

## ГЛАВА XI

### ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОСТЕЙ, СУСТАВНЫХ ХРЯЩЕЙ, МЕЗОТЕЛИАЛЬНЫХ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ (С40, 41, 45-49)

#### Злокачественные новообразования костей и суставных хрящей (С40, 41)

По данным американских канцер-регистров, наиболее часто среди белого населения встречаются остеосаркома (33-35%), хондросаркома (26-28%) и опухоль Юинга (17-20%). Другие костные опухоли, такие как хордома (4%), фибросаркома (3%), гистиоцитома (3%), гигантоклеточная опухоль (2%), ангиосаркома (2%), встречаются относительно редко.

Заболеваемость опухолями костей в значительной степени определяется возрастом. Повозрастная кривая остеосаркомы имеет бимодальную форму. Первый пик заболеваемости отмечается в подростковом возрасте (15-17 лет) как среди мужчин, так и среди женщин. Второй пик наступает после 65 лет, и в этом возрасте остеосаркомой значительно чаще болеют мужчины. Пик заболеваемости саркомой Юинга отмечен у подростков, однако этой формой костных опухолей болеют чаще мальчики, чем девочки. После 20 лет опухоль Юинга встречается крайне редко. Заболеваемость хондросаркомой растет с увеличением возраста и достигает максимума у пожилых людей. Хондросаркомой также чаще болеют мужчины, однако разница в заболеваемости между двумя полами невелика.

Заболеваемость опухолями костей остается стабильной, а смертность снижается. Снижение смертности можно объяснить значительными успехами в лечении этого заболевания.

Ионизирующая радиация – основной фактор риска развития опухолей костей. Риск опухолей костей, особенно остеосаркомы и хондросаркомы, повышен у больных, получавших высокодозную лучевую терапию, а также у больных, которым вводили радиоизотопы – как с диагностической, так и с лечебной целью. Частота опухолей костей у больных, получавших лучевую терапию по поводу злокачественных опухолей, в 2 раза выше ожидаемой. Однако доля больных, у которых в результате лучевой терапии развились опухоли костей, не превышает 0,01%. Значительно выше риск возникновения радиогенных опухолей костей у детей. Так, например, очень высок риск у детей, получавших лучевое лечение по поводу ретинобластомы, опухоли Вильмса, лимфогранулематоза, нейробластомы, опухоли Юинга.

Опухоли костей чаще встречаются у больных, которым для остеосинтеза применялись металлические гвозди, а также у больных с протезами тазобедренного сустава. Как известно, протезы делают из смеси различных металлов, в состав которой входит шестивалентный хром – металл, который относится к группе 1 доказанных канцерогенов.

Саркома костей чаще развивается на фоне некоторых пороков развития. Особое значение в этиологии костных сарком в пожилом возрасте имеет наследственная форма болезни Педжета, на фоне которой часто возникает остеосаркома, реже фибросаркома, хондросаркома и гигантоклеточная саркома.

Остеосаркома часто встречается у больных с наследственной формой ретинобластомы.

Таким образом, в этиологии опухолей костей важную роль играют как факторы окружающей среды и, в первую очередь, ионизирующая радиация, так и наследственность.

*По материалам ONCOLOGY.RU® (<http://www.oncology.ru>).*

*Таблица 11.1*

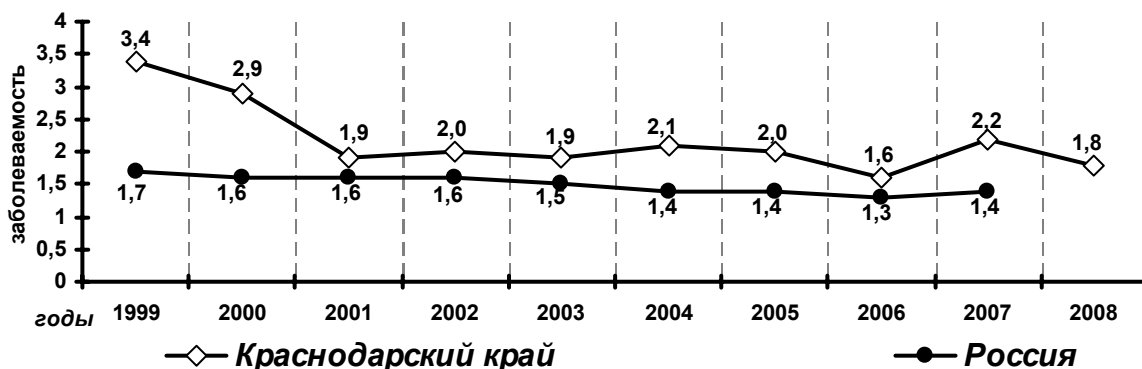
*Динамика заболеваемости (на 100 тыс. населения) и численности заболевших злокачественными новообразованиями костей и суставных хрящей в 1999-2008 гг.*

	Годы										% прироста к 1999 г.
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
<i>Краснодарский край</i>											
Численность заболевших	168	143	93	102	94	106	104	84	110	87	-48,2
Заболеваемость	3,4	2,9	1,9	2,0	1,9	2,1	2,0	1,6	2,2	1,8	-47,1
<i>Российская Федерация</i>											
Заболеваемость	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,4	н/д	-17,6

В последние годы в Российской Федерации наблюдается снижение показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями костей и суставных хрящей – по отношению к 1999 г. на 17,6% (табл. 11.1).

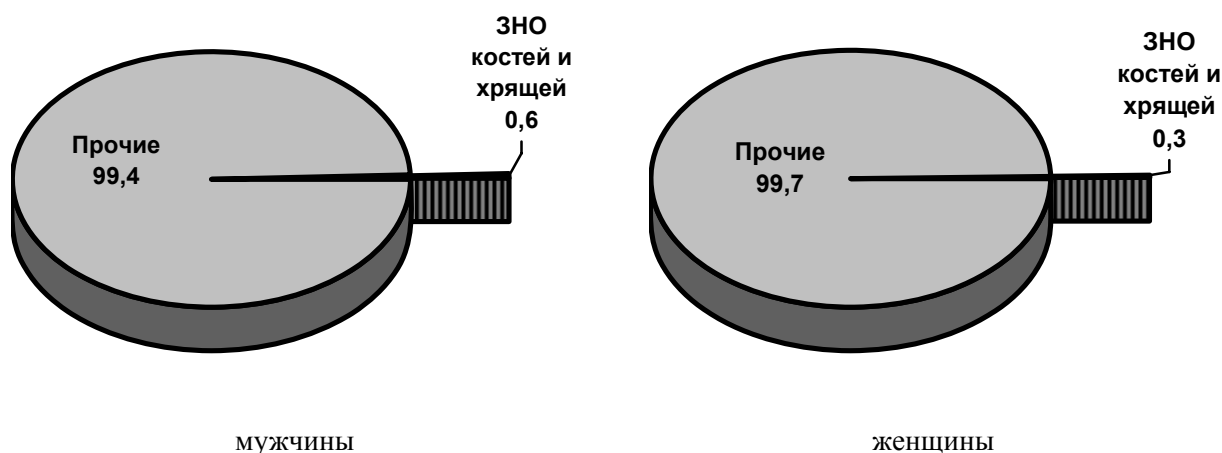
Во многом статистическая оценка распространенности опухолей опорно-двигательного аппарата в Краснодарском крае стала возможна в результате работы Популяционного ракового регистра, так как в Государственной отчетности эта категория опухолей представлена крайне скудно и объединена в одну группу со злокачественными опухолями мягких тканей.

В Краснодарском крае за последние 10 лет динамика показателей аналогичная России – как абсолютное число заболевших, так и уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями костей, суставных хрящей снижается. Однако, темпы снижения заболеваемости злокачественными новообразованиями костей, суставных хрящей более выраженные – за 10 лет на 47%. В 1999 г. взяты на учет с впервые выявленными злокачественными опухолями костей 168 человек, тогда как в 2008 г. – только у 87 человек верифицирован диагноз злокачественного новообразования костей.



**Рис. 11.1.** Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями костей и суставных хрящей в Краснодарском крае и России в 1999-2008 гг.

В структуре всех злокачественных новообразований в Краснодарском крае в 2008 г. злокачественные новообразования костей и суставных хрящей составили 0,46%. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями доля злокачественных новообразований костей и суставных хрящей среди мужчин и женщин несколько различна (рис. 11.2).



**Рис. 11.2.** Доля злокачественных новообразований костей и суставных хрящей в структуре заболеваемости мужского и женского населения края в 2008 г. (%)

В табл. 11.2 представлены уточненные по данным Популяционного ракового регистра Краснодарского края грубые и стандартизированные показатели заболеваемости за период с 2001 по 2007 гг. среди населения Кубани, а так же мужчин и женщин в отдельности.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями костей и суставных хрящей у мужчин имеет две волны – 10-19 лет, 40 лет и старше (табл. 11.3). Вне этих возрастных периодов случаи заболевания единичны. Наблюдаются два пика заболеваемости злокачественными новообразованиями костей и суставных хрящей – максимальный в возрасте 65-69 лет и менее выраженный – в 55-59 лет. У женщин заболеваемость злокачественными новообразованиями костей и суставных хрящей в среднем в 2 раза ниже, чем у мужчин, случаи заболевания зарегистрированы во всех возрастных периодах, максимальные показатели заболеваемости приходятся на 65-69 лет.

Таблица 11.2

**Уточненные показатели заболеваемости населения Краснодарского края злокачественными новообразованиями  
костей и суставов хрящей (С40, 41) в 2001-2007 гг. (БД ПРР КК)**

Годы наблюдения	Оба пола			Мужчины			Женщины		
	абс. число	мировой стандарт	«грубый» показатель	абс. число	мировой стандарт	«грубый» показатель	абс. число	мировой стандарт	«грубый» показатель
2001	80	1,03	1,6	46	1,43	1,97	34	1,27	0,72
2002	95	1,25	1,9	63	2,9	2,7	32	1,2	0,58
2003	94	1,33	1,88	57	1,82	2,45	37	1,39	1,02
2004	105	1,48	2,1	61	1,93	2,62	44	1,65	1,17
2005	90	1,34	1,8	60	2,06	2,57	30	1,12	0,76
2006	79	1,08	1,58	37	1,16	1,59	42	1,57	0,98
2007	84	1,21	1,68	46	1,51	1,97	38	1,42	0,99

Таблица 11.3

**Возрастно-половые показатели заболеваемости населения Краснодарского края  
злокачественными новообразованиями костей и суставов хрящей (С40, 41) на 100 тыс. населения (БД ПРР КК)**

Годы	Возраст, лет														
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+
	Мужчины														
2001			1,01	0,50	0,56		1,87	1,65	1,03	3,93	2,72	5,18	3,97	6,59	2,01
2002			1,51	2,01	1,12	0,57	1,87	1,10	1,03	4,49	4,08	5,18	5,96	13,18	4,01
2003		0,69	1,01	1,01		1,13			1,03	3,37	2,72	6,47	7,94	15,82	1,34
2004		0,69	1,01	0,50		0,57		1,10	1,54	1,68	9,53	6,47	4,63	14,5	3,35
2005		0,69	1,51	2,01	2,25	0,57	0,62		2,06	3,93	3,40	6,47	3,31	14,5	2,68
2006			1,51	2,01	0,56	1,13		0,55	1,03	1,12	2,72	5,18	0,66	3,95	2,68
2007			0,5		1,12	0,57	1,25	1,1	1,54	0,56	4,76	7,77	3,31	11,86	1,34
	Женщины														
2001		0,73		1,06	1,14	0,58	0,63		0,97	1,02	0,59	1,93	0,92	2,66	1,78
2002			0,53		1,14			1,6	0,48	1,53	0,59	1,93	0,92	1,77	1,19
2003	1,84		1,06		0,57	1,73	1,88	0,53	0,48	1,02	1,17		1,84	4,44	0,89
2004	0,92	0,73	0,53	1,59	1,14		0,63	0,53	0,97	1,53	2,94	2,89	2,76	3,55	0,59
2005	0,92		0,53	1,06	0,57	0,58		0,48	0,48	1,02	1,17	2,89	0,46	3,55	1,19
2006			0,53	0,53	0,57		0,63	1,6	0,48	1,02	2,94	1,93	1,84	9,76	1,19
2007	0,92		0,53	1,06	1,14	0,58		0,53	0,97	1,02	1,17	4,81	1,84	5,32	0,89

Заболеваемость злокачественными новообразованиями костей и суставных хрящей в муниципальных образованиях края за последние 9 лет представлена в табл. 11.4.

**Таблица 11.4**

**Заболеваемость злокачественными новообразованиями костей и суставных хрящей (С40,41) в 2000-2008гг. в муниципальных образованиях края (на 100 тыс. населения)**

Муниципальное образование	Годы								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>КРАЙ</b>	<b>2,9</b>	<b>1,9</b>	<b>2,0</b>	<b>1,9</b>	<b>2,1</b>	<b>2,0</b>	<b>1,6</b>	<b>2,2</b>	<b>1,8</b>
Анапский	0,0	0,0	1,7	0,0	2,3	0,8	3,0	3,0	2,2
Армавир	1,7	2,2	1,1	3,4	1,0	3,8	2,4	2,4	0,0
Белореченский	2,9	0,0	2,9	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9	1,0
Геленджик	3,7	2,4	2,4	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0
Горячий Ключ	3,9	0,0	0,0	0,0	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8
Ейский	0,7	5,7	0,0	2,9	1,4	2,1	4,3	4,3	2,8
Краснодар	4,9	0,9	1,9	0,7	0,5	0,4	1,5	1,5	1,5
Кропоткин	0,0	2,5	1,2	1,2	1,3	2,5	0,0	0,0	2,5
Крымский	7,6	2,3	2,3	1,5	7,9	5,5	6,3	6,3	0,0
Лабинский	2,9	2,9	1,9	2,0	1,0	3,0	2,0	2,0	2,0
Новороссийск	4,0	2,0	4,0	2,8	1,8	3,2	0,7	0,7	2,1
Славянск-на-Кубани	0,8	1,6	0,8	0,8	0,8	3,1	0,8	0,8	0,0
Сочи	2,5	1,5	1,3	1,5	2,5	1,8	0,8	0,7	2,2
Тихорецк	6,0	1,5	1,5	3,0	0,0	1,5	1,5	1,5	1,6
Туапсе	1,5	6,1	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	1,6
Абинский	2,2	2,2	2,2	3,3	1,1	1,1	2,2	2,2	2,2
Апшеронский	2,2	1,1	4,3	2,2	4,2	2,1	4,2	4,2	0,0
Белоглинский	0,0	0,0	0,0	2,8	3,0	3,0	0,0	0,0	0,0
Брюховецкий	0,0	1,9	3,9	5,9	1,9	0,0	1,9	1,9	0,0
Выселковский	0,0	0,0	1,6	4,7	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3
Гулькевичский	0,0	0,0	2,0	2,0	1,0	3,0	0,0	0,0	4,0
Динской	3,4	0,0	2,5	3,3	3,3	2,5	0,8	0,8	0,8
Кавказский	2,3	0,0	9,4	0,0	0,0	0,0	6,9	6,9	4,6
Калининский	4,0	4,0	4,1	2,0	0,0	0,0	2,0	2,0	0,0
Каневский	5,8	1,0	2,9	4,8	2,0	6,8	0,0	0,0	2,9
Кореновский	2,3	4,7	1,2	3,5	4,7	1,2	2,3	2,3	7,0
Красноармейский	2,0	1,0	0,0	1,0	1,9	2,9	0,0	0,0	1,9
Крыловский	2,7	0,0	2,7	5,3	0,0	2,7	0,0	0,0	2,7
Курганинский	2,8	0,9	0,0	1,9	0,0	0,0	1,9	1,9	1,9
Кущевский	2,8	5,7	2,8	2,8	2,8	1,4	1,4	1,4	2,8
Ленинградский	0,0	10,1	0,0	0,0	1,5	0,0	1,5	1,5	1,5
Мостовский	2,7	1,4	2,8	0,0	1,4	0,0	1,4	1,4	1,4
Новокубанский	6,0	0,0	1,2	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	4,7
Новопокровский	4,0	0,0	0,0	0,0	6,4	2,1	2,2	2,2	0,0
Отраденский	1,5	3,0	4,5	3,0	6,0	6,1	0,0	0,0	1,5
Павловский	1,4	2,9	1,4	1,4	0,0	2,9	1,5	1,5	1,5
Приморско-Ахтарский	0,0	1,7	6,8	5,1	1,7	5,0	0,0	0,0	3,4
Северский	1,9	1,9	1,9	3,7	4,6	3,7	2,8	2,8	4,5
Староминский	7,6	7,7	7,7	0,0	9,8	0,0	2,4	2,4	2,4
Тбилисский	1,9	0,0	0,0	2,0	0,0	2,1	6,2	6,3	4,2
Темрюкский	4,2	4,2	2,5	2,5	6,1	2,6	0,0	0,0	0,9
Тимашевский	1,0	1,9	3,9	3,9	4,7	2,8	2,8	2,8	1,9
Тихорецкий	1,7	1,7	6,7	3,4	1,6	0,0	3,3	3,4	0,0
Туапсинский	0,0	0,0	0,0	1,8	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Успенский	7,4	2,5	2,5	0,0	4,9	0,0	2,4	2,4	0,0
Усть-Лабинский	0,0	0,9	0,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Щербиновский	0,0	2,6	2,6	0,0	2,6	2,6	0,0	0,0	2,6

Данные по заболеваемости злокачественными новообразованиями костей в муниципальных образованиях края представлены с 2000 г., т.к. отчетная форма № 7, в которой отражено число

случаев злокачественных новообразований костей, введена в муниципальных образованиях с 2000 г. До этого данные формировались только в целом по краю.

Наиболее высокие показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями костей и суставных хрящей в 2008 г. отмечаются в Кореновском, Новокубанском, Кавказском и Северском районах. В 12 муниципальных образованиях в 2008 г. не выявлено ни одного случая злокачественного новообразования костей.

В табл. 11.5 представлены расчеты показателя одногодичной летальности при злокачественных новообразованиях костей и суставных хрящей по Краснодарскому краю. При злокачественных новообразованиях костей и суставных хрящей оценить уровень одногодичной летальности стало возможно только после внедрения в крае Популяционного ракового регистра, т.е. с 2001 г. Это связано с тем, что в стандартных отчетных формах злокачественные опухоли костей объединены с опухолями мягких тканей. Как видно из таблицы, 3 из 4 пациентов живут больше 1-го года с момента установления диагноза. Одногодичная летальность при опухолях костей и суставных хрящей в течение 7 лет стабильно снижается, что свидетельствует об улучшении качества медицинской помощи этой категории пациентов.

Таблица 11.5

Одногодичная летальность в 2001-2007 гг. (БД ПРР КК, %)

Локализация	Годы							% прироста к 2001 г.
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Кости и суставные хрящи	45,6	42,3	44,9	36,5	30,3	24,1	27,2	-40,4

Морфологическая верификация диагноза при опухолях опорно-двигательного аппарата чрезвычайно важна, т.к. эта категория опухолей имеет разнообразную гистологическую структуру. При этом тактика лечения и прогноз заболевания часто напрямую зависят от гистологического типа опухоли и его степени дифференцировки. Удельный вес морфологической верификации диагноза последние 8 лет остается относительно стабильным (табл. 11.6).

Таблица 11.6

Удельный вес морфологической верификации диагноза злокачественного новообразования костей и суставных хрящей в 2001-2008 гг. (БД ПРР КК, %)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007*	2008*
Кости и суставные хрящи	68,8	77,9	84,0	84,8	86,7	95,5	89,0	67,8

\* по данным оперативной отчетности.

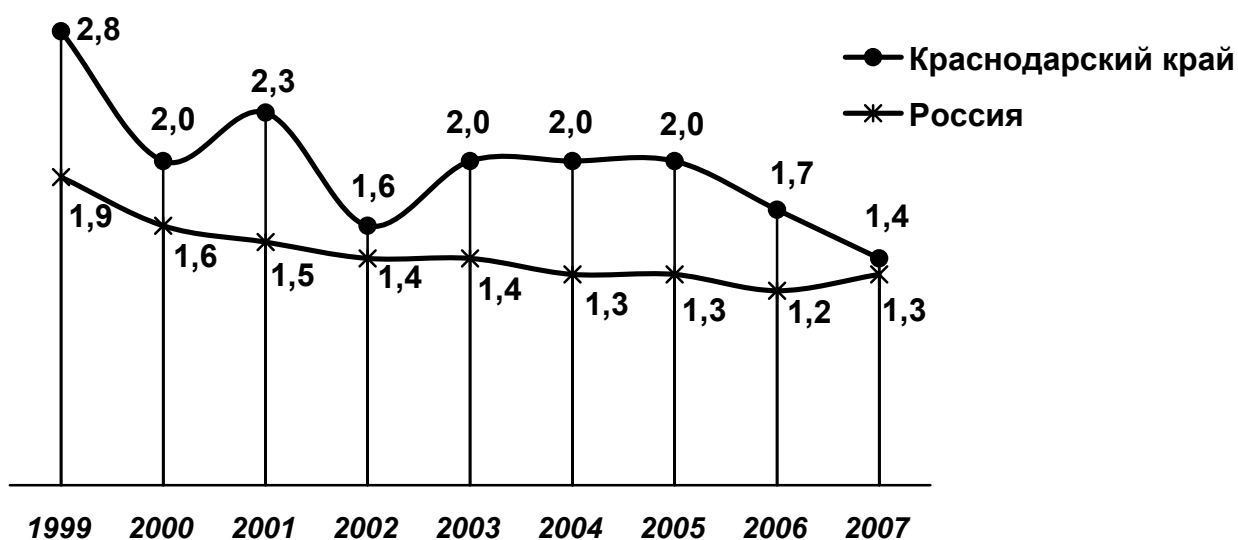


Рис. 11.3. Смертность от злокачественных новообразований костей и суставных хрящей в Российской Федерации и Краснодарском крае в 1999-2007 гг.

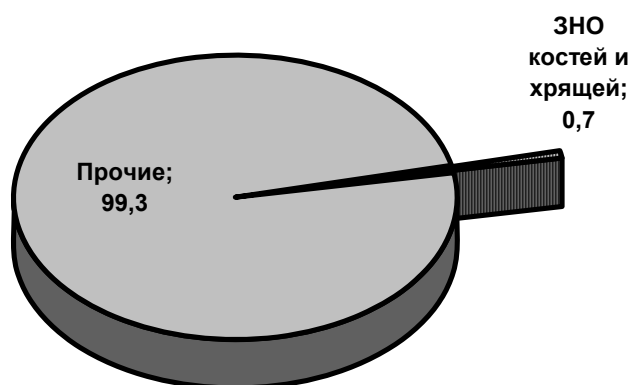
Смертность населения Российской Федерации от злокачественных новообразований костей, суставных хрящей с 1999 г. заметно снизилась – на 31,6% (табл. 11.7). В крае на протяжении последних лет абсолютное число умерших от злокачественных новообразований костей и суставных хрящей уменьшилось в 2 раза – с 140 человек в 1999 г. до 72 человек в 2007 г. Смертность от злокачественных новообразований костей и суставных хрящей в крае, так же как и в целом по России, снизилась. Темпы снижения выше, чем в Российской Федерации – в крае смертность уменьшилась в 2 раза, в Российской Федерации – на 1/3.

**Таблица 11.7**

**Смертность населения Российской Федерации и Краснодарского края от злокачественных новообразований костей и суставных хрящей в 1999-2007 гг.**

	Годы									% прироста к 1999 г.
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
<b>Краснодарский край (по данным Крайкомстата)</b>										
Число умерших	140	98	116	77	103	102	102	84	72	-48,6
Смертность	2,8	2,0	2,3	1,6	2,0	2,0	2,0	1,7	1,4	-50,0
<b>Российская Федерация</b>										
Смертность	1,9	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,3	-31,6

В структуре смертности от злокачественных новообразований доля онкопатологии опорно-двигательного аппарата среди населения Кубани составляет 0,7% (рис. 11.4.).



**Рис. 11.4. Доля злокачественных новообразований костей и суставных хрящей в структуре смертности населения края от злокачественных новообразований в 2007 г. (%)**

Семилетняя наблюдаемая выживаемость у пациентов со злокачественными опухолями костей составила 44,9%, т.е. почти половина наблюдаемых пережила семилетний рубеж. Обращает на себя внимание тот факт, что семилетняя выживаемость у мужчин на 20% выше, чем у женщин. В динамике с 2001 г. наблюдается рост показателя однолетней выживаемости, что свидетельствует об улучшении качества оказания медицинской помощи этой категории пациентов.

Показатели скорректированной выживаемости равны наблюдаемой при опухолях опорно-двигательного аппарата, что еще раз подтверждает минимальное влияние неонкологических причин смертности на выживаемость этой категории больных.



## Злокачественные новообразования мезотелиальных и мягких тканей (С45-49)

Под опухолями мягких тканей, согласно определению научного комитета ВОЗ, понимают все неэпителиальные опухоли, за исключением новообразований ретикулоэндотелиальной системы и опорной ткани органов. С гистологической точки зрения условность выделения опухолей мягких тканей очевидна, ибо те же самые новообразования мезенхимальной или нейроэктодермальной природы, но возникшие в толще паренхиматозных органов или в кости, к опухолям мягких тканей не относятся. Иными словами, одним из важных критериев, позволяющих считать, что опухоль исходит из мягких тканей, является ее локализация. Мягкие ткани составляют более 2/3 массы тела, однако частота опухолевых заболеваний невелика. Риск развития сарком мягких тканей, а особенно саркомы Капоши, повышен у людей с врожденным или приобретенным иммунодефицитом. Пусковым механизмом может быть также травма той или иной степени, интенсивности и экспозиции. Повышение риска отмечено у людей, получивших большие диагностические или лечебные дозы радиации. Небольшая часть сарком мягких тканей имеет наследственный характер. Более половины пациентов обращаются к специалистам с большими по размерам опухолями, которые уже прорастают в кость или нервные стволы. Большинство сарком мягких тканей обладает способностью к частому рецидивированию, после, казалось бы, радикальных операций. Данное положение свидетельствует о мультицентричности роста опухоли и ее рецидивов.

**Таблица 11.10**

**Динамика заболеваемости (на 100 тыс. населения) и численности заболевших злокачественными новообразованиями мезотелиальных и мягких тканей в 1999-2008 гг.**

	Годы										% прироста к 1999 г.
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
<b>Краснодарский край</b>											
Численность заболевших	113	114	146	136	125	135	131	123	117	129	14,2
Заболеваемость	2,3	2,3	2,9	2,7	2,5	2,6	2,6	2,4	2,3	2,6	13,0
<b>Российская Федерация</b>											
Заболеваемость	2,0	2,1	2,2	2,1	2,1	2,3	2,3	2,4	2,3	н/д	15,0

В последние годы в Российской Федерации уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями соединительной и других мягких тканей остается относительно стабильным, с небольшой тенденцией к росту (табл. 11.10)

Во многом статистическая оценка опухолей мягких тканей в целом по краю стала возможна в результате работы Популяционного ракового регистра Краснодарского края, так как в Государственной отчетности эта категория опухолей представлена крайне скудно.

В Краснодарском крае за последние 10 лет динамика показателей аналогична таковой по России – как абсолютное число заболевших, так и уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями мезотелиальных и мягких тканей имеет тенденцию к небольшому росту – на 13% за 10 лет.



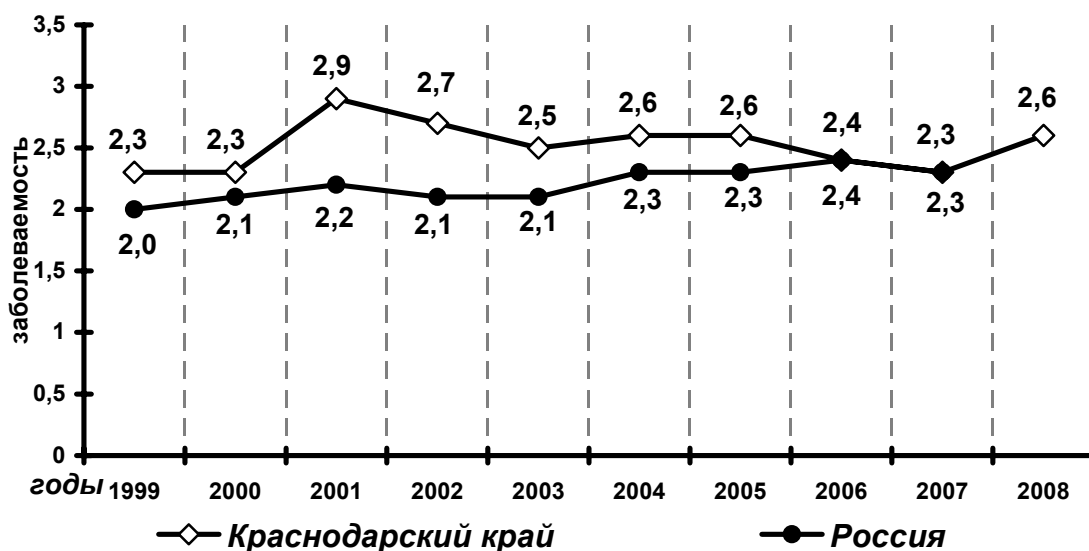


Рис. 11.5. Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями мезотелиальных и мягких тканей в Краснодарском крае и России в 1999-2008 гг.

В структуре всех злокачественных новообразований в Краснодарском крае злокачественные новообразования мезотелиальных и мягких тканей составили 0,7%. В структуре онкозаболеваемости в 2008 г. доля мезотелиальных и мягких тканей среди мужчин и женщин практически одинакова (рис. 11.6.).

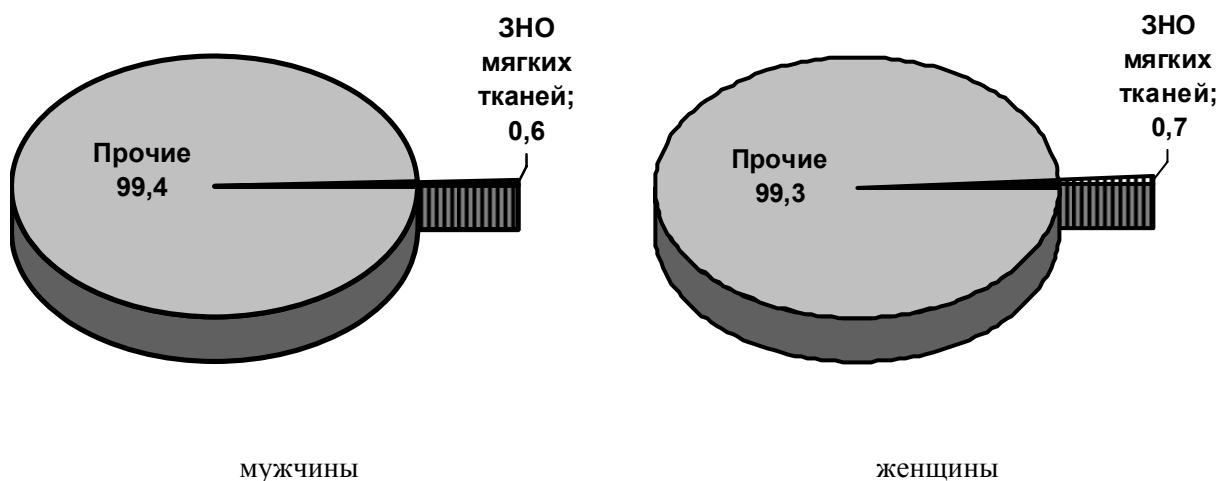


Рис. 11.6. Доля злокачественных новообразований мезотелиальных и мягких тканей в структуре заболеваемости мужского и женского населения края в 2008 г. (%)

В табл. 11.11 представлены уточненные по данным Популяционного ракового регистра Краснодарского края грубые и стандартизированные показатели заболеваемости за период с 2001 по 2007 гг. среди населения Кубани, а так же мужчин и женщин в отдельности.

И у мужчин, и у женщин пик заболеваемости злокачественными новообразованиями мезотелиальных и мягких тканей приходится на возраст 65-69 лет, однако, наблюдается еще один подъем показателя заболеваемости – в возрасте 55-59 лет (табл. 11.12). За 7 лет произошло снижение показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями мезотелиальных и мягких тканей у мужчин в возрасте от 15 до 54 лет и в интервале 60-64, рост в возрасте 54-59 лет и 65-69 лет. У женщин рост заболеваемости злокачественными новообразованиями мезотелиальных и мягких тканей наблюдается в возрасте 50-59 и 65-69 лет.

Таблица 11.11

**Уточненные показатели заболеваемости населения Краснодарского края злокачественными новообразованиями мезотелиальных и мягких тканей (С45-49) в 2001-2007 гг. (БД ПРР КК)**

Годы наблюдения	Оба пола			Мужчины			Женщины		
	абс. число	мировой стандарт	«грубый» показатель	абс. число	мировой стандарт	«грубый» показатель	абс. число	мировой стандарт	«грубый» показатель
2001	231	2,98	4,62	112	2,98	4,81	119	3,23	4,46
2002	201	2,43	4,02	87	2,43	3,73	114	2,64	4,27
2003	224	2,9	4,48	103	2,9	4,42	121	3,07	4,54
2004	224	3,15	4,48	86	3,15	3,69	138	2,93	5,17
2005	178	2,28	3,56	77	2,28	3,3	101	2,33	3,79
2006	176	2,36	3,52	75	2,36	3,22	101	2,2	3,79
2007	184	2,51	3,76	90	2,51	3,9	94	2,95	3,64

Таблица 11.12

**Возрастно-половые показатели заболеваемости населения Краснодарского края злокачественными новообразованиями мезотелиальных и мягких тканей (С45-49) на 100 тыс. населения (БД ПРР КК)**

Годы	Возраст, лет														
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+
	Мужчины														
2001				3,02	2,25	2,26	1,87	3,86	2,57	3,93	9,53	10,36	10,59	13,18	8,03
2002	0,86			1,01	1,12				1,54	4,49	5,44	16,83	11,91	11,86	10,70
2003			1,51	3,52	0,56	0,57	1,25	3,31	3,60	2,81	5,44	14,24	9,27	14,50	11,37
2004			0,50	1,01	0,56	1,70	1,87	0,55	2,57	5,05	2,72	6,47	7,28	29,00	7,36
2005			0,50	2,01	1,69	1,13	0,62	2,20	1,03	2,24	3,40	12,95	3,97	11,86	5,35
2006			0,5	0,5	0,57	0,57	1,25		2,57	2,24	6,13	10,36	0,66	17,13	6,69
2007			0,5	2,01	2,81	1,13		1,65	0,51	1,68	3,4	19,42	5,96	18,45	8,7
	Женщины														
2001		2,18	1,06		3,42	1,16	1,25	3,73	4,34	5,11	2,94	6,74	9,66	12,42	4,16
2002	2,76		0,53	1,06			1,25	3,20	5,79	2,04	5,29	3,85	10,58	7,10	5,65
2003	2,76		0,53	2,65	1,14	1,73	2,51	1,07	1,45	5,62	6,46	4,81	4,60	18,63	5,06
2004	2,76		0,53	1,59	2,28	1,16	1,88	1,07	4,34	5,11	9,98	10,59	4,14	23,95	2,97
2005			0,53		1,14	1,16	2,51	1,60	2,41	3,58	5,87	5,78	5,06	14,19	2,08
2006	2,76	0,73	0,53	1,06	0,57	1,16	1,88	1,07	1,45	3,58	4,7	13,48	0,92	17,74	1,78
2007	1,84		0,53	0,53	1,14	1,16		2,13	2,41	2,04	5,29	11,55	2,3	14,19	3,27

Заболеваемость злокачественными новообразованиями мягких тканей в муниципальных образованиях края за последние 10 лет представлена в табл. 11.13.

**Таблица 11.13**

**Заболеваемость злокачественными новообразованиями мезотелиальных и мягких тканей (С45-49) в 2000-2008гг. (на 100 тыс. населения)**

Муниципальное образование	Годы								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>КРАЙ</b>	<b>2,3</b>	<b>2,9</b>	<b>2,7</b>	<b>2,5</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>	<b>2,4</b>	<b>2,3</b>	<b>2,6</b>
Анапский	0,8	0,0	3,4	0,8	3,0	3,8	6,8	6,7	0,7
Армавир	6,1	2,2	0,6	2,8	2,9	2,4	1,4	1,4	2,9
Белореченский	2,0	1,9	0,0	2,0	3,9	1,0	2,9	2,9	3,8
Геленджик	2,4	0,0	1,2	2,4	2,4	9,4	1,2	1,1	3,4
Горячий Ключ	1,9	1,9	0,0	0,0	0,0	5,7	1,9	1,9	3,7
Ейский	3,6	5,0	3,6	2,9	5,0	4,3	0,0	0,0	2,8
Краснодар	2,4	4,9	3,5	3,2	1,8	2,8	1,8	1,8	3,2
Кропоткин	3,7	1,2	3,7	0,0	0,0	0,0	2,5	2,5	1,2
Крымский	0,8	3,8	3,8	5,3	3,2	0,8	0,0	0,0	2,3
Лабинский	1,0	2,9	4,9	4,9	0,0	3,0	5,0	5,0	0,0
Новороссийск	4,0	5,6	2,0	2,8	1,4	2,1	2,5	2,5	1,8
Славянск-на-Кубани	2,3	1,6	2,3	0,0	4,6	3,1	0,0	0,0	2,3
Сочи	2,0	2,8	1,3	3,0	2,8	3,8	4,5	4,5	2,0
Тихорецк	0,0	0,0	9,1	1,5	3,0	0,0	1,5	1,5	1,6
Туапсе	1,5	0,0	1,5	1,5	0,0	3,1	0,0	0,0	6,3
Абинский	1,1	0,0	1,1	1,1	4,5	2,2	1,1	1,1	5,6
Апшеронский	1,1	1,1	0,0	2,2	2,1	1,1	5,3	5,3	1,0
Белоглинский	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	3,1
Брюховецкий	3,8	1,9	3,9	0,0	1,9	0,0	3,7	3,8	0,0
Выселковский	0,0	4,7	1,6	3,1	3,3	0,0	5,0	5,0	0,0
Гулькевичский	0,0	0,0	3,0	0,0	2,0	2,0	1,0	1,0	3,0
Динской	0,8	0,8	1,7	1,7	7,5	3,3	1,6	1,6	4,8
Кавказский	4,5	2,3	0,0	2,4	2,2	4,5	2,3	2,3	0,0
Калининский	4,0	8,1	2,0	2,0	0,0	6,0	4,0	4,0	12,0
Каневский	1,0	0,0	4,8	0,0	4,9	2,0	5,8	5,8	1,9
Кореновский	4,7	0,0	5,8	4,7	0,0	1,2	3,5	3,5	0,0
Красноармейский	1,0	2,0	1,0	3,0	0,0	1,0	1,9	1,9	3,8
Крыловский	0,0	2,7	5,3	2,7	0,0	2,7	5,4	5,4	8,1
Курганинский	2,8	5,6	3,7	1,9	3,9	0,0	1,0	1,0	1,0
Кушецкий	7,1	0,0	4,2	0,0	4,3	1,4	2,8	2,8	1,4
Ленинградский	0,0	0,0	1,5	1,5	3,0	3,0	4,6	4,6	0,0
Мостовский	1,4	2,7	1,4	1,4	0,0	1,4	1,4	1,4	4,2
Новокубанский	1,2	2,4	4,8	2,4	0,0	1,2	1,2	1,2	2,3
Новопокровский	0,0	2,0	2,0	2,1	2,1	0,0	0,0	0,0	4,4
Отраденский	1,5	10,4	3,0	0,0	3,0	3,0	3,1	3,1	6,1
Павловский	2,9	2,9	11,5	4,3	0,0	2,9	0,0	0,0	2,9
Приморско-Ахтарский	3,3	0,0	1,7	6,8	3,3	3,3	0,0	0,0	1,7
Северский	2,8	2,8	0,9	0,0	4,6	1,9	5,5	5,5	2,7
Староминский	2,5	5,1	5,1	0,0	12,2	7,3	4,9	4,9	4,8
Тбилисский	5,8	1,9	3,9	7,8	0,0	2,1	4,2	4,2	2,1
Темрюкский	2,5	4,2	3,4	4,2	5,2	1,7	3,5	3,5	1,7
Тимашевский	1,0	1,0	2,9	1,9	1,9	1,9	0,9	0,9	1,9
Тихорецкий	3,3	10,1	1,7	3,4	3,3	0,0	3,3	3,4	0,0
Туапсинский	1,8	0,0	1,8	3,6	1,6	1,6	0,0	0,0	3,2
Успенский	0,0	0,0	0,0	2,5	2,4	4,9	2,4	2,4	4,8
Усть-Лабинский	1,9	5,7	2,9	2,9	7,9	5,3	0,9	0,9	2,7
Щербиновский	5,1	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6

Данные по заболеваемости злокачественными новообразованиями мезотелиальных и мягких тканей в муниципальных образованиях края представлены с 2000 г. До этого данные формирова-

лись только в целом по краю. Наиболее высокие показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями мезотелиальных и мягких тканей в 2008 г. отмечаются в Калининском, Крыловском, Отрадненском районах и г. Туапсе. В 7 муниципальных образованиях края в 2008 г. не выявлено ни одного случая злокачественного новообразования мезотелиальных и мягких тканей.

При злокачественных новообразованиях мезотелиальных и мягких тканей оценить уровень одногодичной летальности стало возможно только после внедрения в крае Популяционного ракового регистра, т.е. с 2001 г. Это связано с тем, что в стандартных отчетных формах злокачественные опухоли мезотелиальных и мягких тканей объединены с опухолями костей. Как видно из табл. 11.14, только 2 из 3 пациентов живут больше 1-го года с момента установления диагноза.

**Таблица 11.14**

**Одногодичная летальность в 2001-2007 гг. (БД ПРР КК, %)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% прироста к 2001 г.
Мезотелиальные и мягкие ткани	34,1	32,1	41,2	37,4	27,6	33,1	32,2	-5,6

Морфологическая верификация диагноза при опухолях мягких тканей чрезвычайно важна, т.к. эта категория опухолей имеет разнообразную гистологическую структуру. При этом тактика лечения и прогноз заболевания часто напрямую зависят от гистологического типа опухоли и его степени дифференцировки. Удельный вес морфологической верификации диагноза за последние 8 лет при опухолях мягких тканей несколько увеличился – с 81,0% до 82,2% (табл. 11.15).

**Таблица 11.15**

**Удельный вес морфологической верификации диагноза злокачественного новообразования мезотелиальных и мягких тканей в 2001-2008 гг. (БД ПРР КК, %)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007*	2008*
Мезотелиальные и мягкие ткани	81,0	85,5	86,2	84,9	84,8	93,2	86,8	82,2

\* по данным оперативной отчетности.

**Таблица 11.16**

**Смертность населения Российской Федерации и Краснодарского края от злокачественных новообразований мезотелиальных и мягких тканей в 1999-2007 гг.**

	Годы									% прироста к 1999 г.
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
<b>Краснодарский край</b> (по данным Крайкомстата)										
Численность умерших	95	123	133	109	106	90	95	100	105	10,5
Смертность	1,9	2,5	2,7	2,2	2,1	1,8	1,9	2,0	2,1	10,5
<b>Российская Федерация</b>										
Смертность	1,8	2,0	2,0	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	22,2

Смертность населения Российской Федерации от злокачественных опухолей мезотелиальных и мягких тканей за 9 лет выросла на 22,2%. В крае на протяжении анализируемого периода абсолютное число умерших от злокачественных новообразований мезотелиальных и мягких тканей сохраняется в пределах 95-105 человек. За последние года смертность от злокачественных новообразований мезотелиальных и мягких тканей имеет тенденцию к некоторому росту – на 10,5% с 1999 г. (табл. 11.16).



*Рис. 11.7. Динамика смертности от злокачественных новообразований мезотелиальных и мягких тканей в Российской Федерации и Краснодарском крае в 1999-2007 гг.*

В структуре смертности от злокачественных новообразований доля онкопатологии мезотелиальных и мягких тканей среди населения Кубани составляет 1,0% (рис. 11.8.).



*Рис. 11.8. Доля злокачественных новообразований мезотелиальных и мягких тканей в структуре смертности населения края от злокачественных новообразований в 2007 г. (%)*

Семилетняя наблюдаемая выживаемость у пациентов со злокачественными новообразованиями мезотелиальных и мягких тканей составила 56,1% (табл. 11.17), выживаемость у женщин несколько выше, чем у мужчин – 57,8% и 54,2% соответственно (табл. 11.18). Показатели скорректированной выживаемости равны наблюдаемой как при опухолях опорно-двигательного аппарата, так и при новообразованиях мягких тканей, что еще раз подтверждает минимальное влияние неонкологических причин смертности на выживаемость этой категории больных.

