

следуемых гормонов. Пределы содержания Р4 в 18 из 20 образцов колебались от 50 до 184 нг/г тк, уровень Т – от 28 до 54 нг/г тк, ДНЕА – от 60 до 173 нг/г тк. Так же как и в случае аденокарциномы желудка мы не обнаружили наличия значимых количеств Е2. Колебание содержания АКТГ в ткани перстневидноклеточного рака и его перифокальной зоны составило от 225 до 320 нг/г тк.

**Выводы.** Полученные предварительные результаты позволяют говорить, что в ткани перстневидноклеточного рака и его перифокальной зоны имеет место эктопический синтез гормонов, имитирующий синтез стероидов в коре надпочечников. Это согласуется с иссле-

дованиями, показавшими, что опухоли желудка способны секретировать широкий спектр гормонов и биологически активных веществ, включая АКТГ, и подтверждает причастность перстневидноклеточного рака к гормонзависимым опухолям. Хотя патогенез эктопической секреции гормонов злокачественными опухолями в настоящее время остается невыясненным, полученные предварительные результаты указывают на отличительные черты развития перстневидноклеточного рака желудка, в какой-то мере объясняющие особенности его метастазирования, сходные со злокачественными новообразованиями яичников.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 1998 ПО 2008 Г.

**А.Г. СИНЯКОВ, Т.А. ГАЙСИН, А.А. ТУРУНЦЕВА**

*ГЛПУ ТО «Областной онкологический диспансер», г. Тюмень*

Злокачественные заболевания молочной железы в последние годы прочно занимают первое место в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований женского населения в РФ.

**Цель исследования** – изучение динамики заболеваемости и смертности от рака молочной железы (РМЖ) на территории Тюменской области.

Проведена ретроспективная оценка уровня и динамики заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований молочных желез среди женского населения Тюменской области. В 1998 г. в Тюменской области впервые зарегистрировано 586 больных РМЖ, в 2008 г. – 881, абсолютный прирост за 10 лет составил – 49%. Динамика «грубых» показателей заболеваемости за истекший период составила от 37,07 до 51,86 на 100 тысяч женского населения. Стандартизированные показатели заболеваемости (мировой стандарт населения) изменялись от 32,37 (по РФ – 37,36) до 39,9 (42,74 – по РФ) на 100 тыс. женского населения.

В 1998 г. число больных с впервые в жизни установленным диагнозом РМЖ I–II стадии составило 322 человека (54,9%), III стадии – 143

(24,4%), IV стадии – 70 (12 %). В 2008 г. число больных с впервые в жизни установленным диагнозом РМЖ I–II стадии составило 599 человек (68%), III стадии – 181 (20,5%), IV стадии – 81 (10 %). Таким образом, за период с 1998 по 2008 г. отмечается сдвиг показателей, минимальные показатели в 1998 г. с последующим ростом заболеваемости и увеличением в структуре удельного веса пациентов с ранними стадиями заболевания к 2008 г., на 23,9% за счет уменьшения взятых на учет запущенных стадий РМЖ – III стадии на 16%, IV стадии – на 20 %, что свидетельствует об улучшении качества диагностики. Значительный рост показателя морфологической верификации от 83,1% до 95,6% обусловлен совершенствованием материально-технической базы диагностической службы в онкологии.

Показатели одногодичной летальности и смертности являются наиболее значимыми, т.к. характеризуют потери от РМЖ. Динамика показателя одногодичной летальности при РМЖ в Тюменской области составила от 10,8% в 1998 г. до 6,2 % в 2008 г. (темп убыли – 43%). По России этот показатель в 2007 г. составил 6,2%. «Грубый» показатель смертности варьировал от

17,17 в 1998 г. до 20,06 в 2008 г. (по России от 26,9 до 29,91) на 100 тысяч женского населения, стандартизованный показатель смертности изменился за 10 лет от 15,16 в 1998 г. до 18,91 в 2008 г. (по России – от 37,36 до 42,74) на 100 тысяч женского населения.

За истекший период, благодаря внедрению высокотехнологичных методов лечения, прежде всего, на базе Тюменского областного онкологического диспансера, количество состоящих под наблюдением больных с РМЖ выросло почти в 2 раза, рост показателя наблюдаемой пятилетней выживаемости в данной популяции – от 47,9% в 1998 г. до 52,32% в 2008 г. Благодаря принятой программе по профилактике онкологических

заболеваний и внедрению современных методов скрининговых обследований в женской популяции (маммография) количество активно взятых на учет с РМЖ возросло за 10 лет от 8% до 25,8%.

Таким образом, за период 1998–2008 гг. при достоверном росте заболеваемости пациентов с РМЖ на территории Тюменской области благодаря совершенствованию методов профилактики, диагностики и лечения удалось достигнуть значительного снижения показателей запущенности, однодневной летальности и добиться увеличения пятилетней выживаемости среди данной группы больных.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛОКО-РЕГИОНАРНЫХ РЕЦИДИВАХ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

**А.В. СНЕЖКО, В.Ф. КАСАТКИН, Ю.А. ФОМЕНКО, И.Н. ВОБЛЫЙ,  
В.Х. АНАПОЛЯН**

*ФГУ «РНИОИ Росмедтехнологий», г. Ростов-на-Дону*

**Цель исследования** – определить тактику лечения рецидивного рака прямой кишки на основании клинического материала Ростовского НИИ онкологии

**Материал и методы.** В Ростовском НИИ онкологии в период с 1997 по 2007 г. по поводу рецидива рака прямой кишки (РРПК) получали хирургическое лечение 79 пациентов. В 65 (82,2 %) случаях первично опухоль локализовалась в средне-ампулярном отделе прямой кишки. В 60 (75,9 %) случаях первые операции были выполнены в хирургических стационарах общей лечебной сети. Рецидивы рака прямой кишки возникали в сроки от 5 мес до 4 лет после операции.

Внутрикишечные РРПК выявлены в 47% случаев, внекишечные в 53% соответственно. Из 79 больных, оперированных по поводу рецидива рака прямой кишки, в 68 наблюдениях выполнены операции радикального объёма, под которыми подразумевалось полное удаление опухоли в пределах видимо не изменённых тканей. Паллиативные операции выполнены у 7 пациентов, в 4 случаях в связи с распространением процесса объём вмешательства был ограничен

диагностической лапаротомией. У 23 пациентов произведено удаление рецидивной опухоли (обычно в объёме брюшно-промежностной экстирпации). В 45 наблюдениях были выполнены комбинированные брюшно-промежностные экстирпации прямой кишки, из них у 16 в объёме инфралевавторной эвисцерации малого таза.

**Результаты.** Восстановить тазовое дно перитонизацией удалось у 27,5% больных. Для ликвидации образовавшейся послеоперационной раневой полости в малом тазу чаще всего её заполняли мобилизованным большим сальником. При невозможности использования сальника для пластики берем большую поясничную мышцу на сосудистой ножке. Для этого рассекаем париетальную брюшину, забрюшинно мобилизуем правую большую поясничную мышцу, отсекаем её от проксимальной точки фиксации, на сосудистой ножке перемещаем в раневую полость малого таза и фиксируем отдельными узловыми швами к остаткам резецированных мышц тазового дна. В отдельных случаях проводим пластику тазового дна полипропиленовой сеткой. Для этого выкраиваем сетку в соответствии с размерами образовавшейся раневой полости,