

На правах рукописи

Сулейманова Наида Даировна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ
ОРГАНОВ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва - 2016

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Дагестанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор
Гаджиев Рашид Сейфиевич

Официальные оппоненты:

Сырцова Людмила Ефимовна, доктор медицинских наук, профессор, профессор Высшей школы управления здравоохранением Института профессионального образования ГБОУ ВПО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Халястов Игорь Николаевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры медицинской статистики и информатики ГБОУ ДПО "Российская медицинская академия последипломного образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Зеленова Ольга Владимировна, доктор медицинских наук, заведующая отделением экономической оценки качества медицинской помощи ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «28» октября 2016 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д.208.110.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава РФ) по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава РФ по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11 и на сайте института: http://www.mednet.ru/images/stories/files/replay/Suleymanova_text.pdf

Автореферат разослан « ____ » _____ 2016 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Т.П.Сабгайда

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Злокачественные новообразования (ЗН) женской половой сферы являются сложной и чрезвычайно актуальной проблемой онкологии, обусловленной стабильно высокой заболеваемостью и смертностью больных.

Удельный вес вновь выявленных ЗН женских половых органов (рак тела матки, шейки матки и яичников) в России в 2014 г. составил 17,3% от числа всех злокачественных опухолей, а в структуре общей онкологической смертности доля их составила 15,5% (Каприн А.Д. и соавт., 2015). В динамике как показатели заболеваемости, так и показатели смертности от ЗН женских половых органов имеют тенденцию к росту (Кулаков В.И., Тохиян, 2001; Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2002; Сидоренко Ю.С., 2010; Чиссов В.И. и соавт., 2010; Аксель Е.М., 2012; Doll R., 1998). Вместе с тем, от 60 до 70% больных из числа с впервые в жизни установленным диагнозом генитального рака в амбулаторно-поликлинических условиях все еще выявляются в запущенных стадиях, что увеличивает финансово-экономические затраты, направленные на лечение и реабилитацию больных (Марущак И.А., 2006).

Проблемы ЗН женских половых органов по континентам, странам и даже областям одной и той же страны имеют существенные особенности, что обусловлено различной значимостью повсеместно действующих экзо- и эндогенных (в том числе и этнических) факторов риска онкогинекологических опухолей (Урманчеева А.Ф. и соавт., 2001; Харитоновна Т.В., 2002; Ушакова Т.И. и соавт., 2002; Савченков Ф.М. и соавт., 2007; Игисинов Н.С., Умаралиева У.Г., 2008; Новикова Е.Г. и соавт., 2008; Сидоренко Ю.С., 2010; Борисенков М.Ф., Анисимов В.Н., 2011; Greonlu R.T., Murrau T. et al, 2000).

Республика Дагестан (РД) имеет целый ряд специфических климатогеографических, этнических факторов, а также факторов антропогенной деятельности. На территории площадью 50,3 тыс. кв. км проживает население численностью около 2,7 млн. человек со сложным этническим составом (33 народности). Республика имеет ярко выраженные климатогеографические особенности – высотно-климатические пояса (зоны) (равнинная, предгорная и горная) от 16 до 3000 м и больше над уровнем

моря, а также южный, центральный и северный регионы, существенно отличающиеся по экологическим факторам: интенсивности солнечной радиации, уровню температуры и парциального давления кислорода, этносу, образу жизни, социальным факторам, а также видам и интенсивности хозяйственной деятельности населения (Хачиров Дж.Г. и соавт., 1999; 2001). Эти отличительные факторы, сложившиеся в ходе исторического и эволюционного процесса в регионе, не могут не сказываться и на особенностях внутренних процессов жизнедеятельности макроорганизмов, в том числе и на течении онкогинекологических заболеваний. Следовательно, РД может служить моделью для изучения природно-антропогенных и этнических особенностей распространения ЗН женских половых органов. Изучение экологической эпидемиологии ЗН половой сферы у женщин в уникальном по климато-географическому разнообразию регионе позволит выявить наиболее неблагоприятные территории, группы населения, факторы риска, играющие определенную роль в этиопатогенезе неопластического процесса указанной локализации, что может быть использовано при разработке научно обоснованных профилактических мероприятий в региональных условиях.

Некоторые характеристики заболеваемости ЗН женской половой сферы в РД освещались в традиционном плане в единичных работах (Хачиров Дж.Г., 1995; Алиханова И.Д., Даниялов М.А., 2001; Шихнабиева Н.Д., 2006). Однако в них затрагивались только отдельные её стороны без учета стадий заболевания, этнической принадлежности, влияния природно-географических и антропогенных факторов на динамику выживаемости и смертности от злокачественных новообразований женских половых органов. В настоящее время данная проблема еще далека от полного ее решения и нуждается в дальнейшем в более углубленном исследовании, в разработке и внедрении в практику организационно-профилактических мероприятий и в формировании четких научно-обоснованных программ по изменению онкологической ситуации в РД.

Все вышеизложенное является основанием для необходимости изучения эпидемиологической ситуации по онкогинекологическим заболеваниям, актуальность которой в регионе бесспорна.

Целью исследования явилась комплексная онкоэпидемиологическая

оценка проблем злокачественных новообразований женских половых органов и разработка организационных мероприятий профилактики этих заболеваний в условиях сельской местности Республики Дагестан.

Для решения этой цели мы ставили перед собой следующие **задачи**:

1. Изучить структуру заболеваемости злокачественными новообразованиями половых органов взрослого женского населения сельской местности, экологических зон и административных районов Республики Дагестан за 1987-2006 гг. с учетом стадии заболевания и этнической принадлежности.

2. Изучить выживаемость пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями женской половой сферы в сельской местности Республики Дагестан, за 1997-2006 гг. в зависимости от локализации, стадии заболевания, возраста и этнической принадлежности.

3. Изучить смертность и риск умереть от злокачественных новообразований половой сферы у женщин сельской местности Республики Дагестан за 1997-2006 гг. в зависимости от локализации, возраста и этнической принадлежности.

4. Оценить влияние приоритетных экологических факторов в сельской местности Республики Дагестан (влияние средств химизации сельскохозяйственного производства) на частоту смертности (за 1997-2006 гг.) от злокачественных новообразований женских гениталий с помощью одно- и двухфакторного дисперсионного анализа.

5. Провести медико-географическое картографирование уровней заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований женских половых органов в сельских районах Республики Дагестан.

6. Разработать комплекс организационных мероприятий по профилактике и раннему выявлению онкогинекологических заболеваний для сельской местности Республики Дагестан и провести оценку эффективности внедрения их в практику (за 2011-2014 гг.).

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые на уровне субъекта:

– проведен многолетний эколого-эпидемиологический системный анализ значимости географических и антропогенных факторов в формировании злокачественных новообразований женских половых органов

и смертности от них в условиях Республики Дагестан;

– выявлены уровень и тенденции динамики показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями женских гениталий с учетом стадий заболевания по всем экологическим зонам и административным районам сельской местности Республики Дагестан;

– изучена выживаемость больных генитальным раком и отдельными его формами с учетом их проживания в экологических зонах Республики Дагестан;

– выявлены структура, уровень и тенденции динамики показателей смертности от злокачественных новообразований женских гениталий по всем экологическим зонам и административным районам сельской местности Республики Дагестан;

– изучены эколого-эпидемиологические аспекты заболеваемости, выживаемости и смертности от злокачественных новообразований половых органов в этнических группах женщин сельской местности Республики Дагестан;

– выявлена степень риска смерти от злокачественных новообразований женских гениталий в сельской местности Республики Дагестан в зависимости от интенсивности применения пестицидов и минеральных удобрений;

– научно обоснованы профилактические мероприятия по снижению заболеваемости злокачественными новообразованиями женских гениталий и смертности от них в сельской местности Республики Дагестан;

– определена эффективность внедрения в практику комплекса организационных мероприятий по профилактике и раннему выявлению онкогинекологических заболеваний в Республике Дагестан.

Практическая значимость исследования

Практическая значимость результатов исследования заключается в выявлении территорий повышенного риска заболевания и смерти от ЗН женских половых органов в сельской местности РД, что может быть применено учреждениями практического здравоохранения при организации, планировании, разработке профилактических мероприятий, адресных целевых программ по раннему выявлению и профилактике онкогинекологических заболеваний.

Разработанные и изданные по материалам исследования методические рекомендации: «Комплекс мероприятий по профилактике и раннему выявлению онкогинекологических заболеваний в Республике Дагестан», «Выявление злокачественных новообразований женских половых органов и оказание медицинской помощи онкогинекологическим больным в Республике Дагестан», «Методические рекомендации по организации медицинской помощи женщинам с доброкачественными опухолями женских половых органов», «Методические рекомендации по работе смотровых кабинетов с целью ранней диагностики злокачественных новообразований репродуктивных органов у женщин» имеют большое практическое значение при прогнозе возможной годовой заболеваемости ЗН женских гениталий и смертности от них, а также в онкогинекологической деятельности всех лечебно-профилактических учреждений городов и сельских районов РД в рамках повышения онкологической настороженности медицинских работников и женского населения.

Предложенные научно аргументированные и экономически приемлемые рекомендации по реализации схем профилактики, направленные на повышение эффективности своевременного выявления рака женских гениталий, являются научно-информационной базой для обоснования комплекса мероприятий по ранней диагностике ЗН половой сферы у женщин сельской местности РД, включенных в основу республиканской целевой программы в сфере здравоохранения «О мерах по предупреждению и борьбе с онкологическими заболеваниями в РД на 2011-2015 годы».

Основные положения, выносимые на защиту

1. Региональные особенности заболеваемости, выживаемости и смертности от злокачественных новообразований женских половых органов в сельской местности Республики Дагестан (эколого-эпидемиологические аспекты).
2. Особенности заболеваемости, выживаемости и смертности от злокачественных новообразований женских половых органов в сельской местности Республики Дагестан с учетом этнического фактора.
3. Разработанная с учетом многолетнего эколого-эпидемиологического изучения проблем злокачественных опухолей половых органов женщин

(заболеваемость, смертность, выживаемость в зависимости от антропогенных, географических, этнических факторов) научно-обоснованная система организационных мероприятий профилактики злокачественных новообразований женских половых органов будет способствовать снижению заболеваемости и смертности от рака изучаемых локализаций в условиях сельской местности Республики Дагестан.

Внедрение результатов исследования

Результаты работы внедрены и используются в практической работе ГБУ Министерства здравоохранения (МЗ) РД «Республиканский центр охраны здоровья семьи и репродукции» (РЦОЗСиР). Теоретические положения и практические рекомендации используются при проведении практических занятий и в лекционном курсе на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения, онкологии, общей гигиены и экологии человека, акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ).

Апробация результатов диссертации. Материалы диссертации доложены и обсуждены на: Республиканской научно-практической конференции, посвященной 90-летию проф. М.М. Максудова (Махачкала, 2006); III Республиканской научно-практической конференции «Новые технологии в медицине» (Махачкала, 2006); Республиканской научно-практической конференции, посвященной реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (Махачкала, 2006); II Международной (XI Всероссийской) Пироговской научной студенческой медицинской конференции (Москва, 2007 г.); 58 и 59 научно-практических конференциях молодых ученых и студентов (Махачкала, 2007; 2009); Республиканской научно-практической конференции, посвященной 70-летию кафедры уха, горла и носа (Махачкала, 2007); VI Международной конференции «Инновационные технологии для устойчивого развития горных территорий» (Владикавказ, 2007); Всероссийской конференции гериатров «Здоровье пожилого пациента. Состояние и пути совершенствования гериатрической помощи» (Махачкала, 2008); III региональном научном форуме «Мать и дитя» (Саратов, 2009); Российской научно-практической

конференции с международным участием «Современная онкология: достижения и перспективы развития» (Томск, 2009); научно-практической конференции геронтологов «Гериатрия: достижения и перспективы» (Махачкала, 2009); Всероссийской конференции с международным участием «Охрана репродуктивного здоровья – будущее России» (Белгород, 2010); V региональной конференции молодых ученых-онкологов им. академика РАМН Н.В. Васильева «Актуальные вопросы экспериментальной и клинической онкологии» (Томск, 2010); VI конференции «Фундаментальная онкология – Петровские чтения» (Спб., 2010); конференции студентов и молодых ученых, посвященной памяти проф. И.П. Протасова (Гродно, 2010); Всероссийской научно-практической конференции с Международным участием «Современное состояние диагностики, лечения и реабилитации в онкогинекологии» (Спб., 2010); Республиканской научно-практической конференции «Проблемы экологической медицины» (Махачкала, 2012); Межрегиональной научно-практической конференции «Современное состояние и перспективы развития онкологической помощи в различных климатогеографических зонах» (Якутск, 2012); Всероссийской научно-практической конференции «Инновации в образовании и медицине» (Махачкала, 2014); IX и X Международных (XVIII и XIX Всероссийских) Пироговских научных медицинских конференциях студентов и молодых ученых (Москва, 2014; 2015); VIII Съезде онкологов и радиологов СНГ Евразии (Казань, 2014), 63-й научной конференции молодых ученых и студентов «Аспирантские чтения» (Махачкала, 2015).

Работа прошла апробацию на заседании Ученого Совета ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ (Ростов-на-Дону, 2011), межкафедральной конференции кафедр акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов, онкологии с курсом усовершенствования врачей, общей гигиены и экологии человека и НИИ экологической медицины при ГБОУ ВПО «Даггосмедакадемия» МЗ РФ (Махачкала, 2016).

Работа выполнена в соответствии с планом научных исследований НИИ экологической медицины при ГБОУ ВПО «Даггосмедакадемия» МЗ РФ (2007-2012 гг.).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 14.02.03 – «общественное здоровье и здравоохранение».

Публикации. По теме диссертации опубликовано 35 научных работ (из них 18 – в журналах, включенных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий), изданы 1 монография и 4 методические рекомендации.

Личный вклад автора. Автором лично составлены план и программа исследования, разработаны его методика и первичные учетные документы. Вклад автора в сбор материала – 100%, в его обработку – 94%. Полученные данные полностью проанализированы и обобщены лично автором. Представленные все научные публикации написаны самостоятельно, а также в соавторстве при личном вкладе не менее 95%. В целом вклад автора превысил 96%.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 267 страницах компьютерного набора, состоит из введения, основной части диссертации, включающей 7 глав, а также заключения, выводов и практических рекомендаций. Диссертация содержит 55 таблиц, 45 рисунков и 11 картограмм. Список использованных источников включает 250 наименований: 142 русскоязычных и 108 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Исследование проведено на основе сплошного статистического наблюдения всех случаев рака женских половых органов (трех основных локализаций – шейки матки, тела матки, яичников; прочих локализаций – вульвы, влагалища, маточных труб и хорионкарциномы) за период 1987-2006 гг. (20 лет).

Информация о ЗН получена из учетно-отчетной документации Республиканского онкологического диспансера (РОД) Министерства здравоохранения РД: контрольной карты диспансерного наблюдения онкологического больного (форма № 030-6/У) и медицинской карты стационарного больного (истории болезни). Пофамильно были выкопированы все учетные случаи злокачественных опухолей женских гениталий за изучаемый период.

Территория сельской местности РД была зонирована с учетом природных экологических факторов, приоритетной хозяйственной деятельности: по оси восток-запад территория была разделена на горную, предгорную и равнинную экологические зоны (высота над уровнем моря в республике колеблется от 26 до 3000 м и больше), а по оси север-юг – на северную (только на равнине), центральную и южную экологические зоны.

Определялись интенсивные показатели (ИП) заболеваемости и смертности от ЗН женских гениталий (по совокупности, по основным и прочим формам в отдельности) на 100 тыс. женского населения и экстенсивные показатели. Для расчета выживаемости на популяционном уровне использовался актуариальный (динамический) метод с учетом вероятной продолжительности жизни и использованием таблиц смертности населения. За начало точки отсчета взята дата начала заболевания. Комплекс критериев выживаемости вычисляли по стандартным для регистров методикам в модификации Мерабишвили В.М. и соавт. (2000).

Показатели заболеваемости, выживаемости и смертности от ЗН женских гениталий вычислялись по каждому сельскому району, по экологическим зонам, по сельской местности, по городам и по республике в целом, а также по каждому этносу – за каждый год, по пятилетиям (за 1987-1991 гг., 1992-1996 гг., 1997-2001 гг., 2002-2006 гг.), по десятилетиям (за 1987-1996 гг., 1997-2006 гг.) и за 1987-2006 гг. ИП по пятилетиям и десятилетиям условно обозначили как среднегодовые (соответственно за пяти- и десятилетие), а за 1987-2006 гг. – как среднемноголетние.

При анализе динамики годовых ИП вычисляли: тренд (коэффициент регрессии) и его стандартную ошибку; среднегодовой темп прироста (СТП); базовый показатель прироста (БПП) (отношение ИП за 2006 г. к показателю 1987 г.); относительный риск (ОР) заболеть, связанный с местом жительства: ОР1 – относительный риск по отношению к уровню заболеваемости на остальной территории республики, ОР2 – для каждого района и для каждой экологической зоны относительно всей сельской местности.

Для изучения особенностей онкоэпидемиологической ситуации по РД в сравнительном аспекте с Российской Федерацией (РФ) и Южно-

Федеральным округом (ЮФО) анализированы отчетные формы Федеральной службы Государственной статистики по РД.

С целью оценки этнических особенностей ЗН половой сферы у женщин сельской местности РД вся исследуемая выборка была разбита по основным этническим признакам: русские в РД, аварский, даргинский, кумыкский, лезгинский, лакский, табасаранский, ногайский, рутульский, агульский этносы. Население их составляло 80% всего сельского женского населения республики.

В число экофакторов химической природы была включена интенсивность применения пестицидов и минеральных удобрений. Интенсивность применения пестицидов оценивали по территориальной нагрузке (кг действующего вещества на 1 га площади сельскохозяйственных угодий) и ассортиментному индексу территориальной нагрузки (средний оценочный балл, умноженный на территориальную нагрузку конкретного препарата), а минеральных удобрений – по территориальной нагрузке.

Номенклатуру минеральных удобрений составили 4 (азотсодержащие, фосфорные, калийные и суммарные), пестицидов – 72 наименования, представляющие 10 химических групп. В зависимости от интенсивности действия изучаемых факторов сельские районы РД нами были сгруппированы – группы включали от 3 до 15 районов.

Влияние на заболеваемость экофакторов химической природы оценивали при помощи одно- и двухфакторного дисперсионного анализа. При расчетах использовали алгоритм А.Н. Плохинского (1980) для неравномерного двухфакторного дисперсионного комплекса. Вычисляли долю влияния, корреляционное отношение и критерий Фишера для каждого фактора в отдельности, а также для их сочетанного и суммарного действия.

Информацию о количестве применявшихся средств химизации и их номенклатуре получили из банка данных приоритетных экофакторов сельской местности РД кафедры общей гигиены и экологии человека Даггосмедакадемии. Информация о площадях сельхозугодий по республике взята из данных Министерства сельского хозяйства РД, о численности населения республики, городов и сельских районов – из данных Федеральной службы Государственной статистики по РД.

Для проведения статистического анализа материала исследования были

использованы программы Visual FoxPro 3.0, MS Excel 2010, MS Access 2.0.

Результаты исследования

За 20 лет (1987-2006 гг.) на территории РД среди взрослого женского населения зарегистрирован 4821 случай заболевания ЗН половых путей (в среднем 241 случай в год).

В структуре ЗН половых органов у женщин как сельской, так и городской местности за 1987-2006 гг. первое место занимал рак шейки матки (соответственно 8,6 и 11,6), второе – рак яичников (5,5 и 8,0) и третье – рак тела матки (2,9 и 5,6) (рис. 1).

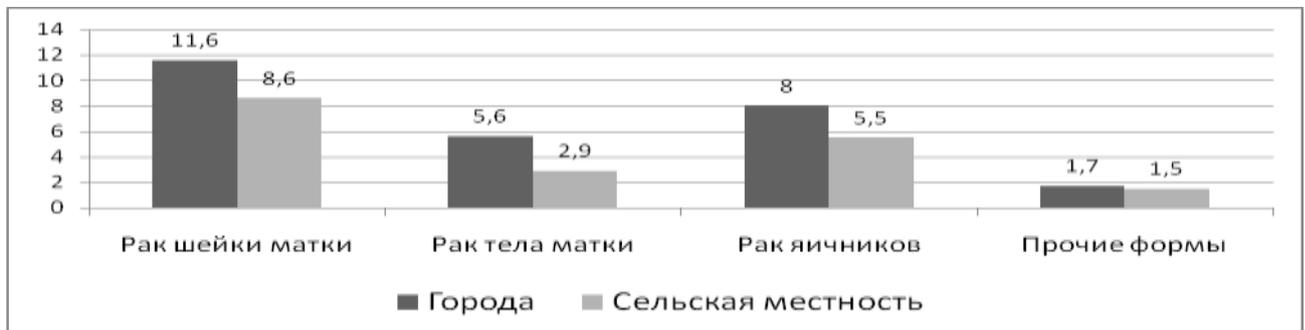


Рис. 1. Среднемноголетние (1987-2006 гг.) ИП заболеваемости ЗН шейки матки, тела матки, яичников и прочими формами у жительниц городов и сельской местности РД (на 100 тыс. женского населения)

Уровень заболеваемости среди сельских женщин (среднемноголетний ИП заболеваемости 18,4 на 100 тыс. женского населения) достоверно ниже ($P < 0,05$), чем среди городских (27,1). Однако анализ годовых, среднегодовых ИП заболеваемости по пятилетиям и десятилетиям показывает более значительный рост их у женщин сельской местности по сравнению с женщинами, проживающими в городах. Базовый показатель прироста заболеваемости по сельской местности составил 1,41 (годовой ИП вырос с 17,7 в 1987 г. до 20,2 в 2006 г.), по городам – 0,84 (ИП снизился с 33,9 до 28,5). Среднегодовой ИП по пятилетиям по сельской местности вырос на 22,4% (с 16,1 за 1987-1991 гг. до 19,7 за 2002-2006 гг.), по городам – на 7,3%

(с 26,0 до 27,2), по десятилетиям – соответственно на 21,9% (с 16,6 за 1987-1996 гг. до 20,2 за 1997-2006 гг.) и 6,1% (с 26,3 до 27,9) (рис. 2).

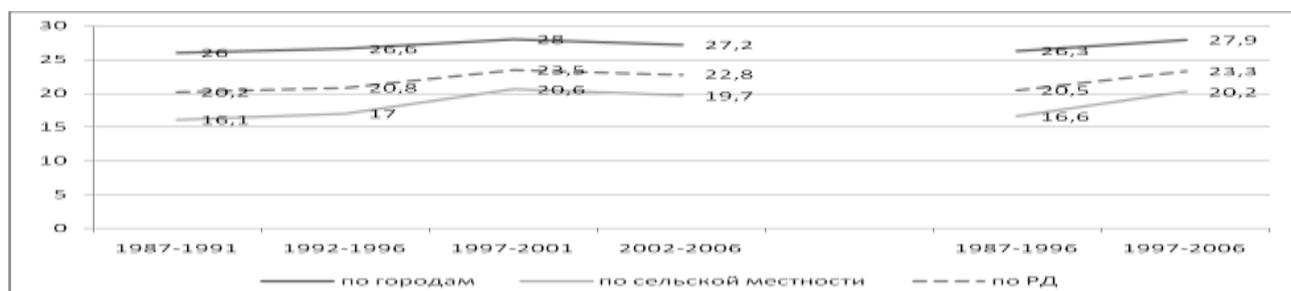


Рис. 2. Среднегодовые ИП по пятилетиям и десятилетиям заболеваемости ЗН половых органов на 100 тыс. женского населения (по РД, городам и сельской местности)

Отмечалась неравномерность показателей заболеваемости по экологическим зонам сельской местности – наиболее высокая заболеваемость выявлялась у жительниц равнинной экологической зоны (среднегодовой ИП – 20,9 на 100 тыс. женского населения) и особенно по ее северной части (23,3), самая низкая заболеваемость – у жительниц южной зоны (14,8) и особенно предгорных районов (12,9) (рис. 3).

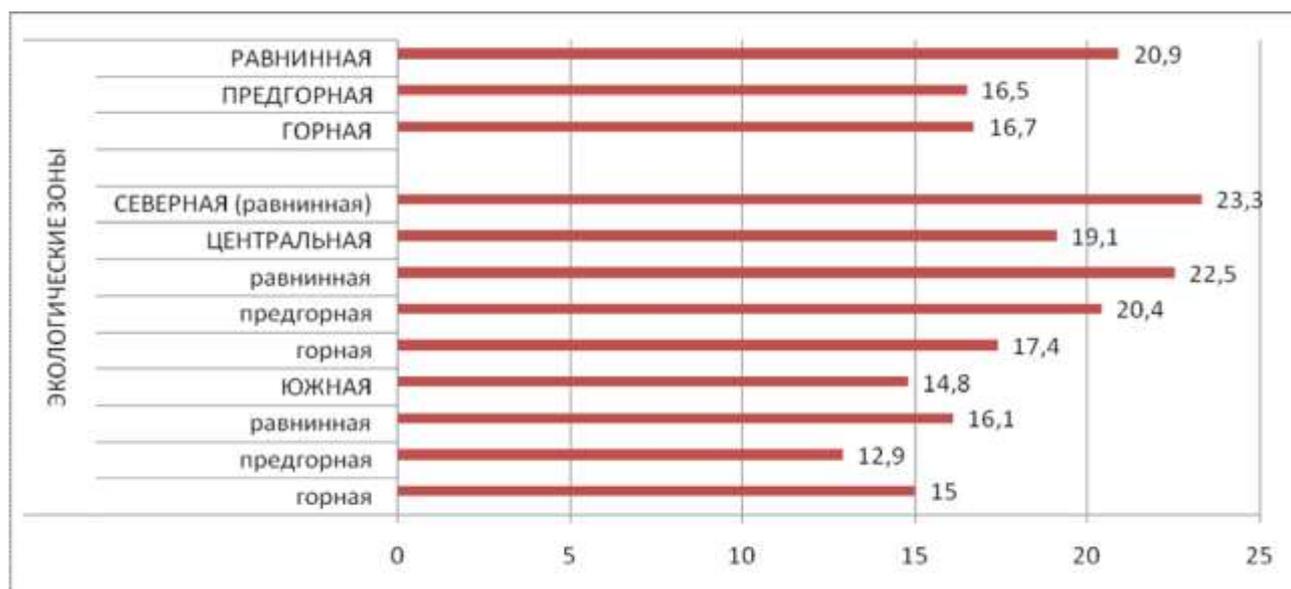


Рис. 3. Среднегодовые (1987-2006 гг.) ИП заболеваемости ЗН женских гениталий экологических зон сельской местности РД (на 100 тыс. женского населения)

За анализируемый период среднегодовые ИП заболеваемости по пятилетиям по всем экологическим зонам сельской местности имели тенденцию к росту. По равнинной зоне среднегодовой показатель вырос на 20,9% (с 18,2 за 1987-1991 гг. до 22,0 за 2002-2006 гг.), по предгорной зоне – на 17,8% (с 14,6 до 17,2) и горной зоне – на 17,5% (с 15,4 до 18,1). При этом самый высокий рост ИП зарегистрирован у жительниц южной равнинной зоны – прирост составил 74,4% (с 12,1 до 21,1), северной равнинной зоны – 13,4% (с 20,1 до 22,8), центральной равнинной зоны – 4,2% (с 21,6 до 22,5).

Среди сельских районов самые высокие показатели заболеваемости отмечались у женщин: по равнинной зоне – в Бабаюртовском (29,0 на 100 тыс. женского населения), Кизлярском (28,9), Кумторкалинском (28,0), Кизилюртовском (24,9) и Тарумовском (23,0) районах, по предгорной зоне – в Буйнакском (23,4) районе, по горной зоне – в Чародинском (23,3) и Цумадинском (23,0) районах.

Показателем, характеризующим своевременность выявления заболевания и определяющим прогноз его течения, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики (стадия заболевания). За период 1997-2006 гг. в республике у 8,4% больных генитальным раком не была установлена стадия заболевания. При анализе случаев ЗН половых органов с установленной стадией доля рака с 0 стадией составила 1,0%, с I стадией – 11,0%, со II стадией – 37,3%, с III стадией – 41,3% и с IV стадией – 9,4% (рис. 4).

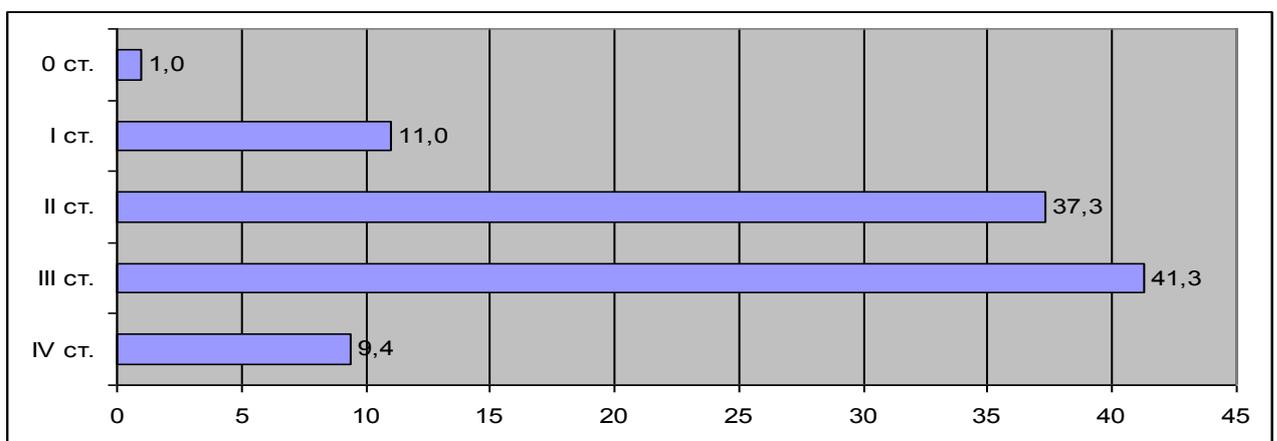


Рис. 4. Распределение случаев впервые выявленных ЗН женских половых органов в РД по стадиям за 1997-2006 гг. (в %)

Как известно, III и IV стадии ЗН визуальных локализаций, в частности рака шейки матки, относят к запущенным стадиям заболевания, а при раке тела матки и раке яичников к запущенным формам относят больных с IV стадией. Тем не менее, III-IV стадии заболевания следует рассматривать как поздние стадии онкологического процесса. В Республике Дагестан за 1997-2006 гг. ЗН женских половых органов в 50,7% случаев диагностировались в поздних стадиях (среднемноголетний ИП – 10,9 на 100 тыс. женского населения), что превышает показатель по России (40,7%) и ЮФО (42,5%). При этом ИП заболеваемости с III стадией снизился на 15,5% (с 9,7 до 8,2), а с IV стадией вырос в 2,5 раза (с 1,1 до 2,7) (рис. 5). В целом доля больных с поздними стадиями выросла на 6,7%. В то же время, реальный показатель запущенности в республике выше, так как необходимо учитывать долю больных из числа с впервые в жизни установленным диагнозом, у которых за анализируемый период стадия не установлена. По последнему показателю РД превосходила ЮФО и РФ (по РД стадия не установлена в 8,4% случаев; по ЮФО – в 3,0%, по РФ – в 3,0% случаев).



Рис. 5. Годовые ИП с III и IV стадиями ЗН женских половых органов за 1997-2006 гг. (на 100 тыс. женского населения)

Анализ ЗН женских половых органов по стадиям в зависимости от места жительства показал, что доля запоздалых случаев у жительниц сельской местности выше, чем у жительниц городов. Среднемноголетний ИП заболеваемости генитальным раком с III-IV стадиями по сельской местности составил 10,0, а по городам – 12,4 на 100 тыс. женского населения. Из общего числа впервые выявленных больных за 1997-2006 гг. (2581 случай) на долю III-IV стадий в сельской местности приходилось

27,8% (с III стадией – 22,6% и с IV стадией – 5,2%), а в городах – 23,0% (с III стадией – 18,8% и с IV стадией – 4,2%) (рис. 6).

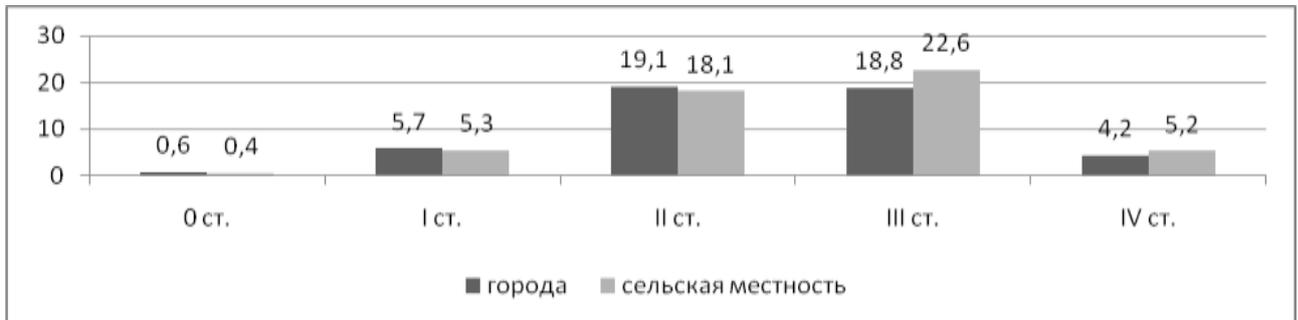


Рис. 6. Распределение случаев ЗН женских половых органов по стадиям (в %) в сельской местности и по городам РД за 1997-2006 гг.

При сравнительном анализе экологических зон сельской местности самый высокий показатель поздних стадий был зарегистрирован в центральной предгорной зоне (12,2), а самый низкий – в южной горной зоне (7,5). ИП III-IV стадий распространенности ЗН в центральной предгорной зоне на 22,0% превосходил таковой в целом по сельской местности. Высокая заболеваемость с поздними стадиями ЗН половых органов у женщин также отмечалась в равнинной зоне – среднемноголетний ИП III-IV стадий заболеваемости составил 11,2 (9,3 с III стадией и 1,9 с IV стадией) на 100 000 женского населения (в северной равнинной зоне – 11,6, в центральной равнинной зоне – 10,9 и в южной равнинной зоне – 10,8).

Среди жительниц РД с впервые выявленными ЗН женских гениталий максимальная доля III-IV стадий наблюдалась у женщин в возрастных группах до 18 лет (65,2%) и 70 лет и старше (64,9%). В возрастной группе 18-29 лет удельный вес поздно диагностированных больных составлял 51,3%, 30-39 лет – 43,7%, 40-49 лет – 50,0%, 60-69 лет – 49,3%.

Среднемноголетние ИП с поздними стадиями распространенности ЗН половых органов у женщин сельской местности преобладали над аналогичными показателями у городских женщин в возрастных группах 30-39 лет – 8,3 на 100 тыс. женского населения (в городах – 7,7) и 40-49 лет – 24,9 (в городах – 24,3). Отмечалась четкая тенденция к увеличению доли больных с поздними (III-IV) стадиями опухолевого процесса у жительниц

сельской местности в возрасте 50-59 лет (с 28,7 в 1997-2001 гг. до 33,9 в 2002-2006 гг., т.е. на 18,2%).

Результаты анализа 10-летней скорректированной и наблюдаемой выживаемости больных ЗН женских половых органов за 1997-2006 гг. показали, что показатели выживаемости коррелируют со сроками диспансерного наблюдения больных, т.е. с каждым последующим годом наблюдения показатели как наблюдаемой, так и скорректированной выживаемости больных уменьшаются (рис. 7). В целом общая 1-летняя выживаемость больных составила около 85%, 2-х летняя – около 70%, к 7-8-му году показатель выживаемости стал менее 60%, к десятому году составил чуть выше 50%.

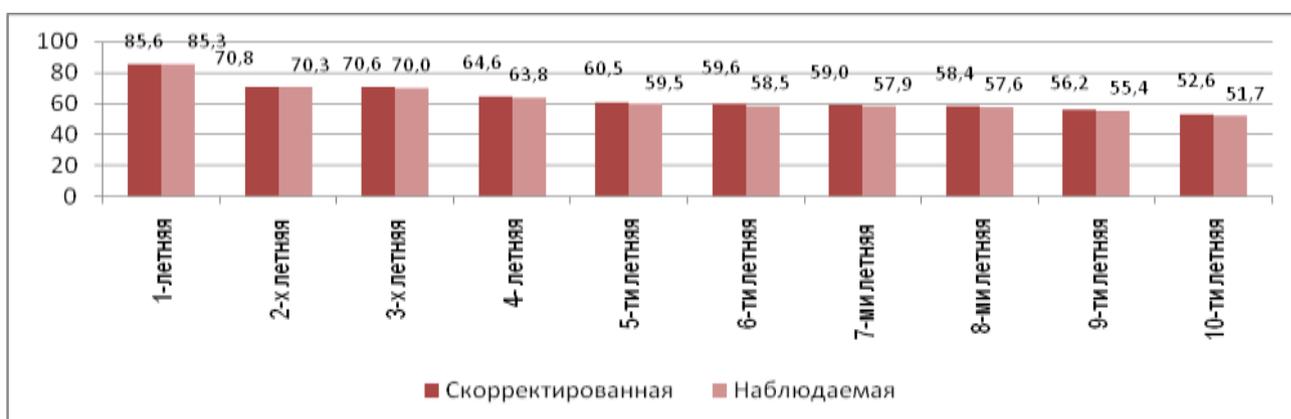


Рис. 7. Усредненные показатели (%) скорректированной и наблюдаемой выживаемости онкогинекологических больных РД за 1997–2006 гг.

При I стадии заболевания показатели 5-летней наблюдаемой и скорректированной выживаемости составили соответственно 75,9% и 84,6%, при II стадии – 71,0% и 73,8%, при III стадии – 44,4% и 45,9%, при IV стадии – 21,3% и 22,1%. Около 70,0% больных с I стадией и около 60,0% со II стадией заболевания жили 10 лет и более. В то же время, более половины онкогинекологических больных с III стадией заболевания не живут свыше 4-х лет, а выживаемость больных с IV стадией резко (до 25%) уменьшается после первого года наблюдения.

При анализе выживаемости больных от конкретной локализации ЗН женских гениталий наиболее высокая 10-летняя выживаемость отмечалась у

больных раком тела матки (наблюдаемая – 60,7%, скорректированная – 62,7%), затем у больных раком шейки матки (соответственно 48,1% и 50,1%), а наименьшая – у больных раком яичников (соответственно 43,8% и 45,3%). Показатели наблюдаемой и скорректированной выживаемости у больных с III-IV стадией рака шейки матки, рака тела матки и рака яичников соответственно в 1,7, 1,5 и 1,3 раза были ниже таковых с I-II стадией заболевания.

Показатели наблюдаемой и скорректированной 10-летней выживаемости в возрасте от 18 до 39 лет составили соответственно 61,1% и 62,6%, в возрасте 40-49 лет – 59,3% и 60,2%, 50-59 лет – 53,8% и 54,5%, 60-69 лет – 47,7% и 48,6% и 70 лет и старше – 31,6% и 34,3%, т.е. чем выше возраст, тем ниже выживаемость больных.

Показатели 5-летней наблюдаемой и скорректированной выживаемости у жительниц сельской местности были ниже соответственно на 12,6% и 12,4%, а 10-летней выживаемости – соответственно на 15,1% и 14,8%, чем у жительниц городов.

Показатели 10-летней наблюдаемой и скорректированной выживаемости больных с I стадией заболевания, проживающих в городах, составили соответственно 73,2% и 76,5%, а у больных сельской местности – 65,9% и 68,8%. Аналогичные показатели со II стадией заболевания у городских жительниц – соответственно 70,0% и 71,4%, у сельских жительниц – 46,5% и 48,9%, с III стадией у городских жительниц – 56,2% и 58,3%, у сельских жительниц – 31,5% и 33,8%, с IV стадией у городских жительниц – 34,3% и 36,0%, у сельских жительниц – 14,2% и 16,0%. Худшие показатели выживаемости у сельских женщин с генитальным раком можно объяснить более низким качеством онкогинекологической помощи в сельской местности.

В сельской местности республики самая низкая 5-летняя наблюдаемая и скорректированная выживаемость отмечалась у жительниц горной (соответственно 48,5% и 53,0%) и самая высокая выживаемость – предгорной (63,9% и 65,7%) зон. Показатели 5-летней наблюдаемой и скорректированной выживаемости больных равнинной зоны составили соответственно 54,7% и 56,5%. По оси север-юг самая низкая выживаемость отмечалась в северной равнинной экологической зоне (показатели

наблюдаемой и скорректированной 5-летней выживаемости – соответственно 51,9% и 53,5%, а 10-летней – 42,6% и 31,1%).

Показатели смертности от ЗН половых органов у женщин в известной мере являются производными от показателей заболеваемости и от первоначальной структуры стадий заболевания у выявленных больных. За период с 1997 по 2006 гг. в РД всего было зарегистрировано 1288 случаев смерти женщин от рака половых органов. Средний возраст женщин, умерших от рака гениталий, с 1997 г. по 2006 г. увеличился на 7,5 лет (с 55,6 до 63,1 лет), или 13,5%.

Смертность от ЗН половой сферы у женщин за анализируемый период по республике была в 2 раза ниже (среднемноголетний показатель – 10,8 на 100 тыс. женского населения), чем заболеваемость (21,9). Отношение показателя смертности к показателю заболеваемости в 1997 году составило 0,44, а в 2006 году – 0,49. Эти данные свидетельствуют о тенденции к росту смертности из числа зарегистрированных больных ЗН женских половых органов.

В целом за исследуемый период прирост ИП смертности от онкогинекологических заболеваний составил 17% (с 10,0 в 1997 г. до 11,7 в 2006 г.), а среднегодовых ИП по пятилетиям – 4,8% (с 10,4 до 10,9). Наибольший среднемноголетний ИП смертности отмечался у больных раком шейки матки (4,6 на 100 тыс. женского населения); при раке яичников – 4,0 и при раке тела матки – 1,5.

Среднемноголетний ИП смертности женщин от генитального рака в сельской местности (10,7 на 100 тыс. женского населения) почти не отличался от такового у женщин, проживающих в городах (10,9). В то же время показатель смертности от рака шейки матки у жительниц сельской местности (4,9 на 100 тыс. женского населения) в 1,2 раза превышал таковой у жительниц городов (4,0), а аналогичный показатель при раке тела матки у жительниц городов (2,1) в 2,1 раза был выше, чем у жительниц сельской местности (1,0) (рис. 8). У больных раком яичников и прочими онкогинекологическими заболеваниями, проживающими в городах и сельской местности различия в показателях смертности были несущественными.

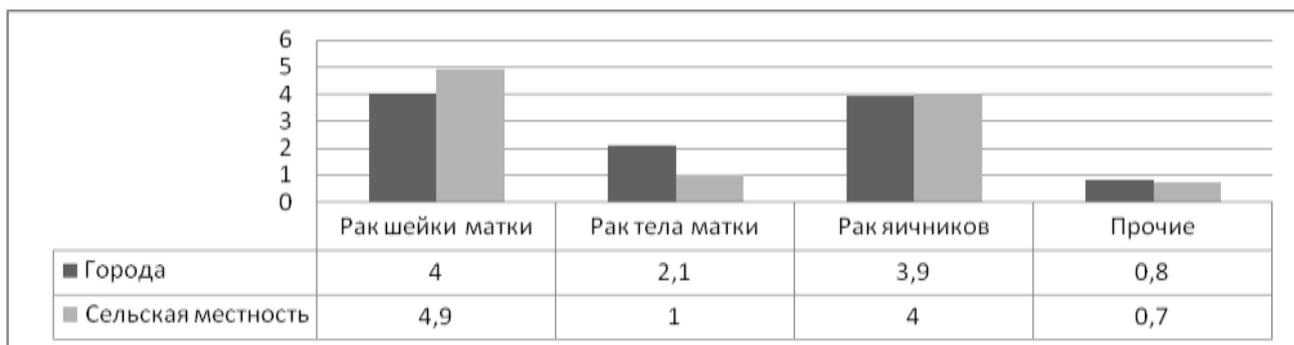


Рис. 8. Среднемноголетние (1997-2006 гг.) ИП смертности от рака шейки матки, тела матки, яичников и прочих ЗН в городах и сельской местности РД (на 100 тыс. женского населения)

Из экологических зон сельской местности худшие показатели смертности выявлялись у жительниц равнинной зоны (среднемноголетний ИП смертности от всех ЗН половых путей – 12,0 на 100 тыс. женского населения) и особенно в северном регионе (13,2). В предгорной зоне среднемноголетний ИП составил 10,9, в горной зоне – 9,1, в центральной зоне – 10,9 и в южной зоне – 9,0. При этом по предгорной и южной экологическим зонам сельской местности отмечался рост показателей смертности от генитального рака, а в равнинной, горной и центральной зонах динамика была отрицательной. БПП по предгорной зоне составил 1,37, по южной – 1,49, по равнинной – 0,92 (северной равнинной – 0,82), по горной зоне – 0,67, по центральной зоне – 0,84.

Наибольший среднемноголетний ИП смертности от рака шейки матки наблюдался у жительниц равнинной зоны (6,0 на 100 000 женского населения), особенно в северной ее части (7,2), а наименьший ИП – у жительниц горной (4,0) и южной (3,2) зон. В то же время у женского населения южной зоны зарегистрирован наибольший рост ИП смертности от рака данной локализации (на 66,7%, с 1,8 до 3,0), а в равнинной, горной и центральной зонах ИП смертности, наоборот, снизились. Наибольший среднемноголетний показатель смертности от рака тела матки отмечался у женщин, проживающих в северной равнинной зоне (1,3) (в предгорной зоне – 1,1, в горной зоне – 1,1), а при раке яичников – по равнинной зоне (4,5); самый низкий – по горной зоне (3,3). Наибольший ИП смертности от прочих онкогинекологических заболеваний отмечался у жительниц

предгорной зоны (1,0), а наименьший – у жительниц северной равнинной зоны (0,3).

Высокие ИП смертности от онкогинекологических заболеваний выявлены по следующим административным районам сельской местности: по равнинной экологической зоне – в Бабаюртовском (20,6), Кумторкалинском (14,7) и Кизлярском (13,7); по предгорной зоне в Казбековском (16,7), Буйнакском (14,9) и Сергокалинском (13,4); по горной зоне – в Чародинском (16,9), Гунибском (16,5), Цунтинском (15,1) и Шамильском (13,5).

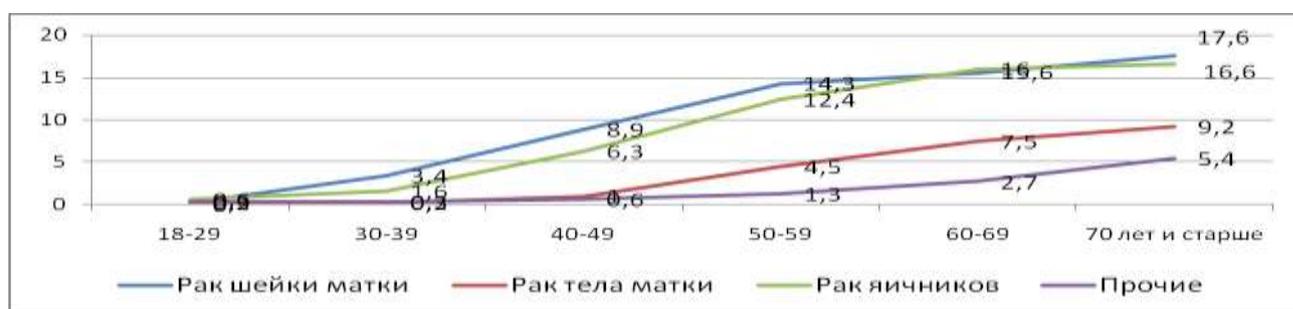


Рис. 9. Среднемноголетние ИП смертности от рака шейки матки, тела матки, яичников и прочих ЗН по возрастным группам (за 1997-2006 гг.) (на 100 тыс. женского населения)

Смертность от ЗН женской половой сферы с увеличением возраста резко росла и достигала максимума в 70 лет и старше (48,7 на 100 тыс. женского населения). У женщин раком шейки матки в возрасте 70 лет и старше ИП смертности составил 17,6, раком яичников – 16,6, раком тела матки – 9,2 и прочими онкогинекологическими заболеваниями – 5,4 (рис. 9).

Среднемноголетние ИП смертности в возрастных группах 18-29, 30-39, 40-49, 50-59 лет у жительниц сельской местности были выше, чем у жительниц городов, а в возрастных группах 60-69 и 70 лет и старше, наоборот, среднемноголетние ИП у жительниц городов превышали таковые у женщин сельской местности. В то же время, у женщин сельской местности в возрасте 70 лет и старше среднегодовой ИП по пятилетиям вырос на 27,6% (с 37,3 за 1997-2001 гг. до 47,6 за 2002-2006 гг.).

Таким образом, отмечен рост ИП смертности от онкогинекологических заболеваний в РД с увеличением возраста, достигающих максимума в 70 лет и старше; интенсивные показатели смертности у жительниц городов и

сельской местности различались несущественно; среди экологических зон сельской местности наиболее неблагоприятная – равнинная зона.

При анализе особенностей заболеваемости ЗН половых органов у этнических групп женского населения сельской местности максимальный среднемноголетний ИП заболеваемости был установлен у женщин русской национальности (27,6 на 100 тыс. женского населения) (1-е ранговое место), наименьший – у табасаранок (7,3) (10-е ранговое место) (рис. 10). Среднемноголетний показатель у женщин кумыкской этнической группы, относящейся к тюркской группе народностей, составил 21,3 (2-е ранговое место), аварской – 19,2 (3-е ранговое место), рутульской – 17,2 (4-е ранговое место), ногайской – 16,8 (5-е ранговое место), лакской – 15,7 (6-е ранговое место), даргинской – 15,4 (7-е ранговое место), лезгинской – 15,0 (8-е ранговое место), агульской – 12,4 (9-е ранговое место).

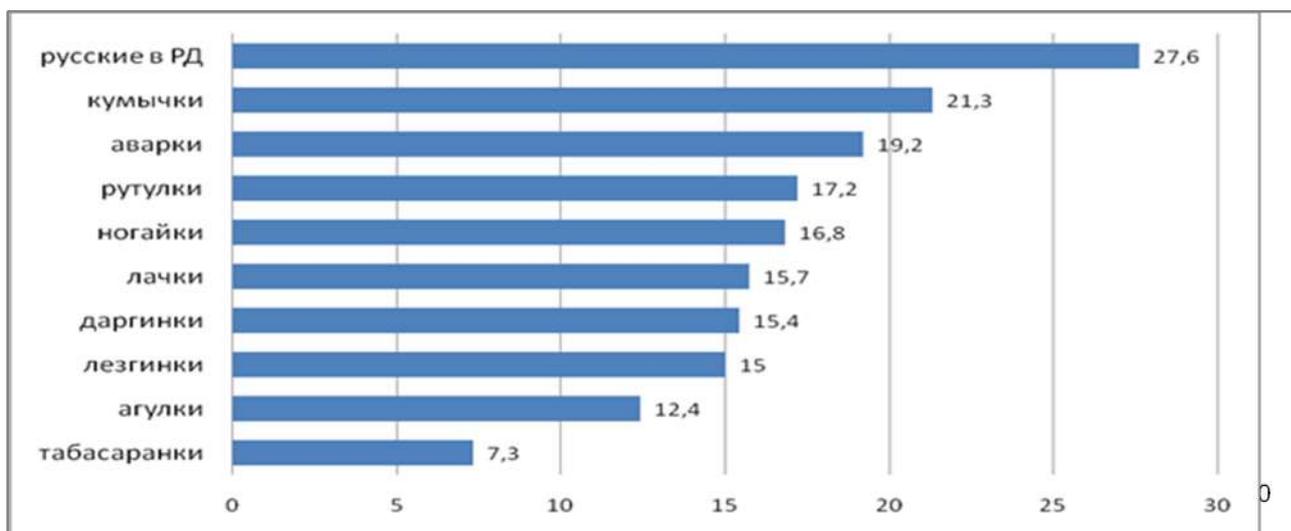


Рис. 10. Ранжированные среднемноголетние показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями женских гениталий у этнических групп сельской местности РД в 1987-2006 гг. (на 100 тыс. женского населения)

Наиболее высокие среднемноголетние ИП заболеваемости раком шейки матки были выявлены у женщин этноса русские в РД (12,4) и у женщин кумыкского этноса (9,6), раком тела матки – у женщин рутульского этноса

(6,0) и русские в РД (4,9), раком яичников – у женщин ногойского этноса (7,5) и этноса русские в РД (7,3); самые низкие показатели заболеваемости раком шейки матки – у женщин даргинского этноса (3,3), раком тела матки – у женщин агульского (не зарегистрирован ни один случай заболеваемости) и табасаранского (0,2) этносов, раком яичников – у женщин агульского (1,1) и табасаранского (2,2) этносов.

Среднемноголетний ИП онкогинекологической заболеваемости для коренных дагестанских этнических групп (без учета этноса – русские в РД) составил 15,6 на 100 тыс. женского населения. Среднемноголетний ИП заболеваемости у женщин этноса русские в РД (27,6) в 1,8 раза превышал аналогичный показатель у женщин дагестанских этнических групп.

У большинства этносов имел место прирост онкогинекологической заболеваемости. В частности, БПП самый высокий у ногоек (3,69), русских в РД (2,16), рутулок (1,57) и лезгинок (1,51). Низкие базовые показатели прироста у даргинок (0,72), у агулок и табасаранок в 2006 г. не зарегистрировано ни одного случая заболевания.

Мы также проводили анализ показателей заболеваемости ЗН половой сферы у женщин разных этнических групп, проживающих в одинаковых экологических условиях, и у женщин одних и тех же этносов, проживающих в различных экологических зонах.

Женщины этноса русские в РД проживают в северных равнинных экологических зонах сельской местности республики. В связи с этим, мы сравнивали ИП онкогинекологической заболеваемости у женщин русские в РД с аналогичным показателем женщин аварского этноса, также проживающих в северных равнинных экологических зонах. Среднемноголетние ИП заболеваемости у женщин сравниваемых этносов были близки друг к другу, однако у женщин этноса русские в РД показатель заболеваемости все-таки был выше (27,6 на 100 000 женского населения), чем у женщин аварского этноса (25,9).

По аналогии с приведенным выше анализом мы рассчитали среднемноголетние ИП заболеваемости ЗН половых органов по этническим группам у аварок (северный регион) и лезгинок (южный регион), проживающих отдельно в равнинной, предгорной и горной экологических зонах сельской местности. При этом была установлена существенная разница в заболеваемости ЗН половых органов: 1) у этнических групп, проживающих в северных (аварки) и южных (лезгинки) экологических зонах сельской местности: на севере она почти в 1,5 раза выше, чем на юге; 2) как у аварок, так и у лезгинок, проживающих в равнинной (соответственно 25,9 и 19,0), предгорной (23,0 и 16,6) и горной (18,3 и 12,0) экологических зонах. Выявленная нами неравномерность распространения ЗН половых органов у женщин одних и тех же этнических групп, проживающих в различных экологических зонах, следует рассматривать как свидетельство влияния на онкогинекологическую заболеваемость природно-антропогенных характеристик экосистемы равнинной, предгорной и горной экологических зон.

Анализ среднемноголетних ИП заболеваемости ЗН половых органов у коренных дагестанок и этноса русские в РД в зависимости от возрастных групп (рис. 11) показал, что у этноса русские в РД показатели заболеваемости по всем возрастным группам превышают таковые у коренных дагестанок, причём до возраста 39 лет более чем в 2 раза, в 40-49 лет – в 1,2 раза, в возрасте 50-69 лет – в 1,5 раза, в возрасте 70 лет и старше – в 2,2 раза.

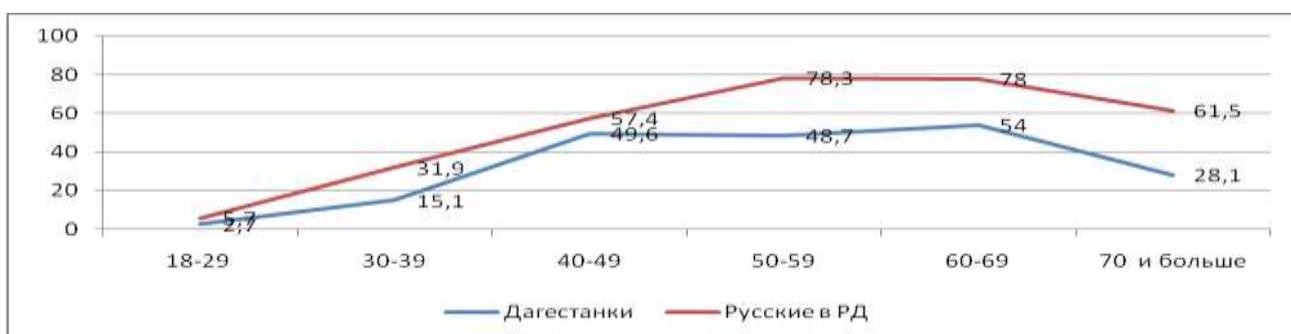


Рис. 11. Среднемноголетние ИП заболеваемости у дагестанок и этноса русские в РД по возрастным группам за 1987-2006 гг. (на 100 тыс. женского населения)

Факт о сравнительно высокой заболеваемости женского населения русского этноса косвенно подтверждают также результаты проведенного нами анализа заболеваемости ЗН женских гениталий в других национальных регионах ЮФО России за 2002-2006 гг.: низкие показатели заболеваемости генитальным раком отмечались в РД (среднемноголетний ИП суммарной заболеваемости раком шейки матки, раком тела матки и раком яичников составил 21,8 на 100 тыс. населения), Кабардино-Балкарской Республике (24,4), Республике Калмыкия (27,8), Карачаево-Черкесской Республике (31,9), Республике Северная Алания (33,6) и Республике Адыгея (35,7), где в основном проживают коренные нерусские национальности, по сравнению с регионами, в которых преобладающими являются русские: Ростовская (40,1) и Волгоградская (38,5) области, Краснодарский (39,8) и Ставропольский (36,4) края. Усредненные среднемноголетние показатели суммарной заболеваемости в 1-й и 2-й группах составили соответственно 29,2 и 38,7 на 100 тыс. населения.

В то же время, у женщин этноса русские в РД отмечались лучшие показатели одногодичной наблюдаемой (87,2%) и скорректированной (87,2%) выживаемости, что в среднем на 2-3% выше, чем у остальных этносов. Различия между коренными этносами – незначительные: показатели одногодичной наблюдаемой и скорректированной выживаемости у женщин аварского этноса составили соответственно 85,0% и 85,0%, даргинского – соответственно 84,2% и 84,2%, кумыкского – 86,0% и 86,0%, лезгинского – 84,3% и 84,5%. Показатели 5-летней наблюдаемой и скорректированной выживаемости (соответственно 62,7% и 63,2%) также наиболее высокие у этноса русские в РД. Самые низкие показатели 5-летней наблюдаемой и скорректированной выживаемости отмечались у женщин кумыкского этноса (соответственно 52,3% и 54,4%), что на 10% ниже показателей у этноса русские в РД. Аналогичные показатели выживаемости у женщин аварского, даргинского и лезгинского этносов отличались несущественно друг от друга. Наиболее высокие показатели 10-летней наблюдаемой и скорректированной выживаемости (соответственно 56,5% и 57,1%) также отмечались у женщин этноса русские в РД, а самые низкие (44,3% и 47,5%) – у женщин кумыкского этноса.

Анализ показателей смертности от ЗН половых органов у этнических групп женского населения РД показал, что наибольший среднемноголетний ИП смертности имеет место у женщин кумыкского (13,9 на 100 тыс. женского населения) и ногайского этносов (12,9), относящихся к тюркской группе народностей. Показатели смертности у женщин даргинского (6,5), рутульского (6,7), табасаранского (6,8) и агульского этносов (8,3) были самыми низкими. У женщин лакского этноса среднемноголетний ИП смертности (10,7) был почти таким же, как у женщин, проживающих в сельской местности РД (10,8). У женщин лезгинского этноса и этноса русские в РД среднемноголетние ИП смертности (соответственно 9,4 и 9,4) были несколько ниже, а у женщин аварского этноса (11,5) – несколько выше показателя смертности женщин в сельской местности.

Наибольший прирост среднегодовых ИП смертности по пятилетиям отмечался у женщин агульского (на 131,9%, с 4,7 в 1997-2001 гг. до 10,9 в 2002-2006 гг. на 100 тыс. женского населения) и лезгинского (на 124%, с 5,8 до 13,0) этносов. Прирост среднегодовых ИП смертности зарегистрирован также у женщин ногайского (на 21,6%, с 11,6 до 14,1) этноса. Среднегодовые ИП по пятилетиям значительно снизились у женщин этноса русские в РД (на 48,4%, с 12,4 до 6,4), а также у женщин рутульского (на 38,1%, с 8,4 до 5,2) и табасаранского (на 26,6%, с 7,9 до 5,8) этносов.

Наиболее высокие среднемноголетние ИП смертности от рака шейки матки установлены у женщин кумыкского этноса (7,6), от рака тела матки – у женщин рутульского (1,9), ногайского (1,8) и лакского (1,8) этносов, от рака яичников – у женщин этноса русские в РД (4,9), кумыкского (4,8) и ногайского (4,6) этносов. Самые низкие ИП смертности от рака шейки матки выявлены у женщин рутульского (не зарегистрирован ни один случай), табасаранского (3,0) и даргинского (3,0) этносов, от рака тела матки – у женщин табасаранского и агульского (не зарегистрирован ни один случай заболеваемости) этносов и от рака яичников – у женщин агульского (2,1) и даргинского (2,8) этносов.

Нами также проведен дисперсионный анализ зависимости смертности от ЗН женских гениталий в сельской местности РД от приоритетных экологических факторов (пестицидов и минеральных удобрений), в отношении которых есть экспериментальные и эпидемиологические

данные, свидетельствующие об их мутагенной и онкогенной активности. Интенсивность применения их в сельской местности республики превышала критический уровень нагрузки в десятки раз и более. Ниже приведены результаты анализа.

Таблица 1

Дисперсионный анализ влияния ассортиментного индекса территориальной нагрузки хлорорганических соединений и суммарной территориальной нагрузки минеральных удобрений на смертность от ЗН женских половых органов в сельских районах РД за 1997-2006 гг.

Экологические факторы	Доля влияния (в %)	Корреляционное отношение	Критерий Фишера	Фкрит. при P=0.95	Вывод
Ассортиментный индекс территориальной нагрузки ХОС	8,26	0,29	3,00	4,22	Влияние фактора не достоверно (P<0,95) Связь слабая
Суммарная территориальная нагрузка минеральных удобрений	17,46	0,42	4,17	3,37	Влияние фактора ДОСТОВЕРНО (P>0,95) Связь средней силы
Сочетанное действие	2,72	0,17	0,50	3,37	Влияние факторов не выявлено
Суммарное действие	28,45	0,53	2,07	2,59	Влияние факторов не достоверно (P<0,95) Связь средней силы

Таблица 2

Дисперсионный анализ влияния ассортиментного индекса территориальной нагрузки фосфорорганических соединений и суммарной территориальной нагрузки минеральных удобрений на смертность от ЗН женских половых органов в сельских районах РД за 1997-2006 гг.

Экологические факторы	Доля влияния (в %)	Корреляционное отношение	Критерий Фишера	Фкрит. при P=0.95	Вывод
Ассортиментный индекс территориальной нагрузки ФОС	0,37	0,06	0,06	4,22	Влияние фактора не выявлено
Суммарная территориальная нагрузка минеральных удобрений	15,13	0,39	3,49	3,37	Влияние фактора ДОСТОВЕРНО (P>0,95) Связь средней силы
Сочетанное действие	4,63	0,22	0,75	3,37	Влияние факторов не выявлено
Суммарное действие	20,13	0,45	3,31	2,59	Влияние факторов ДОСТОВЕРНО (P>0,95) Связь средней силы

Дисперсионный анализ влияния ассортиментного индекса территориальной нагрузки медьсодержащих пестицидов и суммарной территориальной нагрузки минеральных удобрений на смертность от ЗН женских половых органов в сельских районах РД за 1997-2006 гг.

Экологические факторы	Доля влияния (в %)	Корреляционное отношение	Критерий Фишера	Фкрит. при P=0.95	Вывод
Ассортиментный индекс территориальной нагрузки медьсодержащих пестицидов	2,27	0,15	0,80	4,22	Влияние фактора не выявлено
Суммарная территориальная нагрузка минеральных удобрений	16, 17	0,40	3,86	3,37	Влияние фактора ДОСТОВЕРНО (P>0,95) Связь средней силы
Сочетанное Действие	8,11	0,28	1,44	3,37	Влияние факторов не достоверно (P<0,95) Связь слабая
Суммарное Действие	26,56	0,52	2,88	2,59	Влияние фактора ДОСТОВЕРНО (P>0,95) Связь средней силы

Как видно из данных таблиц 1-3, отмечается существенная связь смертности от ЗН женских гениталий в сельской местности РД с суммарной территориальной нагрузкой минеральных удобрений. Влияние фактора на смертность усиливается при суммарном эффекте с ассортиментным индексом территориальной нагрузки фосфорорганических соединений (табл. 2) и медьсодержащих пестицидов (табл. 3).

Таким образом, наше исследование показало, что в сельской местности РД имеются определенные различия в заболеваемости и смертности от ЗН женских половых органов. Проведенный тщательный многофакторный анализ позволил выявить значимую связь этих различий с возрастными-этническими особенностями, а также с природными и антропогенными экологическими факторами.

На основании результатов выполненного исследования в целях установления стабильного снижения показателей заболеваемости и

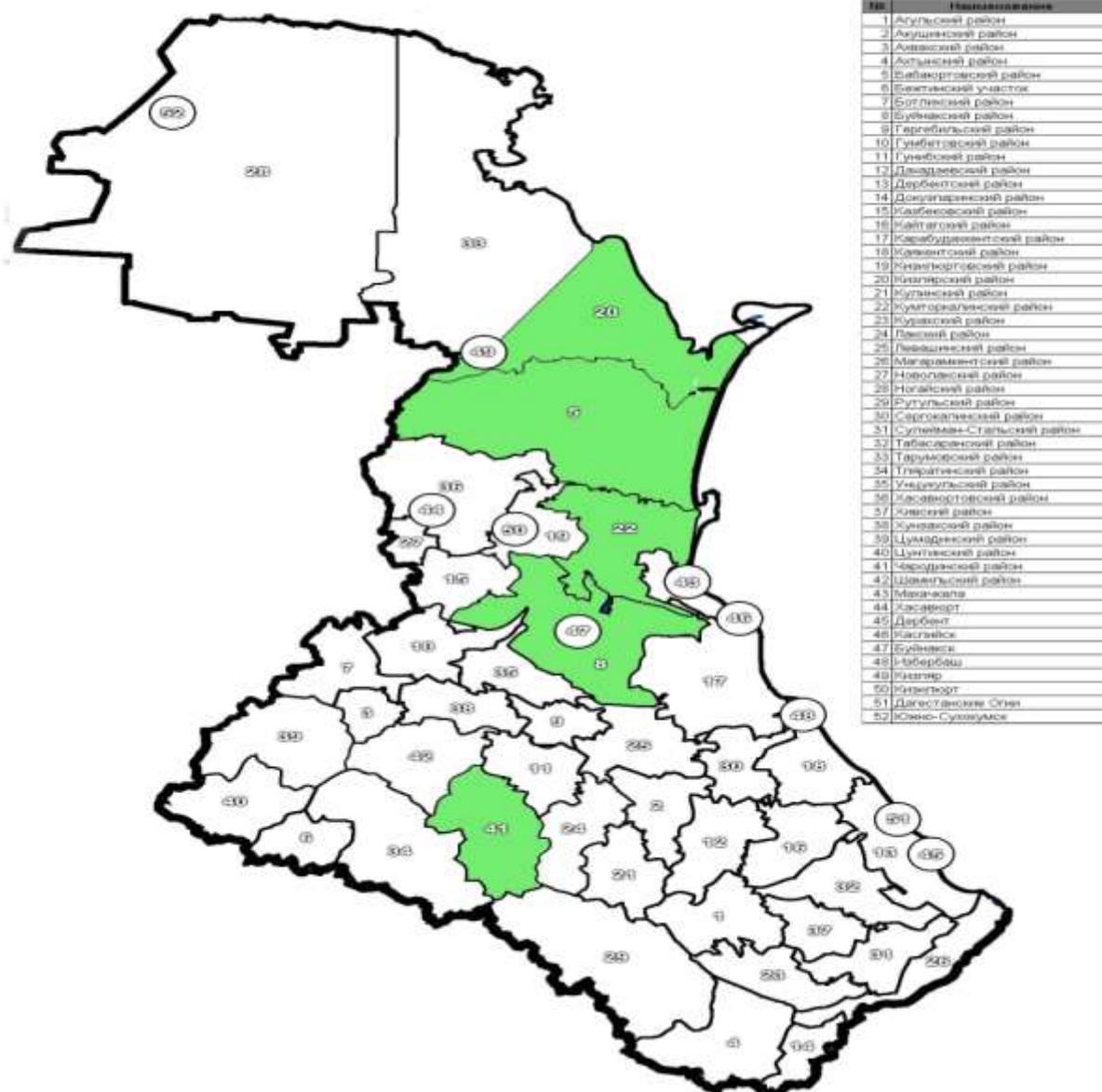
смертности от онкогинекологических заболеваний по республике нами предложен для органов практического здравоохранения комплекс организационных мероприятий по профилактике и раннему выявлению ЗН женских половых органов в Республике Дагестан, включающий рекомендации для всех звеньев, а также разработан лист маршрутизации онкогинекологических больных в сельской местности РД в 1-3 этапа: первичная медико-санитарная помощь, первичная специализированная помощь, специализированная, в т.ч. высокотехнологичная помощь.

По совокупности оценок влияния природных и антропогенных факторов на заболеваемость и смертность от ЗН женских гениталий нами проведено районирование территории РД, выявлены наиболее неблагоприятные по заболеваемости и смертности регионы (зоны повышенного риска) среди сельских административных районов и этнических групп сельской местности, а также определены последовательные организационные формы совершенствования онкогинекологической помощи на всех этапах организации онкологической службы.

Регионы, в которых выявлялся повышенный риск, как заболевания, так и смерти от генитального рака, мы отнесли к зонам повышенного риска ЗН женских половых органов в целях разработки мероприятий по первичной и вторичной профилактике рака половой сферы и проведения именно в этих регионах первостепенных профилактических мероприятий.

В зону повышенного риска ЗН женских половых органов вошли административные сельские районы: Бабаюртовский, Кизлярский, Кумторкалинский (*равнинная зона*), Буйнакский (*предгорная зона*) и Чародинский (*горная зона*). В этих районах в основном проживают женщины этноса русские в РД (Кизлярский район), кумыкского (Бабаюртовский, Кумторкалинский районы) и аварского (Чародинский район) этносов (картограмма).

**Картограмма зон повышенного риска заболевания
и смерти от злокачественных новообразований женских
половых органов в сельской местности
Республики Дагестан**



В зону повышенного риска рака шейки матки вошли административные сельские районы: Бабаюртовский, Кизлярский, Кумторкалинский (*равнинная зона*), Шамильский и Чародинский (*горная зона*).

В зону повышенного риска рака тела матки вошли административные сельские районы: Кизлярский (*равнинная зона*) и Казбековский (*предгорная зона*).

В зону повышенного риска рака яичников вошли административные сельские районы: Бабаюртовский (*равнинная зона*) и Буйнакский (*предгорная зона*).

Одной из серьезных задач специалистов первого этапа (первичная медико-санитарная помощь) является выявление и диспансеризация женщин из групп повышенного риска. По итогам нашего исследования, среди этнических групп сельской местности в группу повышенного риска заболевания ЗН женских половых органов вошли женщины русской национальности (среднемноголетний ИП заболеваемости 27,6 на 100 тыс. женского населения), кумыкской (21,3) и аварской (19,2) этнических групп. Среднемноголетний ИП у этноса русские в РД в 1,8 раза, кумыкского этноса – в 1,3 раза и аварского этноса – в 1,2 раза превышал среднемноголетний показатель в целом у женщин коренных этнических групп РД (15,6).

В группу повышенного риска смерти от ЗН женских половых органов вошли женщины кумыкского (13,9 на 100 тыс. женского населения) и ногайского (12,9) этносов.

Повышенному риску заболевания раком гениталий, независимо от этноса, подвержен возраст 40 лет и старше, а повышенному риску смерти – возраст 50 лет и старше.

Таким образом, в группу наиболее повышенного риска ЗН женских половых органов следует включить всех женщин:

- а) в возрасте от 40 лет и старше.
- б) русской национальности, аварского и кумыкского этносов.

Активное наблюдение за женщинами, входящими в группу повышенного риска заболевания и смерти от ЗН гениталий, должно проводиться с учетом возможных отдаленных последствий интенсивного применения агрохимикатов.

В зонах повышенного риска ЗН женской половой сферы необходимо:

– усилить внимание вопросам систематического повышения уровня знаний по проблемам предонко- и онкопатологии среди медицинских работников первичного контакта лечебных учреждений (фельдшеров, акушерок ФАПов, акушерок смотровых кабинетов, участковых врачей

акушеров-гинекологов, врачей общей практики, хирургов); обучить врачей акушеров-гинекологов основам кольпоскопического исследования шейки матки;

– обеспечить ежегодный охват женского населения, проживающего в зонах повышенного риска, профилактическими осмотрами специалистами первичного звена не менее 100%, а выездными специалистами «мобильной женской консультации» – не менее 80%, при этом охват женщин, входящих в группу повышенного риска должен быть 100%;

– улучшить качество и результаты профилактических осмотров с соблюдением стандартов обследования (при этом должен быть обеспечен строгий контроль в лечебно-профилактических учреждениях над реализацией методов обследования женского населения);

– организовать для врачей и работников ФАП семинары по актуальным вопросам онкопатологии в гинекологии, по организации и проведению скрининга женского населения на выявление ЗН женских половых органов в районе;

– создать районные комиссии по разбору случаев позднего выявления и запущенности ЗН женских половых органов с использованием данных протоколов запущенности, амбулаторных карт, историй болезни и другой медицинской документации; проводить (не реже 1 раза в квартал) анализ диагностических ошибок и причин, повлекших несвоевременную диагностику злокачественных опухолей, и формировать предложения по их устранению;

– увеличить объемы и повысить качество санитарной профилактики среди населения в зонах риска онкогинекологических заболеваний с целью популяризации знаний женского населения в вопросах своевременного обращения с ранними симптомами предраковых заболеваний и ранних форм ЗН половой сферы и повышения ответственности за участие в массовых скринингах.

Онкологическая служба республики нуждается в совершенствовании мероприятий по оказанию онкогинекологической помощи. В частности:

– необходимо разработать и внедрить информационные технологии, обеспечить полноценное функционирование популяционного и госпитального регистра раковых больных (канцер-регистр);

- организовать в работе РОД «Открытый прием» высококвалифицированных специалистов с целью раннего выявления фоновой, предраковой патологии и ранних форм рака гениталий у женского населения;

- предусмотреть комплекс мероприятий по активному выявлению онкогинекологических заболеваний на ранних стадиях с организацией выездных форм работы в труднодоступные районы. С этой целью предложено создание «мобильной женской консультации», предназначенной для проведения современных диагностических мероприятий в селах, относящихся к районам - зонам повышенного риска;

- внедрить в работу иммуногистохимические исследования;

- внедрить в работу молекулярно-генетическое исследование наследственных форм рака гениталий (в частности, наследуемые мутации в генах-супрессорах опухоли BRCA1 и BRCA2 и др.), рекомендовать данное исследование всем женщинам, входящим в группу повышенного риска по развитию рака гениталий.

Лицам с выявленной наследственной предрасположенностью рекомендовать проведение скрининга по следующей схеме:

- а) с выявленной наследственной предрасположенностью к раку яичников – ультразвуковое исследование и определение уровня онкомаркера СА-125 после 35-40 лет 1 раз в 6 месяцев;

- б) с выявленной наследственной предрасположенностью к раку тела матки – ультразвуковое исследование и аспирационная биопсия 1 раз в год после 35-40 лет.

- осуществлять подготовку узких специалистов – онкологов - гинекологов;

- усилить организационно-методическую деятельность над лечебно-профилактическими учреждениями республики с целью повышения уровня грамотности врачей общей лечебной сети для своевременного выявления заболевания, снижения процента запущенных стадий, а также обеспечения преемственности на этапах оказания лечебно-диагностической помощи женщинам с предраковыми и онкогинекологическими заболеваниями.

На правительственном уровне республики необходимо рассмотреть вопросы управления качеством окружающей среды, проводить целенаправленные мероприятия по охране атмосферного воздуха, почв, воды (от загрязнения канцерогенными факторами). Результаты динамического мониторинга состояния окружающей среды и ее влияния на заболеваемость и смертность от ЗН половой сферы у женщин на уровне отдельных административных районов сельской местности республики могут служить основанием для адресной и безотлагательной коррекции отдельных этапов онкогинекологической помощи населению с целью осуществления первичной и вторичной профилактики заболеваемости и смертности от рака женских гениталий.

Рекомендованные нами мероприятия по профилактике и раннему выявлению онкогинекологических заболеваний в РД были частично внедрены в практику с 2011 года.

Таблица 4

Статистические показатели, характеризующие эффективность онкогинекологической службы РД

Показатели	Годы		Р
	2011	2014	
<i>I. ИП заболеваемости (на 100 тысяч женского населения):</i>			
ЗН женских половых органов:	26,0	27,2	>0,05
1. Рак шейки матки	10,6	11,7	>0,05
2. Рак тела матки	6,8	6,8	>0,05
3. Рак яичников	8,6	8,7	>0,05
<i>II. Процент выявленных активно из числа взятых на учет больных с впервые в жизни установленным диагнозом:</i>			
Всего ЗН женских половых органов:	14,0	17,8	<0,05
1. Рак шейки матки	13,7	24,3	<0,05
2. Рак тела матки	18,6	16,0	>0,05
3. Рак яичников	9,8	13,2	>0,05

III. Диагноз (% к вновь выявленным случаям) установлен:			
А) в I-II стадии заболевания			
ЗН женских половых органов:	49,8	52,8	>0,05
1. Рак шейки матки	44,6	53,3	<0,05
2. Рак тела матки	75,2	76,4	>0,05
3. Рак яичников	29,6	28,7	>0,05
Б) в III-IV стадии заболевания			
ЗН женских половых органов:	47,4	45,1	>0,05
1. Рак шейки матки	54,1	43,9	<0,05
2. Рак тела матки	22,7	20,7	>0,05
3. Рак яичников	65,6	70,6	<0,05
В) стадия не установлена			
ЗН женских половых органов:	2,8	2,1	>0,05
1. Рак шейки матки	1,4	2,7	>0,05
2. Рак тела матки	2,1	2,8	>0,05
3. Рак яичников	4,9	0,7	<0,05
IV. Диагноз подтвержден морфологически из числа пациентов с впервые установленным диагнозом (%):			
ЗН женских половых органов:	94,6	96,8	>0,05
1. Рак шейки матки	97,2	100	>0,05
2. Рак тела матки	98,9	98,1	>0,05
3. Рак яичников	87,7	92,3	<0,05
V. Летальность (в %):			
ЗН женских половых органов:	5,2	4,3	<0,05
1. Рак шейки матки	4,9	4,1	>0,05
2. Рак тела матки	2,8	2,8	>0,05
3. Рак яичников	8,0	6,1	<0,05

VI. Одногодичная летальность (%):			
ЗН женских половых органов:	16,9	13,5	<0,05
1. Рак шейки матки	17,9	11,4	<0,05
2. Рак тела матки	9,6	12,4	>0,05
3. Рак яичников	23,1	16,7	<0,05

За 4 года (2011-2014 гг.) осуществления начального этапа профилактических мер в республике наблюдается тенденция позитивных изменений отдельных показателей деятельности онкогинекологической службы: повысились показатели активного выявления больных раком шейки матки (с 13,7% в 2011 году до 24,3% в 2014 году), выявляемости рака шейки матки в ранних (I-II) стадиях (с 44,6% до 53,3%), снизились показатели запущенности (III-IV) рака данной локализации (с 54,1% до 43,9%), летальности населения от онкогинекологических заболеваний – с 5,2% до 4,3% и одногодичной летальности – с 16,9% до 13,5% (табл. 4).

Таким образом, рекомендованные и частично реализованные мероприятия являются важным шагом на пути оптимизации совместной работы учреждений общелечебной сети и онкологической службы по раннему выявлению ЗН, в том числе и женских половых путей, и повышения качества оказания онкогинекологической помощи сельскому населению РД.

ВЫВОДЫ

1. В Республике Дагестан за 1987-2006 гг. среднемноголетний показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями половых органов у жительниц сельской местности (18,4 на 100 тыс. женского населения) в 1,5 раза ниже, чем у городских женщин (27,1), однако у жительниц сельской местности рост онкогинекологической заболеваемости происходил более быстрыми темпами (с 1987-1991 гг. по 2002-2006 гг. вырос на 22,4%), чем у жительниц городов (на 7,3%). В сельской местности наибольший прирост показателей заболеваемости отмечен у больных раком тела матки (47,8%), а неблагоприятная динамика заболеваемости – у жительниц южной равнинной экологической зоны (среднегодовой

показатель по пятилетиям вырос на 74,4% – с 12,1 за 1987-1991 гг. до 21,1 за 2002-2006 гг.).

2. В Республике Дагестан за 1997-2006 гг. злокачественные новообразования женских половых органов в 50,7% случаев диагностировались в поздних (III-IV) стадиях, при этом интенсивный показатель заболеваемости с III стадией снизился на 15,5%, а с IV стадией вырос в 2,5 раза. В целом доля больных с поздними стадиями выросла на 6,7%. Наибольший удельный вес III-IV стадий заболеваемости (27,8%) выявлялся у жительниц сельской местности (городов –23,0%); показатель поздней выявляемости у сельских жительниц имел тенденцию к росту в возрасте 50-59 лет (с 28,7 на 100 тыс. женского населения в 1997-2001 гг. до 33,9 в 2002-2006 гг.); максимальный показатель – у жительниц центральной предгорной (12,2) и равнинной зон (11,2 на 100 тыс. женского населения), минимальный – у жительниц южной горной (7,5) зоны.

3. В Республике Дагестан за 1997-2006 гг. самая высокая наблюдаемая и скорректированная 10-летняя выживаемость (соответственно 60,7% и 62,7%) отмечалась у больных раком тела матки, наименьшая – у больных раком яичников (43,8% и 45,3%). Показатели 5-летней наблюдаемой и скорректированной выживаемости у жительниц сельской местности были ниже соответственно на 12,6% и 12,4%, а 10 летней выживаемости – соответственно на 15,1% и 14,8%, чем у жительниц городов. В сельской местности республики самая низкая 5-летняя выживаемость отмечалась у жительниц горной (соответственно 48,5% и 53,0%), самая высокая выживаемость – предгорной (63,9% и 65,7%) зон.

4. В Республике Дагестан за 1997-2006 гг. показатель смертности от злокачественных новообразований женских половых органов (10,8 на 100 тыс. женского населения) был в 2 раза меньше показателя заболеваемости, а средний возраст умерших женщин от генитального рака имел тенденцию к росту (+13,5%). Наибольший показатель смертности отмечался в возрастной группе 70 лет и старше (48,7 на 100 тыс. женского населения), а в структуре смертности преобладал рак шейки матки (4,6). В сельской местности уровень смертности от генитального рака за 1997-2006 гг. (10,7 на 100 тыс. женского населения) мало отличался от городского (10,9). Самые высокие показатели смертности отмечались на территории равнинной зоны (12,0),

самые низкие – на территории южной зоны (9,0) сельской местности.

5. В Республике Дагестан за 1987-2006 гг. среднемноголетний показатель заболеваемости у женщин русской национальности, проживающих в регионе, значительно выше (27,6 на 100 тыс. женского населения), чем у женщин коренных (дагестанских) этносов (15,6). Однако у женщин русской национальности отмечались лучшие показатели 5 и 10-летней выживаемости. У женщин кумыкского и ногайского этносов, относящихся к тюркской группе народностей, зарегистрированы наиболее высокие показатели смертности (соответственно 13,9 и 12,9 на 100 тыс. женского населения).

6. Выявлена существенная разница в заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов у этнических групп, проживающих в северных (аварки) и южных (лезгинки) экологических зонах сельской местности: на севере она почти в 1,5 раза выше, чем на юге. При анализе заболеваемости злокачественными новообразованиями женских гениталий по этническим группам у аварок (северный регион) и лезгинок (южный регион), проживающих отдельно в равнинной, предгорной и горной экологических зонах, наиболее высокие показатели заболеваемости выявлены как у аварок, так и у лезгинок, проживающих в равнинных экологических зонах (по сравнению с женщинами соответствующих этнических групп, проживающих в предгорной и горной зонах).

7. Из антропогенных факторов риска злокачественных новообразований половой сферы у женщин сельской местности Республики Дагестан к наиболее значимым следует отнести минеральные удобрения, фосфорорганические соединения и медьсодержащие пестициды, влияние которых на смертность более ярко проявляется при их суммарном эффекте.

8. С учетом выявленных особенностей заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований женских половых органов в сельской местности Республики Дагестан составлены картограммы экологических зон, административных районов с высоким уровнем риска генитального рака и разработан комплекс организационных мероприятий по профилактике и раннему выявлению онкогинекологических заболеваний для сельской местности республики. В результате внедрения комплекса

профилактических мероприятий за 4 года (2011-2014 гг.) произошли позитивные изменения отдельных показателей деятельности онкогинекологической службы Республики Дагестан: повысились показатели активного выявления больных раком шейки матки (с 13,7% в 2011 году до 24,3% в 2014 году), выявляемости рака шейки матки в ранних (I-II) стадиях (с 44,6% до 53,3%), снизились показатели запущенности (III-IV стадии) рака данной локализации (с 54,1% до 43,9%), летальности населения от онкогинекологических заболеваний – с 5,2% до 4,3% и одногодичной летальности – с 16,9% до 13,5%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В целях совершенствования противораковых мероприятий, направленных на профилактику злокачественных новообразований женских половых органов, Министерству здравоохранения Республики Дагестан внедрить методические рекомендации в учреждения общелечебной сети:

* «Комплекс мероприятий по профилактике и раннему выявлению онкогинекологических заболеваний в Республике Дагестан»;

* «Выявление злокачественных новообразований женских половых органов и оказание медицинской помощи онкогинекологическим больным в Республике Дагестан»;

* «Методические рекомендации по организации медицинской помощи женщинам с доброкачественными опухолями женских половых органов»;

* «Методические рекомендации по работе смотровых кабинетов с целью ранней диагностики злокачественных новообразований репродуктивных органов у женщин».

2. Выявленные факторы риска злокачественных новообразований женских гениталий в сельской местности Республики Дагестан позволят иметь четкую картину эпидемиологической ситуации, яснее понимать актуальность проблемы, более обоснованно формировать группы риска заболевания и смерти, и тем самым повысить эффективность работы органов здравоохранения по организации борьбы с генитальным раком. В целом это создаст возможности для разработки и осуществления обоснованных организационно-методических мероприятий и программ по профилактике и раннему выявлению генитального рака для наиболее неблагоприятных по заболеваемости и смертности регионов (зон

повышенного онкологического риска) и отдельных сельских административных районов, а также для эффективного финансирования этих программ.

3. При планировании мероприятий по снижению заболеваемости и смертности от рака женских гениталий в сельской местности Республики Дагестан следует учитывать не только значительную неравномерность распределения случаев заболевания, но и приоритетных антропогенных факторов с целью предотвращения их неблагоприятного влияния на заболеваемость и смертность путем проведения оздоровительных и природоохранных мероприятий для каждой местности.

4. Научные и основные методические положения диссертации могут быть использованы при преподавании курсов онкологии, акушерства-гинекологии, общественного здоровья и здравоохранения, общей гигиены и экологии человека на медицинских факультетах ГБОУ ВПО «ДГМА» МЗ РФ.

5. Проводить циклы тематического усовершенствования на кафедре онкологии с усовершенствованием врачей ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ для врачей общей лечебной сети «Ранняя диагностика ЗН» с целью повышения их онкологической настороженности и улучшения знаний в области профилактики и ранней диагностики ЗН.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Работы, опубликованные в ведущих рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК

1. Шихнабиева, Н.Д. Заболеваемость злокачественными новообразованиями женских гениталий и смертность от них по субъектам Южно-федерального округа /Н.Д. Шихнабиева //Вестник Российского государственного медицинского университета. – М.: ГОУ ВПО РГМУ Росздрава. – 2007. – № 2 (55). – 173 с. (39,5 – у.п.л.; 0,08 – а.п.л.).

2. Шихнабиева, Н.Д. Влияние средств химизации на онкологическую заболеваемость в Республике Дагестан /Н.Д. Шихнабиева, Дж.Г. Хачиров, В.В. Старинский // Гигиена и санитария. – 2008. – № 4. – С. 37-41. (11,76 – у.п.л.; 0,61 – а.п.л.).

3. Шихнабиева, Н.Д. Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями половой сферы у женщин пожилого возраста в Республике Дагестан /Н.Д. Шихнабиева, М.Д. Шихнабиева //Клиническая геронтология. – 2010. – № 9-10. – С. 91-92. (15,5 – у.п.л.; 0,07 – а.п.л.).

4. Шихнабиева, Н.Д. Запущенность злокачественных новообразований половых органов у женщин старших возрастных групп в Республике Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Клиническая геронтология. – 2010. – № 9-10. – С. 92. (15,5 – у.п.л.; 0,06 – а.п.л.).

5. Шихнабиева, Н.Д. Региональные особенности смертности женщин пожилого и старческого возраста от злокачественных новообразований половых органов /Н.Д. Шихнабиева //Клиническая геронтология. – 2010. – № 9-10. – С. 92-93. (15,5 – у.п.л.; 0,07 – а.п.л.).

6. Шихнабиева, Н.Д. Онкогинекологическая заболеваемость в сельской местности Республики Дагестан /Н.Д. Шихнабиева, Дж.Г. Хачиров //Российский онкологический журнал. – 2011. – № 3. – С. 39-42. (6,86 – у.п.л.; 0,49 – а.п.л.).

7. Шихнабиева, Н.Д. Выявляемость злокачественных новообразований половых органов у женщин Республики Дагестан в зависимости от стадий заболевания /Н.Д. Шихнабиева //Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – № 2. – С. 379-380. (40,5 – у.п.л.; 0,4 – а.п.л.).

8. Шихнабиева, Н.Д. Выявляемость и выживаемость онкогинекологических больных в зависимости от стадии заболевания в Республике Дагестан [Электронный ресурс] /Н.Д. Шихнабиева //Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 3. – Режим доступа: www.science-education.ru/103-6160 (0,5 – а.п.л.).

9. Шихнабиева, Н.Д. Заболеваемость раком шейки матки в сельской местности Республики Дагестан [Электронный ресурс] /Н.Д. Шихнабиева //Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1 – Режим доступа: www.science-education.ru/113-11293 (0,5 – а.п.л.).

10. Сулейманова, Н.Д. Этнические особенности заболеваемости и смертности женщин от генитального рака в сельской местности Республики Дагестан /Н.Д. Сулейманова //Известия Дагестанского педагогического университета. – 2013. – Т. 24, № 3. – С. 71-74. (12,0 – у.п.л.; 0,5 – а.п.л.).

11. Шихнабиева, Н.Д. Возрастные особенности заболеваемости генитальным раком у женщин Республики Дагестан [Электронный ресурс] /Н.Д. Шихнабиева

//Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1. – Режим доступа: www.science-education.ru/115-11294. (0,5 – а.п.л.).

12. Шихнабиева, Н.Д. Смертность женщин от злокачественных новообразований половых органов в Республике Дагестан [Электронный ресурс] /Н.Д. Шихнабиева //Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 2. – Режим доступа: www.science-education.ru/116-12026 (0,5 – а.п.л.).

13. Сулейманова, Н.Д. Влияние агрохимикатов на смертность от злокачественных новообразований женских гениталий в сельской местности Республики Дагестан /Н.Д. Сулейманова //Вестник новых медицинских технологий (электронный журнал). – 2014. – Т.8, № 1. (0,75 – а.п.л.).

14. Сулейманова, Н.Д. Факторы риска злокачественных новообразований женских половых органов /Н.Д. Сулейманова //Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – Т. 21, № 1. – С. 115-121. (23,6 – у.п.л.; 1,05 – а.п.л.).

15. Сулейманова, Н.Д. Дисперсионный анализ влияния природных и антропогенных факторов сельской местности Республики Дагестан на смертность женщин от злокачественных новообразований половых органов [Электронный ресурс] /Н.Д. Сулейманова //Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 2. – Режим доступа: www.science-education.ru/116-12824 (0,6 – а.п.л.).

16. Шихнабиева, Н.Д. Распространенность хорионкарциномы в Республике Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2014. – № 2. – С. 28. (39,2 – у.п.л.; 0,06 – а.п.л.).

17. Шихнабиева, Н.Д. Стадии выявляемости злокачественных новообразований у женщин Республики Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2014. – № 2. – С. 29. (39,2 – у.п.л.; 0,07 – а.п.л.).

18. Сулейманова, Н.Д. Экологические аспекты злокачественных новообразований женских половых органов /Н.Д. Сулейманова //Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2016. – № 1(18). – С. 75-79. (12 –у.п.л.; 0,79 – а.п.л.).

Монография

19. Шихнабиева, Н.Д. Эколого-эпидемиологические аспекты проблемы онкогинекологических заболеваний и вопросы их профилактики в сельской местности Республики Дагестан: монография. – Махачкала, 2012. – 271 с. (20,4 – п.л.) (тираж – 500 экз.).

Основные работы, опубликованные в других изданиях:

20. Шихнабиева, Н.Д. Распространенность эрозии шейки матки и эктропиона среди взрослого женского населения районов равнинной и горной экологических зон сельской местности Республики Дагестан /Н.Д. Шихнабиева, У.А. Магомедова, А.М. Эсетов //Сборник научных трудов Дагестанской государственной медицинской академии. – Махачкала, 2007. – С. 16-19. (57,7 – у.п.л.; 0,48 – а.п.л.).

21. Шихнабиева, Н.Д. Особенности заболеваемости раком шейки матки по этническим группам сельской местности Республики Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Сборник научных трудов Дагестанской государственной медицинской академии. – Махачкала, 2007. – С. 33-36. (57,7 – у.п.л.; 0,46 – а.п.л.).

22. Шихнабиева, Н.Д. Сравнительная аналитическая оценка онкогинекологической заболеваемости у этнических групп населения Республики Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Сибирский онкологический журнал. – 2009. – Приложение № 2. – С. 228-229. (10,9 – у.п.л.; 0,06 – а.п.л.).

23. Шихнабиева, Н.Д. О влиянии средств химизации сельскохозяйственного производства на онкогинекологическую заболеваемость в условиях сельской местности /Н.Д. Шихнабиева, Дж.Г. Хачиров //Сибирский онкологический журнал. – 2009. – Приложение № 2. – С. 201. (10,9 – у.п.л.; 0,05 – а.п.л.).

24. Шихнабиева, Н.Д. Повозрастные особенности смертности женщин Республики Дагестан от злокачественных новообразований половых органов /Н.Д. Шихнабиева //Сборник научных трудов «Актуальные вопросы современной гериатрии». – Махачкала. – 2010. – С. 361-363. (23,5 – у.п.л.; 0,2 – а.п.л.).

25. Шихнабиева, Н.Д. Заболеваемость раком половых органов у женщин пожилого возраста в Республике Дагестан за 1987-2006 гг. /Н.Д. Шихнабиева //Сборник научных трудов «Актуальные вопросы современной гериатрии». – Махачкала. – 2010. – С. 363-365. (23,5 – у.п.л.; 0,19 – а.п.л.).

26. Шихнабиева, Н.Д. Возрастные особенности смертности от злокачественных новообразований женских половых органов в сельской местности Республики Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Сибирский онкологический журнал. – 2010. – Приложение № 1. – С. 117. (7,2 – у.п.л.; 0,05 – а.п.л.).

27. Шихнабиева, Н.Д. Заболеваемость и смертность от рака яичников у женского населения Республики Дагестан /Н.Д. Шихнабиева, М.Д. Шихнабиева

//Сибирский онкологический журнал. – 2010. – Приложение № 1. – С. 116. (7,2 – у.п.л.; 0,5 – а.п.л.).

28. Шихнабиева, Н.Д. Заболеваемость злокачественными новообразованиями женских половых органов в Республике Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Вопросы онкологии. – 2010. – Приложение. – С. 58. (10,2 – у.п.л.; 0,05 – а.п.л.).

29. Шихнабиева, Н.Д. Повозрастные особенности смертности от злокачественных новообразований женских половых органов в Республике Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Вопросы онкологии. – 2010. – Приложение. – С. 58-59. (10,2 – у.п.л.; 0,06 – а.п.л.).

30. Шихнабиева, Н.Д. Запущенность онкогинекологических заболеваний в Республике Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Сибирский онкологический журнал. – 2011. – Приложение №1. – С. 127. (7,5 – у.п.л.; 0,05 – а.п.л.).

31. Шихнабиева, Н.Д. Выявляемость онкогинекологических заболеваний при профилактических осмотрах в Республике Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Сибирский онкологический журнал. – 2011. – Приложение № 1. – С. 128. (7,5 – у.п.л.; 0,05 – а.п.л.).

32. Шихнабиева, Н.Д. Этнические особенности заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований половых органов у женщин сельской местности Республики Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2012. – № 2 (3). – С. 59-62. (17,25 – у.п.л.; 0,61 – а.п.л.).

33. Шихнабиева, Н.Д. Смертность женщин от рака половых органов в Республике Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Юбилейный сборник трудов, посвященный 80-летию Дагестанской государственной медицинской академии. Махачкала, 2012. – С. 150-152. (54,5 – у.п.л.; 0,35 – а.п.л.).

34. Шихнабиева Н.Д. Заболеваемость генитальным раком у женщин старших возрастных групп в Республике Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Третий съезд геронтологов и гериатров России. – Новосибирск. – 2012. – С. 460-461. (34,3 – у.п.л.; 0,06 – а.п.л.).

35. Шихнабиева, Н.Д. Показатели десятилетней скорректированной и наблюдаемой выживаемости онкогинекологических больных в Республике Дагестан /Н.Д. Шихнабиева //Сибирский онкологический журнал. – 2012. – Приложение № 1. – С. 181-182. (11,0 – у.п.л.; 0,06 – а.п.л.).

36. Сулейманова, Н.Д. Особенности заболеваемости раком шейки матки в сельской местности Республики Дагестан /Н.Д. Сулейманова //Евразийский онкологический журнал. – 2014. - № 3(03). – С. 77-78. (59,3 – у.п.л.; 0,07 – а.п.л.).

Методические рекомендации

37. Шихнабиева, Н.Д. Комплекс мероприятий по профилактике и раннему выявлению онкогинекологических заболеваний в Республике Дагестан: Методические рекомендации /Н.Д. Шихнабиева //Махачкала, 2010. – 12 с. (0,5 – п.л.) (тираж – 100 экз.).

38. Шихнабиева, Н.Д. Выявление злокачественных новообразований женских половых органов и оказание медицинской помощи онкогинекологическим больным в Республике Дагестан: Методические рекомендации /Н.Д. Шихнабиева //Махачкала, 2011. – 20 с. (0,84 – п.л.) (тираж – 100 экз.).

39. Шихнабиева, Н.Д. Методические рекомендации по организации медицинской помощи женщинам с доброкачественными новообразованиями женских половых органов /Н.Д. Шихнабиева //Махачкала, 2011. – 12 с. (0,5 – п.л.) (тираж – 100 экз.).

40. Шихнабиева, Н.Д. Методические рекомендации по работе смотровых кабинетов с целью ранней диагностики злокачественных новообразований репродуктивных органов у женщин: Методические рекомендации /Н.Д. Шихнабиева //Махачкала, 2011. – 14 с. (0,58 – п.л.) (тираж – 100 экз.).