

УДК: 616.155.392.8-036:575.191 14.01.00

***Мирзаахмедова И.З.
ассистент кафедры
госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан. Узбекистан***

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕМОБЛАСТОЗОВ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Резюме. В структуре онкологической заболеваемости, среди злокачественных опухолей прочих локализаций, гемобластозы занимают 5-6 место. Замечено, что мужчины болеют гемобластозами чаще женщин, а сельские жители реже, чем городское население. У детей первых 5 лет жизни с абсолютной частотой преобладает острый лимфобластный лейкоз у лиц в возрасте 20-45 лет – хронический миелолейкоз. Поиск адекватных путей профилактики, раннего выявления и эффективного лечения гемобластозов является острейшей проблемой онкогематологии

Ключевые слова: Гемобластоз, лейкоз, острый лимфобласт, острого лимфолейкоза, острого миелолейкоза

***Mirzaaxmedova I.Z.
department assistant
hospital therapy and endocrinology
Andijan State Medical Institute
Andijan. Uzbekistan***

FREQUENCY OF CHRONIC HEMOBLASTOSIS AND AGE FEATURES

Summary. In the structure of oncological morbidity, among malignant tumors of other localizations, hemoblastoses occupy the 5th-6th place. It is noticed that men suffer from hemoblastoses more often than women, and rural residents less often than the urban population. In children of the first 5 years of life, acute lymphoblastic leukemia prevails with an absolute frequency in persons aged 20-45 years - chronic myeloid leukemia. The search for adequate ways of prevention, early detection and effective treatment of hematological malignancies is the most acute problem of oncohematology.

Keywords: Hemoblastosis, leukemia, acute lymphoblast, acute lymphocytic leukemia, acute myeloid leukemia.

Актуальность. Гемобластозы – костномозговые и внекостномозговые неопластические процессы, представленные двумя группами заболеваний - миелопролиферативными (лейкозами) и лимфопролиферативными (гематосаркомами). Гемобластозы – злокачественные опухолевые заболевания, характеризующиеся первичным поражением кроветворной и лимфатической тканей.

За последние десятилетия частота гемобластозов неуклонно растет: ежегодно в мире, западноевропейских странах и США регистрируется 7-11 случаев опухолей кроветворной ткани на 100 тыс. населения.

В структуре онкологической заболеваемости, среди злокачественных опухолей прочих локализаций, гемобластозы занимают 5-6 место. Замечено, что мужчины болеют гемобластозами чаще женщин, а сельские жители реже, чем городское население. У детей первых 5 лет жизни с абсолютной частотой преобладает острый лимфобластный лейкоз у лиц в возрасте 20-45 лет – хронический миелолейкоз. Поиск адекватных путей профилактики, раннего выявления и эффективного лечения гемобластозов является острой проблемой онкогематологии

Каждая нозологическая форма гемобластоза характеризуется своеобразием возрастного распределения не в меньшей степени, чем

клинико-морфологических особенностей. Типовые возрастные кривые заболеваемости выражены во всех экономически развитых странах.

Цель исследования. Дать оценку влияния комплексного воздействия химических факторов окружающей среды на формирование первичной заболеваемости гемобластозами у населения разного возраста, проживающего на территориях с различной антропогенной нагрузкой.

Материалы и методы исследования. Распределение показателей острого лимфолейкоза (ОЛЛ) по возрастным группам характеризуется наличием двух максимумов (бимодальностью): в детском возрасте (3—4 года) и пожилом возрасте (75 лет и старше) после длительного подъема. Снижение частоты после второго максимума обусловлено как высокой конкуренцией других причин смерти в пожилом возрасте, так и наибольшим в этой группе недоучетом заболеваний. По материалам канцеррегистров, снижение заболеваемости в старшем возрасте выражено гораздо меньше.

Результаты исследования. Для острого миелолейкоза (ОМЛ) также характерна бимодальная кривая, но младенческий максимум заболеваемости ограничен первым годом жизни и очень мал по сравнению с ОЛЛ. Максимум старшего возраста также ниже, чем для ОЛЛ. Хронический миелолейкоз встречается во всех возрастных группах, но частота его постепенно нарастает от очень низких показателей для детского возраста к максимуму в пожилом возрасте.

Неходжкинскиелимфомы имеют возрастную кривую, принципиально сходную с таковой ХМЛ, но во всех возрастных группах показатели в 4 раза выше. На кривой частоты лимфомы Ходжкина первый максимум в виде растянутого пика приходится на возраст 15—30 лет. Максимум старшего возраста выражен значительно меньше, чем для других форм гемобластозов. Такое возрастное распределение ЛХ характерно для западных стран. Случаи заболевания хроническим лимфолейкозом практически не встречаются до возраста 30 лет, после 40—50 лет

заболеваемость круто устремляется к максимуму в возрасте 85 лет и старше. Уровень максимума зависит от этнического состава населения. В России в среднем максимум заболеваемости мужчин достигает 20, а женщин 10 на 100 тыс. В Японии, Китае, Корее максимум в 5 раз ниже. Есть этносы, например популяция европейских евреев, для которых возрастной максимум заболеваемости ХЛЛ может достигать 50 и более на 100 тыс.

Возрастная кривая множественной миеломы (ММ) принципиально похожа на кривую хронического лимфолейкоза (ХЛЛ), но максимум в 3 раза ниже. Есть данные об этнической зависимости уровня заболеваемости ММ: высокая частота характерна для афро-американцев США. Редким и очень агрессивным вариантом ММ является плазмоклеточный лейкоз, характеризующийся стремительным течением и плохим прогнозом. Случаи этого заболевания крайне редки, возрастная зависимость не вполне определена. Статистические данные частоты истинной полицитемии (ИП), по-видимому, занижены из-за сложности распознавания ранней фазы болезни обычными методами обследования. Кривая заболеваемости начинается в среднем возрасте и достигает максимума к 75 годам. Соотношение частоты у мужчин и женщин 1,2:1. Крайне редко сообщается об ИП в детском возрасте. Каждый такой случай нуждается в тщательной проверке, поскольку речь может идти о семейной полицитемии — редкой, но отдельной нозологической форме

Вывод. Возрастные кривые гемобластозов настолько характерны, что могут служить критерием качества регистрации заболеваний. В среднегодовом приросте заболеваемости за последние годы (1,26 %) вклад старшего возраста наиболее высок.

Доля больных до 40 лет составляет 25 %, 40 - 59 лет — также 25 %, тогда как половина заболевших — лица 60 лет и старше. Из-за возрастной убыли населения распределение абсолютной численности заболевших лиц

по возрастным группам для всех нозологических форм гемобластозов сдвинуто к молодому возрасту.

По причине большей средней продолжительности жизни женщин и, следовательно, большего их представительства в старших возрастных группах возникает инверсия: вопреки более высокой заболеваемости мужчин среди пациентов их абсолютное число оказывается ниже, чем женщин. В связи с этим госпитальные показатели частоты гемобластозов по полу и возрасту не соответствуют популяционным показателям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азовская Т.Ю. Алгоритм иммунологической диагностики острых лейкозов/ Т.Ю.Азовская, Л.Г. Фечина, С.В. Сазонов // Вести Урал. гос. акад. - 1998. — №3. - С. 48-53.
2. Алексеев Н.А. Лейкозы у детей/Н.А. Алексеев, И.М. Воронцов. М. : Медицина, 1988.-248 с.
3. Андропова О.А. Диагностика интоксикаций у больных с лейкозами/О.А.Андропова, Д.И. Макарова // III Всероссийский съезд гематологов и трансфузиологов : тез. докл. СПб., 1996.- С. 23.
4. Анисимов В.Н. Канцерогенез и онкогене : основные направления и результаты исследования/В.Н. Анисимов // Вопр. онкологии. 1997. - Т. 43. — С. 88-94.
5. Анисимов В.Н. Старение и канцерогенез/В.Н. Анисимов // Успехи геронтологии. 2002. - Т. 10.-С. 99-125.
6. Рак у пожилых/под ред. В.Н. Анисимова, В.М. Моисеенко, К.П. Хансона. -СПб. : ООО «Изд-во Н-Л», 2004. 336 с.
7. Аширов Р.С. Актуальные проблемы радиационной медицины и гигиены/ Р.С. Аширов, А.Ф. Фролов, Ю.П. Владимиров. — Саранск : б. и., 1996. 21 с.
8. Баева Е.В. Влияние ионизирующего облучения на клеточный иммунитет/ Е.В. Баева, С.Г. Мельник, В.Н. Хромяк // Физиология человека. — 1998. — № 1. — С. 107-113.

9. Бай дун Л.В. Комплексный анализ инициальных бластных клеток при остром лимфобластном лейкозе у детей/Л.В. Байдун. -М., 1996. 38 с.
10. Байдун Л.В. Современная диагностика и классификация острой миелобласт-ной лейкемии/Л.В. Байдун // Гематология и трансфузиология. 1996. - Т. 41, №4.-С. 35-41.
11. Байдун Л.В. Современная диагностика и классификация острой лимфобласт-ной лейкемии/Л.В. Байдун // Гематология и трансфузиология. 1997. - Т. 42, №3.-С.37^2.
12. Балакирев С.А. Врожденный острый лейкоз у детей/С.А. Балакирев // Детская онкология. 1999. — № 1 — С. 29.
13. Барышников А.Ю. Иммунологический фенотип лейкозной клетки/ А.Ю.Барышников, З.Г. Калагидзе, Л.А. Махонова и др.. М. : Медицина, 1989.-С. 240.
14. Беликова Л.Ю. Пособие для врачей гематологов/Л.Ю. Беликова, А.И. Ка-рачунский, Е.В. Самочетова. — М., 2002. - 51 с.
15. Бене М.К. Предложения для иммунологической классификации острых лейкозов/М.К.Бене, Г.Кистолди, В.Нанн и др. // Гематология и трансфузио-логия. 1996. - Т. 41, № 6. - С. 43-45.