принципів класичної медицини з позиції «не нашкодь».

Сучасні пріоритетні технології медико-біологічного призначення підготовлені до практичного впровадження або знаходяться на стадії вдосконалення, такі як: естракорпоральна обробка плазми крові на основі її фотохімічної деконтамінації і глибокого адсорбційного очищення із застосуванням наносорбентів; використання нанотехнологій для підвищення таргетної дії протипухлинних препаратів; створення і функціонування клініко-інноваційних центрів консультування онкологічних пацієнтів і їх родичів; створення референтної лабораторії з діагностики лімфопроліферативних захворювань; конструювання нових засобів біотерапії — окремі

прикладі результатів застосування інноваційної політики ІЕПОР, спрямованої на впровадження результатів у практику лікувальних установ онкологічного профілю країни.

39. Порівняльна характеристика стану ураження злоякісними новоутвореннями міського та сільського населення України

*І.Б. Щепотін, З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко, Л.О. Гулак,
 А.Ю. Рижов, Є.Л. Горюх, О.В. Сумкіна, Л.Б. Куценко*
 Національний інститут раку, Київ

Проведено дослідження динаміки онкоепідеміологічного процесу в Україні з метою виявлення особливостей його розвитку в міській та сільській популяції за статеві-віковими ознаками. Динамічні та структурні особливості показників захворюваності на рак обчислено на основі персоніфікованої інформації Національного канцер-реєстру України із застосуванням методів дескриптивної епідеміології, медичної та математичної статистики. Проведено дослідження 825 тис. випадків раку, зареєстрованого в Україні у 2002–2007 рр. та ретроспективних даних про захворюваність у 1969–1972 рр.

Урбанізація спричинила значні міграційні процеси та перерозподіл в соціальній структурі населення — зростання до 68% чисельності міської популяції, що відображається на рівні та структурі онкологічної захворюваності. Показники захворюваності на ЗН чоловічого міського населення перевищували такий у сільського, перш за все, за рахунок колоректального раку та новоутворень сечостатевої системи у 1,5 раза.

Проте пріоритетними в структурі обох груп населення залишаються ЗН легені, шлунка, шкіри та передміхурової залози. Всі показники захворюваності на рак жіночого міського населення стабільно перевищували такі в сільській популяції, що особливо виражено в останнє десятиріччя. Найбільше переважає в структурі жіночої захворюваності міста, порівняно з селом, ЗН молочної залози у 1,7 раза, тіла матки і яєчника у 1,2 раза, колоректального раку у 1,5 раза і лише ЗН шийки матки більш поширені у мешканок села. Найвищі щорічні темпи приросту показника захворюваності чоловічого населення як міста, так і села, зареєстровані при ЗН нирки (до 14%), меланомі шкіри (понад 14%), нирки (13,2–14,0%), передміхурової залози (до 12%). У жіночого населення найвищий щорічний приріст показника захворюваності відмічено при ЗН щитовидної залози (до 16%) та меланомі шкіри (до 18%).

Результати дослідження науково обґрунтовують пріоритети в організації протиракової боротьби в Україні з урахуванням соціально-економічної та гендерної приналежності населення.