

I степени отмечена только в 1 случае, остальные 4 пациента не жаловались на какие-либо неприятные ощущения при приеме пищи. У одного больного возникли боли и дискомфорт за грудиной, которые купировались самостоятельно в продолжение месяца.

Двое больных из этой группы умерли через 2 и 3 месяца от прогрессирования основного заболевания, при этом нарушения проходимости стента у них не отмечалось. Трое больных к настоящему времени живы, срок наблюдения после стентирования составил 2,5, 4 и 6,5 месяца соответственно, проявлений дисфагии за период наблюдения не отмечено.

Таким образом, эндопротезирование адекватно восстанавливает энтеральное питание у больных с местно-распространенным раком пищевода, обеспечивая улучшение качества жизни в первые месяцы после операции и позволяет проводить химиолучевое лечение.

#### Литература

1. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А. *Оперативная эндоскопия пищевода*. — М., 1999.
2. Долгушин Б.И., Черкасов В.А., Литвинов Р.П. // *Мед. визуализация*. — 2002. — №4. — С. 60—67.
3. Кувшинов Ю.П., Поддубный Б.К., Ефимов О.Н. и др. // *Совр. онкология*. — 2000. — Т. 2, № 3. — С. 72-78.
4. Мамонтов А.С., Соколов В.В., Верещагин В.Г. // *Паллиативная медицина и реабилитация*. — 2003. — №2. — С. 88-89.
5. Соколов В.В., Мамонтов А.С., Чиссов В.И. и др. // *Сб. тезисов 6-го Московского междунар. конгр. по эндоскопической хирургии*. — М., 2002. — С. 355—356.
6. Странадко Е.Ф., Мешков В.М., Толстых М.П. // *Рос. онкол. журн.* — 2000. — № 6. — С. 39-42.

7. Щербаков А.М., Симонов Н.Н., Канаев С.В. и др. // *Практическая онкология*. — 2003. — Т.4, № 2. — С. 91-98.
8. Щербаков А.М., Аванесян А.А. // *Рос. онкол. журн.* — 2005. — №1. — С. 54-56.
9. Shimi S.M. // *Semin. Laparosc. Surg.* — 2000. — Vol. 7, No. 1. — P. 9-21.
10. Guitron A., Adalid R., Barinagarrementeria R. et al. // *Rev. Gastroenterol. Mex.* — 1998. — Vol. 63, No. 4. — P. 198-203.
11. Siersema P.O., Hop W.C., Dees J. et al. // *Gastrointest. Endosc.* — 1998. — Vol. 47, No. 2. — P. 113-120.
12. Mayoral W., Flelscher D., Salcedo J. et al. // *Gastrointest. Enclose.* — 2000. — Vol. 51, No. 5. — P. 556-559.
13. Iwasaki Y., Nakajima Y., Nosaka S. et al. // *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi.* — 1996. — Vol. 58, No. 14. — P. 1071-1072.
14. Congoy T., Kaminsky M.C., Peiffert D. et al. // *Rev. Med. Intern.* — 2000. — Vol. 21, No. 1. — P. 58-73.

Поступила в редакцию 13.09.05.

#### RESTORATION OF THE ESOPHAGUS AT THE INOPERABLE CANCER BY STENTING

A.A. Polezhaev, A.N. Tutolmina, O.V. Pererva, A. Yu. Mirotvortseva, O.A. Semenov  
Vladivostok State Medical University, Primorsky Regional Oncological Clinic, Far Eastern Medical Center (Vladivostok)  
Summary — The first experience of the esophagus stenting at oncological patients is generalized. In 14 cases the prosthetics by plastic stent, in 5 — by metal Z-stent is done. 10 patients have died of progressing of the oncological process within 9 months. Authors mark, that eno-prothesis adequately restores enteral feeding at patients with the local-spread esophagus cancer, providing improvement of quality of life in the first months after surgery, and allows carrying out the chemotherapy and radiology treatment.

*Pacific Medical Journal*, 2005, No. 4, p. 73-74.

УДК618.11+618.14+618.19]-006.6-035.2-02-07(571.62)

И.А. Марущак, В.Г. Дьяченко

### ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАПУЩЕННЫХ СЛУЧАЕВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ХАБАРОВСКА

Родильный дом № 4 (г. Хабаровск),  
Дальневосточный государственный медицинский университет (г. Хабаровск)

*Ключевые слова:* злокачественные новообразования, диагностика.

Существующая амбулаторно-поликлиническая система диагностических и профилактических мероприятий по выявлению рака на ранних стадиях, реализуемая на Дальнем Востоке в последние годы, является малоэффективной — регулярные и обязательные профилактические осмотры проходят только 32—37% женского населения. Первичная диагно-

стика рака яичников, рака молочной железы и рака тела матки смещена в стационары [1, 2]. В структуре амбулаторной гинекологической помощи отсутствует направление, связанное с проблемой перименопаузы, где реализуется наиболее значимая патология, на долю которой приходится более 70% причин женской смертности, в том числе от запущенных форм рака женских половых органов [3]. Отсутствуют программы гинекологической помощи данной возрастной категории женщин, где в 78,4% реализуются запущенные стадии рака яичника, в 75,9% — рака молочной железы, в 65,2% — рака шейки матки [4, 5]. Не проводится работа по выявлению «факторов риска» у женщин перименопаузального периода. Существующая организационная структура и система диагностики онкологических заболеваний не способна обеспечить эффективное и раннее выявление злокачественных новообразований.

В г. Хабаровске сформировалась тенденция к росту числа запущенных форм злокачественных новообразований женской репродуктивной сферы. Показатель

Таблица 1

Удельный вес злокачественных новообразований репродуктивной сферы у женщин различных возрастных групп, %

Опухоль	20-35 лет, n=20	36-45 лет, n=43	46-55 лет, n=115	56-65 лет, n=110	66-75 лет, n=75	76 лет и более, n=43
Рак молочной железы	1,5±2,7	9,8±4,5	31,4±4,3	27,5±4,2	20,1±4,6	9,8±4,5
Рак шейки матки	11,2±7,0	16,8±5,7	27,1±4,1	22,4±3,9	15,9±4,2	6,5±3,8
Рак тела матки	-	5,6±3,5	22,2±3,9	33,3±4,5	16,7±4,3	16,7±5,7
Рак яичника	5,9±5,3	4,4±3,1	26,5±4,1	30,9±4,4	19,1±4,5	11,8±4,9
Прочие	9,1±6,4	9,1±4,4	-	27,3±4,2	9,1±3,3	45,5±7,6

Таблица 2

Частота появления первых признаков злокачественных новообразований женской репродуктивной системы, %

Срок появления первых признаков заболевания	Злокачественное новообразование			
	молочной железы, n=212	шейки матки, n=107	тела матки, n= 18	яичников, n=68
До 1 года	19,3±2,7	14,4±3,4	38,9±4,7	58,8±5,9
1–2 года	25,9±3,0	24,6±4,2	33,3±4,6	23,5±5,1
2 года и более	54,7±3,4	61,0±4,7	27,8±4,3	17,6±4,6

заболеваемости (на 100 тыс. женского населения) здесь вырос с 308,7 в 2003 г. до 334,6 - в 2005 г. Одногодичная летальность в 2005 г. составила 26,7% (в 2004 г. — 21,1%). Распространенность запущенных форм достигла 25,5%, в т.ч. при раке молочной железы — 35,5% и при раке шейки матки — 47,1%. Показатель 5-летней выживаемости по отдельным локализациям опухолей женской половой сферы достиг 56,5%. Основной проблемой здесь была поздняя диагностика злокачественных новообразований в амбулаторно-поликлинических учреждениях и рост числа запущенных форм рака. Все вышеизложенное указывает на необходимость углубленного изучения причин поздней диагностики онкопатологии женской репродуктивной системы.

Цель настоящего исследования состояла в анализе особенностей формирования запущенных случаев онкопатологии женской репродуктивной системы и оценке возможностей организационной структуры лечебно-профилактических учреждений в реализации принципа ранней диагностики злокачественных новообразований.

По специально разработанной программе была проанализирована первичная документация лечебно-профилактических учреждений г. Хабаровска. Исследование проводилось методом случайной выборки.

Материалом для работы послужили зарегистрированные случаи онкологических заболеваний женской репродуктивной системы по данным протоколов запущенных случаев злокачественных новообразований (всего 406 протоколов). Для статистической обработки результатов использовали компьютерную базу данных в программе Excel 5.0.

Оценку достоверности данных выполняли с помощью общепринятых методов статистики (критерий Стьюдента).

По возрастной категории наибольшее количество женщин (28,3%) относилось к 46–55 годам, 27,1% к возрасту 56–65 лет, 18,5% — к 66–75 годам. Молодых женщин (20–35 лет) было 4,9%, а пожилых (76–90 лет) — 10,3%. Средний возраст заболевших — 57,7 лет. Анализ документации показал, что в более молодом возрасте (36–45 лет) развивались раки молочной железы и шейки матки. С увеличением возраста женщин увеличивается и число заболевших, достигая максимальных показателей по ракам молочной железы и шейки матки в 46–55 лет и по ракам тела матки и яичников — в 56–65 лет (табл. 1).

Всего по анализируемым документам заболевших раком молочной железы было 52,2%, раком шейки матки — 26,4%, раком тела матки — 4,4%, раком яичников — 16,7%, на прочие локализации пришлось 2,7% случаев.

При экспертной оценке документации выяснено, что наибольшая частота появления первых клинических признаков заболевания в течение 1-го года отмечено женщинами при раках яичника и тела матки. Признаки раков молочной железы и шейки матки в этот срок наблюдались значительно реже. Частота появления первых признаков патологических изменений нарастала при длительности заболевания более 2 лет, и они проявлялись у значительного количества женщин при раках шейки матки и молочной железы (табл. 2).

Представляет интерес рассмотрение частоты обследования специалистами лечебно-профилактических учреждений пациенток на основании жалоб.

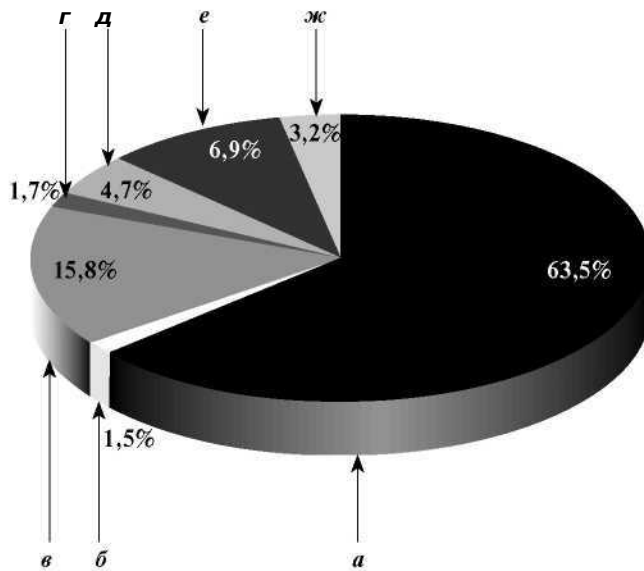


Рис. 1. Структура причин поздней диагностики злокачественных новообразований женской половой сферы:  
 а — несвоевременное посещение врача; б — неполное стационарное обследование; в — отсутствие диспансерного наблюдения; г — ошибочные лабораторные данные; д — неполное диспансерное наблюдение; е — ошибки диагностики; ж — неполное амбулаторное обследование.

Была обследована 381 больная, проведено 679 исследований (в среднем 1,8 исследования на 1 пациентку). Диагностические мероприятия были использованы не в полном объеме, особенно при диагностике раков молочной железы и яичников. Ультразвуковое исследование с диагностической целью было проведено только 44,3% больных раками молочной железы и яичников, маммография — 25% больных раком молочной железы, пункция молочных желез при наличии показаний проводилась всего в 24,5% случаев. Выскабливание полости матки и цервикального канала с целью ранней диагностики раков шейки и тела матки выполнено у 21,6% пациенток с патологией данной сферы.

Анализ протоколов запущенных случаев свидетельствует, что диагностические мероприятия, используемые для постановки и подтверждения диагноза, проводились не в полном объеме и не соответствовали стандарту обследования женщин в лечебно-профилактических учреждениях. Основными причинами поздней диагностики явились неполное обследование в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах терапевтического профиля, ошибки врачей и недостоверные заключения цитологического обследования, неполноценное диспансерное наблюдение и обследование женщин, имеющих фоновую и предраковую патологию (в отдельных случаях свыше 10 лет), а также отсутствие регулярного диспансерного наблюдения за женщинами, состоявшими на учете, но не посещавшими медучреждения (рис. 1).

Анализ причин поздней диагностики злокачественных новообразований женской половой

сферы также показал, что 30—32% случаев здесь связаны с предотвратимыми ошибками медицинских работников. Так, у 42,6% больных отмечались метастазы в регионарных лимфоузлах, у 50,4% женщин первые признаки онкопатологии, в том числе и увеличение лимфоузлов, появлялись в течение 1—2 лет от начала заболевания. Это указывает на недооценку осмотра лимфоузлов специалистами различных служб на стадии амбулаторного приема и даже при нахождении в стационаре. Возникновение в 10 случаях «синхронного рака» во второй молочной железе, по нашему мнению, является следствием несоблюдения стандарта диспансерного наблюдения, отсутствия регулярного осмотра обеих грудных желез и отражением недостаточного уровня подготовки врачей.

Данные системного анализа протоколов запущенных случаев злокачественных опухолей репродуктивной системы женщин позволяют сделать вывод о том, что на всех без исключения этапах оказания медицинской помощи допускаются отклонения от стандартов обследования, диспансерного наблюдения и лечения. Причиной этого в первую очередь является недостаточная подготовка врачей первичного звена и «узких» специалистов лечебно-профилактических учреждений г. Хабаровска по вопросам ранней диагностики злокачественных новообразований женской репродуктивной сферы.

#### Литература

1. Гаврилов А.С., Мерекина Л.И., Семенкова С.В. // Сибирский медицинский журнал. — 2002. — № 4. — С. 34-35.
2. Жордания К.И. // Русский медицинский журнал. — 2002. — № 24. — С. 1095-1102.
3. Заридзе Д.Г. // Вопросы онкологии. — 2002. — № 4. — С. 489-495.
4. Полякова О.В. // Поликлиника. — 2001. — № 3. — С. 42-43.
5. Харитонова, Т.В. // Современная онкология. — 2004. — №2. — С. 51-54.

Поступила в редакцию 09.08.05.

#### THE SPECIFIC FEATURES OF THE LATE-STAGED CASES OF MALIGNANT TUMORS OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM AT WOMEN OF Khabarovsk I.A. Marushchak, V.G. Dyachenko

Maternity Hospital No. 4, Far Eastern State Medical University, (Khabarovsk)

**Summary** — The analysis of reports of the late staged cases of the malignant tumors in women has allowed authors to conclude that there are deviations from standards of diagnostics, control and treatment on all without exception stages of medical help. The reason of it, first of all, is insufficient education of primary care physicians and specialists of medical-treatment institutions of Khabarovsk on problem of early diagnostics of tumors of female reproductive sphere.