

УДК 616-006.04-053.3(575.2) (04)

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

Ч.Д. Рысбекова – соискатель,
А.Р. Жумабаев – докт. мед. наук, проф.,
Э.К. Макимбетов – докт. мед. наук, проф.

In clause the analysis of children's morbidity of malignant tumors in Osh region of Kyrgyz Republic is submitted. Performed research testifies to necessity of differential approach at learning malignant tumors of children, in opposite of adults.

Исследование краевых особенностей распространения опухолей у детей имеет большое теоретическое значение для выяснения этиологии и патогенеза. В практическом аспекте оно вооружает органы здравоохранения ценным материалом для научно обоснованного планирования сети онкологических учреждений и проведения целенаправленных противораковых мероприятий.

Число заболевших злокачественными опухолями детей увеличивается во всем мире. Вызвано это воздействием как внешних, так и внутренних факторов. Летальность от злокачественных новообразований в экономически развитых странах мира занимает второе место после несчастных случаев. Особая актуальность при этом заключается в установлении связи между тератогенезом и онкогенезом, географической вариабельности распространения злокачественных новообразований в детской популяции.

Ошская область расположена на высоте от 500 до 7000 м в южной части Кыргызской Республики на стыке двух величайших горных систем – Тянь-Шаня и Памир-Алая, занимая часть Ферганской долины на севере и Алайскую долину на юге. Территория области составляет 29,2 тыс. км². На севере она граничит с Республикой Узбекистан и Джалал-Абадской областью, на западе – с Баткенской областью,

на юге – с Республикой Таджикистан и на востоке – с Китайской Народной Республикой и Нарынской областью.

Территория области делится на 7 административно-территориальных районов: Алайский, Араванский, Кара-Суйский, Кара-Кулджинский, Ноокатский, Узгенский и Чон-Алайский. В области имеются 3 города и 2 поселка городского типа, 79 айыл кенешей и 467 сельских населенных пунктов. Административный центр области – г. Ош. В общей численности населения области 43,4% составляют дети и подростки, 49,6% – лица трудоспособного возраста и 7% – старше трудоспособного возраста.

Цель исследования: изучение заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей и возможного выделения фактора риска и связи его с особенностями и закономерностями распространения.

Учитывая то, что официальные отчетные данные не содержат информации о значительной части заболевших, на первом этапе исследования нами проведено уточненное изучение онкологической заболеваемости, а также структура злокачественных новообразований у детей Ошской области. За изучаемый период (1998–2003 гг.) выявлено 135 детей, с впервые учтенным диагнозом злокачественного новообразования. Процент недоучета в Ошской облас-

ти составил 26,6, что свидетельствует о занижении детской онкологической заболеваемости, регистрируемой официальной статистикой. Это сопоставимо с данными по другим регионам СНГ, где приводилось уточненное эпидемиологическое изучение онкологической заболеваемости у детей, причиной которого является отсутствие детской онкологической службы региона.

Исследования, проведенные Э.К. Макимбетовым с соавт. показали, что заболеваемость злокачественными новообразованиями у детей примерно на 30% выше, чем установлено на основании официальных отчетов [1]. Среднегодовые показатели заболеваемости у детей в Ошской области составляют 52,2 на 1 млн. детской популяции и являются низкими по сравнению с другими данными. Относительно низкая заболеваемость у детей злокачественными опухолями в регионе, возможно, обусловлена низкой урбанизацией и индустриализацией, отсутствием развитой онкологической службы, а также преобладанием детей коренных этнических групп по сравнению с другими областями республики.

Из анамнеза жизни детей, страдающих онкологическими заболеваниями, выявлено, что 65% отцов и матерей – моложе 30 лет. У ближайших родственников 8,3% пациентов с опухолями и 23,2% детей с лейкозами и злокачественными лимфомами. Лишь 12% заболевших детей родились от физиологически правильно протекавшей беременности. В 78% случаев рождению заболевшего ребенка предшествовали медицинские аборт, выкидыши, мертворождения, внематочная беременность. Течение данной беременности у каждой 3-й женщины осложнялось токсикозом, угрозой выкидыша, кровотечениями, инфекционными заболеваниями. В свою очередь, 40% детей родились с различной патологией: недоношенными, с энцефалопатией, родовыми травмами, пороками развития и т.д.

В структуре онкологической заболеваемости преобладали лейкозы (51,8%), затем неходжкинские лимфомы (8,1%) и опухоли почек (7,4%). Гемобласты составили больше половины всех случаев злокачественных новообразований в детском возрасте (69,9%). В Кыргызстане диагностика лейкозов и злокаче-

ственных лимфом у детей остается неудовлетворительной, так как подавляющее число больных детей (74,3%) поступают в специализированную клинику с запущенными формами [2]. Основными причинами высокой запущенности является недоступность квалифицированной онкологической помощи, слабые знания врачей общего профиля, низкая культура родителей. Без осмотра врача-онколога в Кыргызстане умирает 25% детей, больных лейкозом.

При изучении эпидемиологии детских злокачественных новообразований установлен высокий удельный вес гемобластозов в структуре онкологической заболеваемости, составляющих около половины всех опухолей у детей. Сравнительно высокая частота гемобластозов также представляет глобальную закономерность, поскольку зафиксирована во всем мире.

Среди солидных новообразований у детей чаще встречались опухоли почки, нейробластома, костные опухоли. Опухоли головного мозга и других отделов нервной системы (нейробластома), по данным нашего исследования, составили 3,7%, опухоли почки – 7,4%, что подтверждает существующее в литературе мнение о почти одинаковой величине данного показателя и на разных территориях возможного использования его в качестве так называемого “ракового индекса детства”.

Еще Innis в 1973 г. определил, что показатель 7% для нефробластомы является достаточно точным, и назвал его “раковым индексом детства”. Он полагал, что, зная число больных нефробластомой в данном регионе, можно с большой точностью установить число всех больных детей злокачественными новообразованиями в этом регионе.

Однако, как показал обзор последних лет, в частности 2-й выпуск бюллетеня МАИР 1998 г. [3] и при этих новообразованиях у детей отмечается значительная географическая вариабельность в частоте и структуре заболеваемости. В экономически развитых странах мира опухоли головного мозга, наряду с лейкозами, являются наиболее распространенными, и составляют в структуре онкологической заболеваемости 14,3–23,9%. В развивающихся странах удельный вес этих новообразований невелик, и колеблется от 1,2% до 7,8%. В оте-

качественной литературе указывается на сравнительно небольшой удельный вес опухолей ЦНС; в структуре детской онкологической заболеваемости для Центральноазиатских республик он составляет 10,5–12,0%, а в центральных регионах России – 11,0%. Обращает на себя внимание то, что заболеваемость основными формами злокачественных новообразований у мальчиков выше, чем у девочек. Соотношение по полу составило 1:2.

Практически при всех формах злокачественных новообразований по Ошской области показатели заболеваемости у детей сельской популяции были выше, чем городской.

При изучении показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей в зависимости от этнического происхождения было выявлено, что заболеваемость детей кыргызов выше, чем узбеков. Характерно повышение риска заболеваемости ретинобластомой, что, вероятнее всего, связано с высокой рождаемостью и наличием кровных браков в этих популяциях.

Заболеваемость детей злокачественными новообразованиями в различных возрастных группах была неодинаковой. Для младшей возрастной группы характерны высокие уровни заболеваемости ретинобластомой, опухолями яичка, лейкозом (у мальчиков), нейробластомой. В старшем возрасте как у мальчиков, так

и у девочек зарегистрированы высокие уровни заболеваемости лимфомами, опухолями костей, герминогенными опухолями яичника у девочек. Во всех возрастных группах мальчики заболевали чаще, чем девочки.

Необходимо отметить, что этиология злокачественных опухолей у детей изучена недостаточно. Однако имеются убедительные доказательства о наличии внешних и внутренних факторов, воздействующих на организм матери и ребенка.

Проведенное эпидемиологическое исследование свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода при изучении онкологической заболеваемости у детей в отличие от взрослых.

Литература

1. Макимбетов Э.К., Камарли З.П., Мень Т.Х. и др. Эпидемиология злокачественных опухолей в Кыргызстане. – Бишкек: КРСУ, 2001. – 203 с.
2. Байзакова Д.О. Лейкозы и злокачественные лимфомы у детей (распространенность, клиническое течение, эффективность онкологической помощи): Автореф. дисс.... докт. мед. наук. – М., 2000.
3. Kramarova E., Parkin A. International incidence of childhood cancer // IARS. – Scientific publication. – 1998. – №144. – 380 p.