АКАДЕМИЯ НАУК РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

УДК: 616-006

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО:Академик-секретарь Отделения Проф. Тимербулатов В.М. «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 г. | УТВЕРЖДАЮ:Вице-президент АН РБПроф. Кунакова Р.В. «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 г. |
| СОГЛАСОВАНО:Председатель экспертной комиссии(научного совета)Проф. Камилов Ф.Х. «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 г. | СОГЛАСОВАНО:Ректор ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РоссииПроф. Павлов В.Н. «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 г. |
| ОТЧЕТО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ ПО ГНТП РБ*«Стимулирование инновационной деятельности в Республике Башкортостан» в 2015 году»*за 2015 г. по теме:Оценка влияния социально-значимых заболеваний (сердечно-сосудистые, онкологические) на демографические показатели и прогноз ожидаемой продолжительности жизни и преждевременной смертности |
| Ректор ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Павлов В.Н.подпись, датаРуководитель темы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ганцев Ш.Х.подпись, дата |

Уфа 2015

СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Руководитель темы,

д-р мед.наук, проф. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ш.Х.Ганцев (введение, заключение)

подпись, дата

Исполнители темы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В.В.Плечев (раздел 7, заключение)

д-р мед.наук, проф. подпись, дата

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.Р.Рахматуллина (раздел 7)

д-р мед.наук, проф подпись, дата

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.Н.Липатов (раздел 6)

д-р мед.наук, проф подпись, дата

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ К.Ш.Ганцев (раздел 6)

д-р мед.наук подпись, дата

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.Ш.Зайнуллин (раздел 9)

канд. мед.наук подпись, дата

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Д.С.Турсуметов (раздел 10)

канд. мед.наук подпись, дата

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.Г.Валиева (раздел 11)

канд. мед.наук подпись, дата

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Л.Н.Кудряшова (раздел 2, 3, 4)

канд. мед.наук подпись, дата

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Г.Х.Ахмадуллина (раздел 2, 3)

канд. мед.наук подпись, дата

РЕФЕРАТ

Отчет 50 с., 1 ч., 4 рис., 6 табл., 18 источников, 9 прил.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ СМЕРТНОСТЬ

Объектом исследования являются показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Республики Башкортостан, больные сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель работы - провести анализ влияния сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний на демографические показатели в Республике Башкортостан, определить прогноз ожидаемой продолжительности жизни и преждевременной смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний..

Существенный вклад в структуру онкологической заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований вносят опухоли гормонозависимых органов, предпринято исследование данной проблемы на региональном уровне.

В результате исследования впервые были разработаны новые высокоэффективные и высокотехнологичные методы лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, внедрение которых в клиническую практику сердечно-сосудистых центров в РБ позволило снизить смертность населения. С 2012 по 2014 годы показатель смертности снизился на 14,4 % и составляет 521,7 на 100 тыс. населения. В результате исследования многолетних трендов заболеваемости гормонозависимыми опухолями, вносящими наибольший вклад в формирование смертности от онкологических заболеваний, выделены основные закономерности их распространения в РБ, а также сформированы таргетные группы для целевой направленности противораковых профилактических мероприятий.

Степень внедрения – результаты исследования внедрены на региональном уровне в практике онкологических и сердечно-сосудистых центров.

СОДЕРЖАНИЕ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование раздела | С. |
| 1. | Введение | 5 |
| 2. | Полученные результаты  | 7 |
| 3. | Заключение | 33 |
| 4. | Список использованных источников | 37 |
| 5. | Приложение | 45 |

ВВЕДЕНИЕ

Одним из социальных маркеров благополучия общества, отражающим состояние здоровья и уровень смертности является показатель ожидаемой продолжительности жизни населения. Данный показатель используется ООН как одна из 3-х составляющих для построения индекса человеческого потенциала наряду с величиной валового внутреннего продукта и уровнем образования. Показатель ожидаемой продолжительности жизни, в отличие от общего коэффициента смертности населения, не зависит от изменений в возрастном составе населения. Этот показатель показывает, сколько лет в среднем предстоит прожить как новорожденному (ожидаемая продолжительность жизни при рождении - ОПЖ), так и человеку, достигшему определенного возраста (ожидаемая продолжительность дальнейшей жизни), при условии, что смертность населения в отдельных возрастных группах (от 0 до 100 лет) останется такой же, что и в году, для которого исчислен данный показатель.

По данным официальной статистики, приведенным в материалах территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Башкортостан, по итогам 2014г. показатель ОПЖ в среднем по Российской Федерации составил 70,93 лет, в том числе по городскому населению – 71,48 года, по сельскому - 69,37 лет. По Республике Башкортостан в 2014г. ОПЖ составила 69,76 лет, по городскому населению – 70,74 лет, по сельскому – 68,08 лет. Годовой прирост показателя по России составил 0,17 лет, по Республике Башкортостан – 0,13 лет. По показателю ОПЖ в 2014г. среди субъектов России Республика Башкортостан занимает 49 место, среди республик и областей Приволжского федерального округа Башкортостан на 9 месте. Для России и ее субъектов свойствен большой разрыв между продолжительностью жизни мужчин и женщин. Разница между ОПЖ мужчин и женщин в 2014г. составила по России 11,2 лет, в Республике Башкортостан – 12,2 лет. Сохраняются поселенческие различия в уровне ОПЖ. По итогам 2014г. в республике показатель по городскому населению на 2,66 года выше, чем по сельскому населению.

В 2014г. сохранились все основные параметры структурного распределения смертности в Республике Башкортостан: более высокий уровень смертности среди сельского населения, значительное превышение смертности мужчин над уровнем смертности женщин. Острым остается вопрос преждевременной смертности. В 2014г. на смертность в трудоспособном возрасте приходилось 29,0% всех смертей, в городской местности – 28,8%, в сельской – 29,2%. В 2013г. удельный вес смертности в трудоспособном возрасте – 29,3%, в 2010г. – 28,9%.

Среди причин смерти наиболее распространенными остаются болезни системы кровообращения – 41,8%, новообразования – 11,6%, внешние причины – 11,2%.

Злокачественные новообразования в настоящее время являются одной из главных медико-социальных проблем здравоохранения во всех развитых и во многих развивающихся странах, а противораковые мероприятия имеют важное государственное значение.

В 2013 г. в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 535 887 случаев злокачественных новообразований (в том числе 245 180 и 290 707 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2012 г. составил 1,9%. "Грубый" показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 000 населения России составил 374,2 (все показатели рассчитаны на численность населения 2012 г.), что на 1,9% выше уровня 2012 г. и на 17,9% выше уровня 2003 г. Стандартизованный показатель (мировой стандарт возрастного распределения) составил 234,7 (в 2012 г. -227,6), прирост за 10-летний период - 9,9%.

В Республике Башкортостан ежегодно выявляют около 11 тыс. впервые заболевших злокачественными новообразованиями (ЗНО) больных. За последние пять лет заболеваемость злокачественными новообразованиями в республике увеличилась на 2,1% и в 2009 году составила 275,7 на 100 тыс. населения. Смертность от злокачественных новообразований в 2009 году уменьшилась на 4,4% и составила 148,1 на 100 тыс. населения (в 2005г. - 154,9). При этом, доля больных, умерших от злокачественных новообразований в течение года с момента установления диагноза снизилась до 31,5% (2005г. - 34,7%). На сегодняшний день на учете в Республиканском клиническом онкологическом диспансере состоит 71 847 больных, т.е. 1,7% населения Республики Башкортостан. Анализ основных показателей за последние годы свидетельствует об их стабилизации. Запущенность остается практически  на одном уровне (2009г. - 24,7%, 10 мес. 2010г. - 22,8%).

В настоящее время Республика Башкортостан относится к благополучным территориям Российской Федерации по многим параметрам здоровья населения, но тем не менее переживает демографический кризис, связанный со старением и естественной убылью населения, низкой средней продолжительностью жизни, низкой рождаемостью и высокой смертностью.

Особенно актуальным в сложившихся условиях является разработка и внедрение научно-обоснованных профилактических мероприятий по снижению смертности, связанной с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Используя статистические данные, можно спрогнозировать какой процент населения нашей страны не доживает до пенсионного возраста, а также возможные изменения этого показателя в случае увеличение пенсионного возраста по предложению Минфина до 63 лет для мужчин и женщин. Базовый материал, использованный при подготовке, обобщен Институтом Демографии НИУ ВШЭ. В Российской Федерации продолжительность жизни мужчин и женщин отличаются. Так, фактическая и прогнозная величина продолжительности жизни мужчин выглядит следующим образом: на сегодня продолжительность жизни у мужчин 64,6 лет. По благоприятному сценарию к 2030 году она может возрасти до 72,9, по среднему до 68,7, а по неблагоприятному снизиться до 64,4 лет. В женской популяции картина иная. По благоприятному сценарию к 2030 году она может возрасти до 82,9, по среднему до 79,5, а по неблагоприятному составит 76,1 лет. В настоящее время средняя продолжительность жизни женщин составляет 75,8 лет. Разница продолжительности жизни мужчин и женщин, ощутимая. В мировом масштабе первое место по продолжительности жизни занимает Андора – 82,75 лет, а разница между продолжительностью жизни мужчин и женщин составляет около 5 лет. Россия в этом рейтинге занимает 113 место ([http://ostranah.ru/\_lists/life\_expectancy.php](http://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fostranah.ru%2F_lists%2Flife_expectancy.php&h=6AQGoFCOjAQHJjOAcwSZ8b2_FVPEfqIt7roxLbY2s_OgmGA&enc=AZOOQjkG7ucM_HFW-1n_YFtUAYHZVi82sMdoeqZaQLTSjYwBXeiO1oeE3Wi1430UZuU-Eil_m5gVoIsBm-eJk4R2ykdV03uJTUtSX20S0zI9C2XV7kQpr2igY9P_drDqfBgs05hmforJ_A90XMP3QREZWPwbTHOZG8vBAU1ZCEPjxwyS33tZZbdiEuRN7IjhGoMqNDm3OJPhakpvMog_aIle&s=1)). Последнее место занимают в представленном рейтинге жители Свазиленда, где средняя продолжительность жизни 32,2 года, у мужчин- 31,8, а у женщин – 32,6 лет. Резюмируя данный раздел, можно отметить, что в ряду общих проблем касающихся продолжительности жизни, с особой остротой стоит продолжительность жизни мужского населения страны. Тем более, мужчины относятся к группе «производительных» сил и их преждевременный уход из жизни существенно сказывается на экономике страны. Вопрос о том, какой процент населения не доживает до пенсионного возраста и как он изменится в случае увеличения пенсионного возраста дать довольно сложно, однако я полагаю, что этот прогностический фактор должен быть учтен при обсуждении пенсионного возраста в обновленном формате.
В демографии выделяют 3 периода смертности: до 30 лет, с 30 до 59 лет и свыше 60 лет. Про тех людей, которые умерли до 30 лет нельзя сказать, что они скончались «до пенсии», потому что они умерли практически и не начав работать. Что же касается доли умерших с 30 до 59 лет - она остается стабильной на протяжении многих лет и составляет около 20%. Значит резервы по улучшению демографических показателей в нашей стране кроются в первом и третьем периодах жизни. Можно полагать, что если улучшить качество медицинской помощи для поколения первого периода и особенно, третьего, то можно будет добиться ощутимых результатов по увеличению продолжительности жизни и реализации полноценной реформы пенсионного возраста.

 Актуальность анализа смертности от злокачественных новообразований взрослого населения РБ обусловлена тем, что онкологические заболевания являются одной из основных причин смертности населения как России в целом, так и Республики Башкортостан. В предыдущих наших исследованиях было установлен ряд выводов:

1. Прирост абсолютного числа мужчин, умерших от злокачественных новообразований за период 1993-2002 гг. в Республике Башкортостан составил 20,8%, для женщин этот показатель составил 21,2%. В популяции взрослого населения в целом абсолютное число умерших от злокачественных новообразований за исследованный период возросло на 21,0%.

2. Из наиболее существенных изменений структуры смертности населения Республики Башкортостан старше 15 лет за период 1993-2002 гг., повлекших за собой перераспределение ранговых позиций, следует отметить снижение относительной доли смертности от новообразований пищевода на 24,3% и новообразований шейки матки на 20,8% и увеличение удельного веса в структуре смертности новообразований почки на 88,8%, предстательной железы – на 76,9%, прямой кишки, ректосигмоидного отдела, ануса – на 36,9%, ободочной кишки – на 26%, молочной железы – на 13,6%.

3. Перераспределение ранговых позиций в структуре смертности от злокачественных новообразований взрослого мужского населения РБ за исследуемый период времени произошло вследствие снижения относительной доли новообразований пищевода на 20,7%, гортани на 27,6% и увеличения удельного веса новообразований предстательной железы на 77,1%, прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса на 47,1%, ободочной кишки на 41,6%, лимфатической и кроветворной ткани на 18,3%, мочевого пузыря на 4,0%.

4. В динамике за исследуемый период 1993-2002 гг. в структуре смертности от злокачественных новообразований женского населения РБ старше 15 лет произошло снижение относительной доли новообразований пищевода на 30,9%, шейки матки на 21,0%, желудка на 18,8%, трахеи, бронхов, легкого на 5,5%. Увеличилась относительная доля новообразований лимфатической и кроветворной ткани на 33,9%, прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса на 26,1%, ободочной кишки на 15,1%, молочной железы на 13,4%.

5. Структуры смертности от злокачественных новообразований различных половозрастных групп населения РБ старше 15 лет имели принципиальные отличия. В структуре смертности и мужского и женского населения возрастных групп 15-29 лет приоритетную позицию занимали новообразования лимфатической и кроветворной ткани. В структуре смертности от злокачественных новообразований мужского населения 30-39 лет за исследованный период новообразования трахеи, бронхов, легкого уступили первую позицию новообразованиям лимфатической и кроветворной ткани вследствие снижения их удельного веса на 30,9%, на третьей позиции находятся новообразования желудка. В структуре же смертности от злокачественных новообразований женского населения РБ 30-39 лет на первой позиции находились новообразования молочной железы. Новообразования желудка вследствие уменьшения их относительной доли на 44% сместились за период 1993-2002 гг. со второй позиции на четвертую, на вторую позицию переместились новообразования шейки матки вследствие увеличения их относительной доли на 53,6%, новообразования лимфатической и кроветворной ткани — на третью позицию.

Ведущие позиции в структуре смертности от злокачественных новообразований мужского населения 40-49 лет занимали новообразования трахеи, бронхов, легкого, желудка и лимфатической и кроветворной ткани. Основной причиной смертности от злокачественных новообразований женского населения 40-49 лет являлись новообразования молочной железы, новообразования яичника сместили со второй позиции новообразования желудка вследствие снижения их удельного веса на 50%. Относительная доля новообразований лимфатической и кроветворной ткани увеличилась на 240%, сместив с третьей позиции новообразования шейки матки.

В структуре смертности от злокачественных новообразований мужского населения РБ 50-59 лет ведущие ранговые позиции занимали новообразования трахеи, бронхов, легкого, желудка и пищевода. Основной причиной смертности от злокачественных новообразований женского населения РБ 50-59 лет были новообразования молочной железы, новообразования шейки матки сместили со второй позиции новообразования желудка вследствие уменьшения их удельного веса на 40,3%, на третьей позиции в структуре смертности были новообразования яичника.

В структуре смертности от злокачественных новообразований мужского населения 60-69 лет приоритетные позиции занимали новообразования трахеи, бронхов, легкого, желудка, пищевода. Новообразования молочной железы в структуре смертности от злокачественных новообразований женского населения 60-69 лет сместили с первой позиции на вторую новообразования желудка вследствие увеличения их удельного веса на 28,8%. Новообразования трахеи, бронхов, легкого сместили сместили с третьей позиции новообразования шейки матки вследствие снижения их относительной доли на 50,6%.

Новообразования трахеи, бронхов, легкого занимали первую позицию в структуре смертности от злокачественных новообразований мужского населения 70-79 лет, вторую позицию занимали новообразования желудка, новообразования предстательной железы за исследованный период переместились на третью позицию, сместив новообразования прямой кишки, вследствие увеличения их относительной доли на 29,9%.

Ведущие позиции в структуре смертности от злокачественных новообразований женского населения 70-79 лет занимали новообразования желудка, далее следовали новообразования молочной железы, новообразования прямой кишки сместили с третьей позиции новообразования шейки матки вследствие увеличения их относительной доли на 74,1%.

В структуре смертности мужского населения 80 лет и старше новообразования трахеи, бронхов, легкого сместили с первой позиции на вторую новообразования желудка вследствие снижения их удельного веса на 7,1%. Новообразования прямой кишки сместили с третьей позиции новообразования поджелудочной железы вследствие увеличения их удельного веса на 78,6%.

Новообразования молочной железы, вследствие увеличения их относительной доли на 52,1% в структуре смертности от злокачественных новообразований женского населения 80 лет и старше, сместили с первой позиции на вторую новообразования желудка. Новообразования прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса сместили с третьей позиции новообразования шейки матки из-за увеличения их удельного веса на 55,4%.

Таким образом, прослеживается увеличение доли гормонозависимых опухолей в структуре смертности у мужчин и женщин, поэтому на данном этапе мы провели изучение заболеваемости этими видами ЗНО в РБ.

Учитывая тот факт, что в странах с развитой и развивающейся экономикой в последнее десятилетие существенный вклад в структуру онкологической заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований вносят опухоли гормонозависимых органов, нами предпринято исследование данной проблемы на региональном уровне.

Рак предстательной железы занимает второе место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России (12,1% в 2012 г.). Абсолютное число впервые в жизни установленных диагнозов злокачественного новообразования предстательной железы в РФ увеличилось с 13245 случаев в 2002 году до 29082 случаев в 2012 году. Заболеваемость раком предстательной железы возросла с 19,84 на 100000 населения (2002 г., «грубые показатели») до 43,89 в 2012 году, с среднегодовым темпом прироста 8,45% и приростом показателя за последние 10 лет в 157,78%. Смертность от рака предстательной железы в РФ также возрастала с 11,32 на 100000 населения (2002 г., «грубые показатели») до 16,39 на 100000 населения в 2012 г, с среднегодовым темпом прироста -11,32% и темпом прироста – 53,87%. Абсолютное число умерших от рака предстательной железы возросло с 7556 в 2002 г. до 10861 в 2012 г. [1].

Во всем мире рак предстательной железы находится на втором месте в структуре онкологической заболеваемости и на пятом месте в структуре смертности от злокачественных новообразований среди мужчин. По приблизительным оценкам (GLOBOCAN, 2012), в 2012 году 1,1 миллиона мужчин в мире впервые заболели раком предстательной железы, что составило 15% в структуре заболеваемости мужского населения, с почти 70% числом случаев (759000) в более развитых регионах. Заболеваемость раком предстательной железы во всем мире варьирует более чем в 25-кратном исчислении; наивысшие уровни в Австралии/Новой Зеландии и США (заболеваемость 111,6 и 97,2 на 100000 населения, соответственно), и в Западной и Северной Европе, рак предстательной железы становится распространенным в этих регионах из-за внедрения PSA-скрининга и последующей биопсии. Большинство международных различий в уровнях заболеваемости раком предстательной железы отражают различия в распространенности PSA-скрининга, который позволяет выявлять индолентные формы рака простаты, которые могли бы быть нераспознанными на протяжении всей жизни [7, 14]. Соответственно оценкам, от 23% до 42% случаев рака предстательной железы в европейских странах и США могут быть выявлены в результате гипердиагностики в результате PSA-скрининга [8, 10]. Относительно низкие показатели смертности среди белого населения США и в некоторых европейских странах, где практика PSA-скрининга обычна, могут также поддерживать роль гипердиагностики в высоких показателях заболеваемости в этих странах. Однако, некоторые из региональных различий могут отражать реальную ситуацию. В двух исследованиях, проведенных перед внедрением PSA-скрининга, сообщается о сильной региональной корреляции между употреблением жира на душу населения и показателями заболеваемости и смертности, которые предположили среди причин возникновения рака предстательной железы употребление животного жира [2, 16]. Эти находки были подтверждены последующими аналитическими исследованиями [4, 11]. Далее, высокие показатели заболеваемости и смертности среди популяции черного населения США и других частях света (включая Ямайку и Тринидад и Тобаго) [6, 18] могут отражать различия в генетически обусловленной восприимчивости [5, 15]. Показатели заболеваемости в США, Канаде и Австралии в настоящее время уменьшаются после выраженного прироста между поздними 1980-ми и ранними 1990-ми благодаря быстрому распространению PSA-скрининга, в то время как в Великобритании и других европейских странах продолжают немного расти из-за расширения осведомленности и постепенного принятия PSA-скрининга [3]. Уровни смертности от рака простаты снижаются в большинстве западных стран, включая США, Канаду, Финляндию, Францию, Израиль, Италию, Нидерланды, Норвегию, Португалию, Швецию, Австралию [3]. Причина этого неясна, но может отражать как улучшение лечения, так и ранней диагностики [12, 13]. Однако, недавнее рандомизированное исследование, проведенное в США, опровергло роль PSA-скрининга в уменьшении смертности от рака предстательной железы, несмотря на это, другое европейское исследование показало его преимущества в этом [9, 17].

В связи с актуальностью вышеизложенных вопросов и определяющего значения эпидемиологических исследований для разработки противораковых мероприятий нами выполнено исследование по изучению заболеваемости раком предстательной железы в Республике Башкортостан за двадцатилетний период с 1993 по 2002 гг. и с 2003 по 2012 гг. в сравнительном аспекте.

Основной причиной смертности женского населения России от злокачественных новообразований за последние два десятилетия являлись опухоли органов репродуктивной системы: молочной железы и женских половых органов. Смертность от рака молочной железы возросла в РФ с 28,2 на 100000 населения (2001 г., «грубые показатели») до 30,35 на 100000 населения в 2011 г. Абсолютное число умерших от рака молочной железы увеличилось в РФ с 21592 в 2001 г. до 23320 в 2011 г., достигнув 17,3% в структуре смертности, от рака органов женской половой системы с 19794 до 20452, соответственно, составив 15,1% в структуре смертности женщин от онкологических заболеваний в 2011 г.

В связи с актуальностью вышеизложенных вопросов и определяющего значения эпидемиологических исследований для разработки противораковых мероприятий нами выполнено исследование по изучению заболеваемости раком молочной железы, шейки матки и яичников в Республике Башкортостан за двадцатилетний период с 1993 по 2002 гг. и с 2003 по 2012 гг. в сравнительном аспекте.

В задачи исследования входило изучение первичной онкологической заболеваемости раком предстательной железы за 20 лет (1993-2002 гг. и 2003-2012 гг.) мужского населения РБ. В задачи исследования также входило изучение первичной онкологической заболеваемости злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы за 20 лет (1993-2002 гг. и 2003-2012 гг.) женского населения РБ. Сбор информации осуществлялся путем выкопировки данных из отчетной формы №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями». При сборе первичной информации использовали свод статистических и отчетных данных (форма №61-ж), извещения на больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма № 090/у); форму №281; журналы учета, регистрации выявленных злокачественных новообразований, а также отчет о больных злокачественными новообразованиями (форма №35). Исследование проводилось сплошным методом. Были получены показатели первичной онкологической заболеваемости раком предстательной железы у мужчин, новообразованиями органов репродуктивной системы у женщин, закономерности уровня, динамики заболеваемости в разные годы в зависимости от возраста. Сведения о численности и поло-возрастном составе населения РБ были получены в Госкомстате РБ.

На первом этапе был проведен анализ заболеваемости взрослого мужского населения РБ раком предстательной железы. Усредненный «грубый» показатель заболеваемости за 1993-2002 гг. новообразованиями указанной локализации составил 19,8 на 100 тыс. соответствующего населения, стандартизованный – 17,4. Соотношение их к соответствующим показателям заболеваемости всего мужского населения составило 1,3. Максимальным уровень «грубого» показателя заболеваемости был в группе 75-79 лет (226,0), стандартизованного – в группе 70-74 года (3,57). Показатель заболеваемости возрастал после 60 лет (табл. 1).

|  |
| --- |
| Таблица 1Тенденции первичной заболеваемости раком предстательной железы возрастных групп взрослого мужского населения РБ за 1993-2002 гг. в "грубых" и стандартизованных показателях. |
| № | возрастные группы | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | ср.мн.п-ль,гр. | ср.мн.п-ль,ст. |
| груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. |
|  | гр. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | п-ль,гр. | п-ль,ст. |
| 1 | 15-19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 20-24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 25-29 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,7 | 0,1 | 0 | 0 | 0,07 | 0,01 |
| 4 | 30-34 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,4 | 0,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,8 | 0 | 0,22 | 0,01 |
| 5 | 35-39 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | 40-44 | 0,8 | 0,1 | 0,8 | 0 | 0,7 | 0 | 0 | 0 | 0,6 | 0 | 0,6 | 0 | 0 | 0 | 0,6 | 0 | 0,6 | 0 | 0,6 | 0 | 0,53 | 0,01 |
| 7 | 45-49 | 1,4 | 0,1 | 4,3 | 0,3 | 3,6 | 0,2 | 2,7 | 0,2 | 2,5 | 0,1 | 2,3 | 0,1 | 0,7 | 0 | 0 | 0 | 0,7 | 0 | 4,9 | 0,3 | 2,31 | 0,13 |
| 8 | 50-54 | 9,4 | 0,5 | 3,1 | 0,2 | 7,2 | 0,4 | 3,6 | 0,2 | 6,9 | 0,3 | 9,1 | 0,5 | 11,3 | 0,6 | 9,5 | 0,5 | 8,6 | 0,4 | 9,6 | 0,5 | 7,83 | 0,41 |
| 9 | 55-59 | 10,4 | 0,4 | 19 | 0,8 | 27,9 | 1,1 | 22,3 | 0,9 | 22,1 | 0,9 | 23,1 | 0,9 | 14,3 | 0,6 | 14,3 | 0,6 | 23,9 | 1 | 15,9 | 0,6 | 19,3 | 0,78 |
| 10 | 60-64 | 19,8 | 0,8 | 37,7 | 1,5 | 52,5 | 2,1 | 51,4 | 2,1 | 52,5 | 2,1 | 58 | 2,3 | 55,2 | 2,2 | 54,6 | 2,2 | 40,9 | 1,6 | 44,1 | 1,8 | 46,7 | 1,87 |
| 11 | 65-69 | 69,4 | 2,1 | 74 | 2,2 | 121 | 3,6 | 101 | 3 | 126 | 3,8 | 114 | 3,4 | 85,6 | 2,6 | 110 | 3,3 | 113 | 3,4 | 89,8 | 2,7 | 100 | 3,01 |
| 12 | 70-74 | 139 | 2,8 | 121 | 2,4 | 170 | 3,4 | 235 | 4,7 | 245 | 4,9 | 211 | 4,2 | 166 | 3,3 | 167 | 3,3 | 201 | 4 | 137 | 2,7 | 179 | 3,57 |
| 13 | 75-79 | 129 | 1,3 | 147 | 1,5 | 218 | 2,2 | 245 | 2,5 | 296 | 3 | 256 | 2,6 | 283 | 2,8 | 197 | 2 | 223 | 2,2 | 271 | 2,7 | 226 | 2,28 |
| 14 | 80-84 | 84,8 | 0,4 | 151 | 0,8 | 183 | 0,9 | 234 | 1,2 | 278 | 1,4 | 247 | 1,2 | 163 | 0,8 | 155 | 0,8 | 131 | 0,7 | 166 | 0,8 | 179 | 0,9 |
| 15 | 85 и сташе | 39 | 0,2 | 77,1 | 0,4 | 103 | 0,5 | 68,9 | 0,3 | 184 | 0,9 | 274 | 1,4 | 77,8 | 0,4 | 77,1 | 0,4 | 94,5 | 0,5 | 110 | 0,6 | 111 | 0,56 |
| 16 | 15 и старше | 10,5 | 11 | 12,9 | 12,8 | 23,3 | 18,6 | 23,4 | 19,2 | 24,3 | 22,4 | 23,7 | 21,5 | 19,4 | 17,1 | 19,8 | 16,7 | 21,5 | 17,9 | 19,3 | 16,4 | 19,8 | 17,4 |
| 17 | все население | 7,9 | 8,6 | 9,6 | 10 | 15,4 | 14,4 | 15,5 | 15 | 18,7 | 17,5 | 18,4 | 16,8 | 15,2 | 13,3 | 15,7 | 13 | 17,3 | 13,9 | 15,5 | 12,8 | 14,9 | 13,5 |

Заболеваемость новообразованиями предстательной железы взрослого мужского населения РБ за исследуемый период 1993-2002 гг. возросла: среднегодовой темп прироста показателя составил 7% в год (рис. 1, табл. 2). Наибольшим среднегодовой темп прироста был в возрастных группах 45-49 лет (14,9%), 85 лет и старше (12,2%), 60-64 года (9,3%), 75-79 лет (8,6%), 80-84 года (7,8%).

Рис. 1. Среднегодовой темп прироста и убыли «грубых» показателей заболеваемости новообразованиями предстательной железы возрастных групп взрослого мужского населения РБ с 1993 по 2002 гг., (%).

Таблица 2

Значения среднегодового темпа прироста показателей первичной заболеваемости раком предстательной железы c 1993 по 2002 гг. взрослого мужского населения РБ (на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста) в возрастных группах, %.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Возрастные группы | мужское население |
| 1 | 15-19 | 0,0 |
| 2 | 20-24 | 0,0 |
| 3 | 25-29 | 0,0 |
| 4 | 30-34 | -13,1 |
| 5 | 35-39 | 0,0 |
| 6 | 40-44 | -3,1 |
| 7 | 45-49 | 14,9 |
| 8 | 50-54 | 0,2 |
| 9 | 55-59 | 4,8 |
| 10 | 60-64 | 9,3 |
| 11 | 65-69 | 2,9 |
| 12 | 70-74 | -0,1 |
| 13 | 75-79 | 8,6 |
| 14 | 80-84 | 7,8 |
| 15 | 85 и старше | 12,2 |
| 16 | 15 и старше | 7,0 |
| 17 | все население | 7,8 |

Усредненный «грубый» показатель заболеваемости раком предстательной железы мужского населения РБ старше 15 лет с 2003 по 2012 гг. составил 28,1 на 100 тыс. соответствующего населения, стандартизованный – 26,9, превысив, таким образом, аналогичные показатели за предыдущий период наблюдения (19,8 и 17,4, соответственно, за период 1993-2002гг.). Показатели «грубого» и стандартизованного показателя заболеваемости в отличие от предыдущего десятилетнего периода наблюдения демонстрируют рост в каждой отдельно взятой возрастной группе (табл. 3).

|  |
| --- |
| Таблица 3Тенденции первичной заболеваемости раком предстательной железы возрастных групп взрослого мужского населения РБ за 2003-2012 гг. в "грубых" и стандартизованных показателях. |
| № | возрастные группы | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | ср.мн.п-ль,гр. | ср.мн.п-ль,ст. |
| груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. |
|  | гр. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | п-ль,гр. | п-ль,ст. |
| 1 | 15-19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,005 |
| 2 | 20-24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,58 | 0,05 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,058 | 0,005 |
| 3 | 25-29 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,59 | 0,05 | 0 | 0 | 0,059 | 0,005 |
| 4 | 30-34 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,75 | 0,05 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,075 | 0,014 |
| 5 | 35-39 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,73 | 0,04 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,78 | 0,05 | 0,78 | 0,05 | 0 | 0 | 0,229 | 0,024 |
| 6 | 40-44 | 0 | 0 | 0,55 | 0,03 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,64 | 0,04 | 0,67 | 0,04 | 2,11 | 0,13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,397 | 0,107 |
| 7 | 45-49 | 2,53 | 0,15 | 4,44 | 0,27 | 1,84 | 0,11 | 0 | 0 | 1,15 | 0,07 | 1,15 | 0,07 | 3,5 | 0,2 | 2,4 | 0,1 | 1,9 | 0,1 | 0 | 0 | 1,89 | 0,407 |
| 8 | 50-54 | 2,49 | 0,12 | 8,3 | 0,41 | 3,2 | 0,16 | 6,9 | 0,34 | 10,5 | 0,52 | 6,49 | 0,32 | 9,6 | 0,5 | 11,9 | 0,6 | 11,4 | 0,6 | 9,8 | 0,5 | 8,06 | 1,053 |
| 9 | 55-59 | 22,1 | 0,88 | 12,6 | 0,5 | 31,68 | 1,27 | 19,9 | 0,8 | 27,6 | 1,1 | 24,0 | 0,96 | 28,2 | 1,12 | 37,7 | 1,5 | 27,6 | 1,1 | 33,4 | 1,3 | 26,5 | 3,07 |
| 10 | 60-64 | 50,4 | 2,02 | 45,98 | 1,83 | 40,16 | 1,6 | 69,2 | 2,8 | 49,0 | 1,96 | 81,4 | 3,3 | 97,96 | 3,91 | 91,8 | 3,7 | 125,1 | 5,0 | 115,7 | 4,6 | 76,7 | 3,91 |
| 11 | 65-69 | 82,8 | 2,49 | 92,04 | 2,76 | 111,3 | 3,33 | 88,6 | 2,66 | 105,7 | 3,17 | 125,3 | 3,8 | 89,7 | 2,7 | 157,8 | 4,7 | 195,3 | 5,9 | 252,3 | 7,6 | 130,1 | 3,98 |
| 12 | 70-74 | 144,1 | 2,88 | 123,3 | 2,47 | 147,7 | 2,95 | 174,0 | 3,48 | 187,7 | 3,75 | 193,4 | 3,9 | 241,4 | 4,8 | 242,5 | 4,9 | 254,7 | 5,1 | 279,1 | 5,6 | 198,8 | 2,6 |
| 13 | 75-79 | 194,9 | 1,95 | 192,0 | 1,92 | 251,3 | 2,51 | 281,1 | 2,81 | 242,2 | 2,42 | 217,8 | 2,18 | 244,0 | 2,44 | 268,8 | 2,7 | 339,9 | 3,4 | 407,7 | 4,08 | 264 | 1,7 |
| 14 | 80-84 | 209,3 | 1,05 | 235,5 | 1,18 | 219,6 | 1,09 | 288,0 | 1,44 | 305,7 | 1,52 | 307,8 | 1,54 | 252,1 | 1,3 | 340,0 | 1,7 | 312,8 | 1,6 | 342,5 | 1,7 | 281,3 | 1,5 |
| 15 | 85 и старше | 246,6 | 1,23 | 164,4 | 0,82 | 192,3 | 0,96 | 181,5 | 0,9 | 270,0 | 1,34 | 447,7 | 2,23 | 263,2 | 1,3 | 452,0 | 2,3 | 330,4 | 1,7 | 308,4 | 1,5 | 285,7 | 34,5 |
| 16 | 15 и старше | 22,25 | 18,02 | 18,7 | 15,6 | 22,25 | 18,02 | 23,98 | 19,5 | 25,4 | 20,4 | 27,0 | 23,4 | 27,0 | 23,4 | 34,5 | 28,5 | 37,7 | 31,3 | 42,1 | 34,5 | 28,1 | 26,9 |
| 17 | все население | 18,00 | 14,06 | 15,07 | 12,2 | 18,00 | 14,06 | 19,38 | 15,2 | 20,8 | 16,0 | 22,1 | 18,2 | 22,1 | 18,2 | 27,9 | 22,2 | 30,6 | 24,5 | 34,1 | 26,9 | 22,8 | 18,2 |

Как следует из таб. 4, за рассмотренный период отмечено повышение уровня интенсивного показателя заболеваемости в среднем на 7,3% в год, что выше аналогичного показателя за предыдущий период наблюдения (7,0%).

Таблица 4

Значения среднегодового темпа прироста показателей первичной заболеваемости раком предстательной железы c 2003 по 2012 гг. взрослого мужского населения РБ (на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста) в возрастных группах, %.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Возрастные группы | мужское население |
| 1 | 15-19 | - |
| 2 | 20-24 | - |
| 3 | 25-29 | - |
| 4 | 30-34 | - |
| 5 | 35-39 | 0 |
| 6 | 40-44 | 0 |
| 7 | 45-49 | 0 |
| 8 | 50-54 | 16,46 |
| 9 | 55-59 | 4,69 |
| 10 | 60-64 | 9,66 |
| 11 | 65-69 | 13,18 |
| 12 | 70-74 | 7,6 |
| 13 | 75-79 | 8,55 |
| 14 | 80-84 | 5,7 |
| 15 | 85 и старше | 2,5 |
| 16 | 15 и старше | 7,3 |
| 17 | все население | 7,4 |

Таким образом, при изучении уровня и динамики заболеваемости раком предстательной железы в Республике Башкортостан, можно отметить, что драматического увеличения среднегодового темпа прироста заболеваемости за два сравниваемых периода наблюдения не произошло. В противоположность трендам заболеваемости и смертности от рака предстательной железы в западных странах, показатели в РФ и Республике Башкортостан увеличиваются, также как в некоторых азиатских и восточноевропейских странах, таких как Япония, Сингапур, Польша, где PSA-скрининг не является общепринятым. Прирост заболеваемости, по всей вероятности, предположительно отражает вестернизацию, включая увеличение употребление животного жира, ожирение и ограничение двигательной активности. В связи с этим, на региональном уровне необходимо развивать два направления, направленных на снижение заболеваемости и смертности от рака предстательной железы – повсеместное внедрение PSA-скрининга и повышение информированности населения о возможностях профилактики и раннего выявления рака предстательной железы.

Характеризуя заболеваемость новообразованиями молочной железы женского населения РБ старше 15 лет с 1993 по 2002 гг., можно отметить следующее: усредненный «грубый» показатель заболеваемости составил 52,8 на 100 тыс. соответствующего населения, стандартизованный – 40,7 на 100 тыс. Наибольшие уровни «грубого» и стандартизованного показателя заболеваемости отмечены в возрастных группах 50-54 года (1030/000 и 5,160/000) и 45-49 лет (99,90/000 и 60/000) (прил. А).

Соотношение усредненного «грубого» и стандартизованного показателей заболеваемости женского населения РБ старше 15 лет к аналогичным показателям заболеваемости всего женского населения РБ составило 1,3.

Как следует из рис. 2, за рассмотренный период отмечено повышение уровня заболеваемости женского населения РБ старше 15 лет новообразованиями молочной железы в среднем на 3,7% в год. Наибольший среднегодовой темп прироста показателя заболеваемости был в группе 85 и старше (8,5%), высоким он также был в группах 55-59 лет (8,2%), 80-84 лет (7,6%), 50-54 года (7%). В возрастных группах женского населения 35-39 лет и 40-44 года заболеваемость убывала со средней скоростью 2,3 и 0,5%% в год. Более значительная убыль показателя заболеваемости в группах женского населения 15-19 лет (9,4%), 20-24 года (100%) и 25-29 лет (7,1%) не повлияла на общую тенденцию его роста из-за низких показателей заболеваемости в указанных возрастных группах.

Рис. 2. Среднегодовой темп прироста и убыли «грубых» показателей заболеваемости новообразованиями молочной железы возрастных групп взрослого женского населения РБ с 1993 по 2002 гг., (%).

Усредненный «грубый» показатель заболеваемости новообразованиями молочной железы женского населения РБ старше 15 лет с 2003 по 2012 гг. составил 68,2 на 100 тыс. соответствующего населения, стандартизованный – 49,8, превысив, таким образом, аналогичные показатели за предыдущий период наблюдения (52,8 и 40,7, соответственно, за период 1993-2002гг.). Наибольшие уровни «грубого» и стандартизованного показателя заболеваемости в отличие от предыдущего десятилетнего периода наблюдения отмечены в более старших возрастных группах 60-64 года (154,1 и 6,2), 55-59 лет (145,8 и 5,8) (прил.Б).

Соотношение усредненного «грубого» и стандартизованного показателей заболеваемости женского населения РБ старше 15 лет к аналогичным показателям заболеваемости всего женского населения РБ составило 1,2.

Как следует из таб. 5, за рассмотренный период отмечено повышение уровня интенсивного показателя заболеваемости женского населения РБ старше 15 лет новообразованиями молочной железы в среднем на 2,3% в год, что ниже аналогичного показателя за предыдущий период наблюдения (3,7%).

# Таблица 5

Значения среднегодового темпа прироста показателей первичной заболеваемости раком молочной железы c2003по 2012 гг. взрослого женского населения РБ (на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста) в возрастных группах, %.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Возрастные группы | грубые показатели | стандартизованные показатели |
| 1 | 15-19 | - | - |
| 2 | 20-24 | - | - |
| 3 | 25-29 | 4,6 | 17,9 |
| 4 | 30-34 | 0,4 | 2,1 |
| 5 | 35-39 | 0,96 | 0,7 |
| 6 | 40-44 | -0,5 | -0,4 |
| 7 | 45-49 | -1,6 | -2,7 |
| 8 | 50-54 | -0,3 | -0,4 |
| 9 | 55-59 | -1,4 | -1,4 |
| 10 | 60-64 | 5,6 | 5,7 |
| 11 | 65-69 | 2,4 | 2,5 |
| 12 | 70-74 | 3,5 | 3,4 |
| 13 | 75-79 | 0 | 0 |
| 14 | 80-84 | -3,7 | -2,9 |
| 15 | 85 истарше | 8,3 | 8,0 |
| 16 | 15 истарше | 2,3 | 0,8 |
| 17 | всенаселение | 2,4 | 0,8 |

Наибольший среднегодовой темп прироста показателя заболеваемости был в группе 85 и старше (8,3%), как и в предыдущем периоде наблюдения, высоким он также был в группах 60-64 года (5,6%). Значительный темп прироста показателя заболеваемости в группе женского населения 25-29 лет (4,6%) не повлиял на общую тенденцию его роста из-за низких показателей заболеваемости в указанной возрастной группе. В возрастных группах женского населения 45-49 лет и 80-84 года заболеваемость убывала со средней скоростью 1,6 и 3,7%% в год.

Усредненный «грубый» показатель заболеваемости женского населения РБ старше 15 лет новообразованиями шейки матки за период 1993-2002 гг. составил 18,6 на 100 тыс. соответствующего населения, стандартизованный - 140/000. Наибольшим «грубый» показатель заболеваемости был в возрастной группе 70-74 года (38,40/000), высоким он был и в группах 65-69 лет (36,00/000), 75-79 лет (34,50/000), 60-64 года (32,460/000). Стандартизованный показатель заболеваемости был максимальным в возрастной группе 45-49 лет (1,520/000). Как следует из данных, представленных в прил, В, заболеваемость нарастала прямо пропорционально возрасту, достигая максимального уровня «грубого» показателя в возрастной группе 70-74 года, и далее снижалась до 9,740/000 в группе 85 и старше. Соотношение усредненного «грубого» и стандартизованного показателей заболеваемости женского населения старше 15 лет к соответствующим показателям заболеваемости всего женского населения РБ составило 1,3.

Среднегодовой темп прироста заболеваемости новообразованиями шейки матки взрослого женского населения РБ за период 1993-2002 гг. составил 0,2% в год (рис. 3).

Рис. 3. Среднегодовой темп прироста и убыли «грубых» показателей заболеваемости новообразованиями шейки матки возрастных групп взрослого женского населения РБ с 1993 по 2002 гг., (%).

Наибольший среднегодовой темп прироста заболеваемости новообразованиями шейки матки отмечался в возрастных группах 85 лет и старше (в среднем на 20,8% в год) и 20-24 года (19,2%). Высоким темп прироста показателя был в группах 30-34 года (8,4%), 35-39 лет (7,6%). Наибольшая убыль показателя зафиксирована в группе 15-19 лет (12,9%), убывала заболеваемость в группах 60-64 года со средней скоростью 5,1% в год, 65-69 лет – со средней скоростью 4,8% в год, 70-74 года – со средней скоростью 4,3% в год.

Усредненный «грубый» показатель заболеваемости женского населения РБ старше 15 лет новообразованиями шейки матки за период 2003-2012 гг. составил 16,1 на 100 тыс. соответствующего населения, стандартизованный – 12,7 на 100 тыс. населения. Отмечено снижение уровня этих показателей по сравнению с предыдущим периодом наблюдения (18,8 и 14,0 на 100000 населения). Наибольшим «грубый» показатель заболеваемости был в возрастной группе 55-59 лет (28,00/000), высоким он был и в группах 60-64 лет (26,80/000), 65-69 лет (23,20/000), 70-74 года (23,20/000). Стандартизованный показатель заболеваемости был максимальным в возрастной группе 45-49 лет (1,30/000), как и в предыдущий период наблюдения. Заболеваемость также нарастала прямо пропорционально возрасту, достигая максимального уровня «грубого» показателя в возрастной группе 55-59 лет, оставаясь высокой в группах 60-64, 65-69, 70-74 года и далее снижалась до 10,60/000 в группе 85 и старше.

Соотношение усредненного «грубого» и стандартизованного показателей заболеваемости женского населения старше 15 лет к соответствующим показателям заболеваемости всего женского населения РБ составило 1,2 (прил. Г).

Среднегодовой темп прироста заболеваемости новообразованиями шейки матки женского населения РБ старше 15 лет за период 2003-2012 гг. составил 1,7% в год (табл. 6).

# Таблица 6

Значения среднегодового темпа прироста показателей первичной заболеваемости раком шейки матки c2003по 2012 гг. взрослого женского населения РБ (на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста)в возрастных группах, %.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Возрастные группы | грубые показатели | стандартизованные показатели |
| 1 | 15-19 | - | - |
| 2 | 20-24 | - | - |
| 3 | 25-29 | -3,0 | -4,4 |
| 4 | 30-34 | 2,6 | 3,2 |
| 5 | 35-39 | 10,5 | 7,8 |
| 6 | 40-44 | -2,1 | -2,0 |
| 7 | 45-49 | 2,4 | 2,5 |
| 8 | 50-54 | 0,6 | 0,8 |
| 9 | 55-59 | -1,9 | -0,4 |
| 10 | 60-64 | 3,4 | 3,2 |
| 11 | 65-69 | -1,5 | -1,5 |
| 12 | 70-74 | 1,1 | 0 |
| 13 | 75-79 | -0,4 | -0,02 |
| 14 | 80-84 | -5,0 | -6,0 |
| 15 | 85 истарше | - | - |
| 16 | 15 истарше | 1,7 | 1,2 |
| 17 | всенаселение | 1,7 | 1,3 |

Наибольший среднегодовой темп прироста заболеваемости новообразованиями шейки матки отмечался в возрастных группах 35-39 лет (в среднем на 10,5% в год) и 60-64 года (3,4%). Наибольшая убыль показателя зафиксирована в группе 80-84 года (5%), убывала заболеваемость в группах 25-29 лет со средней скоростью 3% в год, 40-44 года – со средней скоростью 2,1% в год, 55-59 лет – со средней скоростью 1,9% в год.

Характеризуя заболеваемость взрослого женского населения РБ старше 15 лет новообразованиями яичника за 1993-2002 гг. можно отметить, что усредненный «грубый» показатель составил 15,0 на 100 тыс. соответствующего населения, стандартизованный – 11,30/000. Соотношение усредненного «грубого» и стандартизованного показателей заболеваемости женского населения РБ старше 15 лет и соответствующих показателей всего женского населения составило 1,3. Усредненный «грубый» показатель заболеваемости возрастал прямо пропорционально возрасту, достигая максимального уровня в группе 70-74 года (340/000), далее снижался до 7,480/000 в группе 85 лет и старше. Стандартизованный показатель также увеличивался прямо пропорционально возрасту, достигая максимума 1,340/000 в группе 45-49 лет, далее имел тенденцию к снижению до 0,060/000 в группе 85 лет и старше (прил. Д).

Как следует из рис. 4, заболеваемость новообразованиями яичника взрослого женского населения РБ за исследуемый период имела тенденцию к росту: за 1993-2002 гг. показатель прирастал в среднем на 1,1% в год.

Рис. 4. Среднегодовой темп прироста и убыли «грубых» показателей заболеваемости новообразованиями яичника возрастных групп взрослого женского населения РБ с 1993 по 2002 гг., (%).

Максимальным среднегодовой темп прироста был в возрастных группах 15-19 лет (8,8%), 45-49 лет (7,9%), 75-79 лет (5,8%), 30-34 года (5,7%). Следует отметить, что в возрастной группе 70-74 года заболеваемость активно убывала со средней скоростью 5,8% в год.

Усредненный «грубый» показатель заболеваемости женского населения РБ старше 15 лет новообразованиями яичника за 2003-2012 гг. составил 16,0 на 100 тыс. соответствующего населения, стандартизованный – 12,1, незначительно превысив аналогичные показатели предыдущего периода наблюдения – 15,0 и 11,3 на 100 тыс. населения. Соотношение усредненного «грубого» и стандартизованного показателей заболеваемости женского населения РБ старше 15 лет и соответствующих показателей всего женского населения составило 1,2. Усредненный «грубый» показатель заболеваемости возрастал прямо пропорционально возрасту, достигая максимального уровня в группе 60-64 года года (35,40/000), далее снижался до 13,80/000 в группе 85 лет и старше. Стандартизованный показатель достигал максимума 9,5 на 100 тыс. населения в группе 65-69 лет и в группе 40-44 года – 8,2 на 100 тыс. (прил. Е).

Как следует из табл. 7, заболеваемость новообразованиями яичника женского населения РБ старше 15 лет за исследуемый период имела тенденцию к незначительному росту: за 2003-2012 гг. показатель прирастал в среднем на 0,3% в год. Среднегодовой темп прироста значительно снизился по сравнению с предыдущим периодом наблюдения (1,1%).

# Таблица 7

Значения среднегодового темпа прироста показателей первичной заболеваемости раком яичника c2003по 2012 гг. взрослого женского населения РБ (на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста)в возрастных группах, %.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Возрастные группы | грубые показатели | стандартизованные показатели |
| 1 | 15-19 | - | - |
| 2 | 20-24 | - | - |
| 3 | 25-29 | -8,1 | -7,4 |
| 4 | 30-34 | 9,0 | 8,0 |
| 5 | 35-39 | 9,4 | 8,0 |
| 6 | 40-44 | 1,6 | 1,5 |
| 7 | 45-49 | -1,0 | -0,8 |
| 8 | 50-54 | 2,1 | 2,7 |
| 9 | 55-59 | 0,4 | 0,7 |
| 10 | 60-64 | 0,9 | 0 |
| 11 | 65-69 | 1,6 | 2,0 |
| 12 | 70-74 | -5,6 | -5,1 |
| 13 | 75-79 | -4,1 | -1,2 |
| 14 | 80-84 | -3,8 | -3,1 |
| 15 | 85 истарше | -2,6 | -2,4 |
| 16 | 15 истарше | 0,3 | 0,5 |
| 17 | всенаселение | 0,4 | 0,5 |

Максимальным среднегодовой темп прироста был в возрастных группах 30-34 года (9,0%), 35-39 лет (9,4%), 75-79 лет (5,8%), убыль показателя была зарегистрирована в возрастных группах 25-29 лет (-8,1%), 70-74 года (-5,6%), 75-79 лет (-4,1%) и 80-84 года (-3,8%).

В структуре причин заболеваемости, смертности и инвалидизации населения республики сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место, вызывая огромные социальные и экономические потери. По состоянию на 1 января 2008 года в республике 32,4% взрослого населения страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями. За период с 2003 по 2007 год показатели впервые выявленной заболеваемости болезнями системы кровообращения на 100 тыс. населения выросли в 1,9 раза, в том числе артериальной гипертонией в 2,1 раза.

Устойчивая тенденция роста показателей заболеваемости болезнями системы кровообращения, значительный удельный вес этой патологии в структуре смертности населения страны в значительной мере обусловлены увеличением числа пациентов, страдающих повышенным артериальным давлением.

По состоянию на 01.01.2015 года в республике более трети взрослого населения республики страдает заболеваниями сердечно-сосудистой системы (1 024 339 больных). По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по РБ смертность от болезней системы кровообращения (БСК) за последние 3 года имеет тенденцию к снижению. С 2012 по 2014 годы показатель смертности снизился на 14,4 % и составляет 521,7 на 100 тыс. населения. За последние два года в республике также наблюдается снижение смертности от сердечно – сосудистых заболеваний населения трудоспособного возраста.

Мероприятия приоритетного национального проекта «Здоровье», «Программы модернизации здравоохранения Республики Башкортостан», направленные на создание сети сосудистых центров, улучшение диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний привели к  увеличению выявленных и пролеченных больных, улучшению показателей смертности населения от острых сосудистых заболеваний (инфаркта миокарда (ИМ) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). За 5 лет работы сосудистых центров смертность от ИМ снизилась на 16,6%, от ОНМК - на 42,4%). Смертность от ИМ и ОНМК среди лиц трудоспособного возраста за этот же период снизилась на 50% и 37,9% соответственно.

Значительный вклад в решение задачи по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний внесен профессором Плечевым В.В. Благодаря созданию научной школы сердечно-сосудистой хирургии проф. Плечева В.В., внедрению научных разработок в области высокотехнологичных методов лечения в клиническую практику сердечно-сосудистых центров, за последние 3 года удалось добиться отчетливой положительной динамики снижения показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Башкортостан. Приводим перечень патентов проф. Плечева В.В. за последние 5 лет, посвященных решению данной проблемы:

Патенты проф. Плечева В.В. и соавт.:

1. Патент РФ. Заявка: 2010115545/14, опубл. 27.10.2011 Бюл. № 30. СПОСОБ ПРЕДНАМЕРЕННОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПЕРЕД ПЕРЕЖАТИЕМ АОРТЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕРДЦЕ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

2. Патент РФ. Заявка: 2010115443/14, 19.04.2010, опубл. 20.12.2011 Бюл. № 35. СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ СПАЗМА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.

3. Патент РФ. Заявка: 2010145444/14, 08.11.2010, опубл. 10.04.2012 Бюл. № 10. СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СПАЗМА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ВО ВРЕМЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

4. Патент РФ. Заявка 2010145358/14, 08.11.2010, опубл. 10.04.2012, Бюл. № 10. СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ КОРОНАРНЫХ ТРОМБОЗОВ ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ КОРОНАРНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

5. Патент РФ. Заявка 2011151369/14, 15.12.2011, опубл. 27.04.2013. Бюл. № 12. СПОСОБ ФИКСАЦИИ ГРУДИНЫ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ.

6. Патент РФ. Заявка 2011134403/15, 16.08.2011, опубл. 20.05.2013 Бюл. № 14. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ДИСТАЛЬНЫМ ИЛИ ДИФФУЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.

7. Патент РФ. Заявка 2012118127/14, 03.05.2012, опубл. 20.11.2013 Бюл. № 32. СПОСОБ БАЛЛОННОЙ НАВИГАЦИИ КОРОНАРНОГО ПРОВОДНИКА ПРИ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При изучении уровня и динамики заболеваемости раком предстательной железы в Республике Башкортостан, можно отметить, что драматического увеличения среднегодового темпа прироста заболеваемости за сравниваемые периоды наблюдения не произошло. В противоположность трендам заболеваемости и смертности от рака предстательной железы в западных странах, показатели в РФ и Республике Башкортостан увеличиваются, также как в некоторых азиатских и восточноевропейских странах, таких как Япония, Сингапур, Польша, где PSA-скрининг не является общепринятым. Прирост заболеваемости, по всей вероятности, предположительно отражает вестернизацию, включая увеличение употребление животного жира, ожирение и ограничение двигательной активности. В связи с этим, на региональном уровне необходимо развивать два противораковых направления к снижению заболеваемости и смертности от рака предстательной железы – повсеместное внедрение PSA-скрининга и повышение информированности населения о возможностях профилактики и раннего выявления рака предстательной железы.

Проведенный анализ позволил выявить тенденцию замедления темпов прироста заболеваемости раком молочной железы в РБ за последние 10 лет при положительной в целом динамике роста показателя. Такое положение отражает общемировую тенденцию приближения пика заболеваемости раком молочной железы к плато. При сравнении показателей заболеваемости раком шейки матки женского населения РБ старше 15 лет за оба периода наблюдения отмечено их снижение с 18,6 до 16,1 на 100 тыс. населения, но среднегодовой темп прироста за 2003-2012 гг. (1,7%) превышал значения этого показателя за период 1993-2001 гг. (0,2%). Из полученных результатов складывается картина заболеваемости, соответствующая общероссийской и общемировой ситуации с увеличением численности больных, которым впервые в жизни установлен диагноз рака яичников. Выявлено значительное снижение темпов роста заболеваемости раком яичника при его положительном значении за двадцатилетний период наблюдения. Рост интенсивных показателей заболеваемости раком яичника был наибольшим в группе больных молодого возраста (30-34, 35-39 лет) и более старших возрастных группах женского населения (75-79 лет). Полученные результаты позволяют, таким образом, выделить возрастные пики заболеваемости, которые могут быть использованы в клинической практике для формирования групп риска и оздоровления с целью профилактики.

По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по РБ смертность от болезней системы кровообращения (БСК) за последние 3 года имеет тенденцию к снижению. С 2012 по 2014 годы показатель смертности снизился на 14,4 % и составляет 521,7 на 100 тыс. населения. Значительный вклад в решение задачи по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний внесен профессором Плечевым В.В. Благодаря созданию научной школы сердечно-сосудистой хирургии проф. Плечева В.В., внедрению научных разработок в области высокотехнологичных методов лечения в клиническую практику сердечно-сосудистых центров, за последние 3 года удалось добиться отчетливой положительной динамики снижения показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Башкортостан.

Научно-организационная деятельность:

Научные кадры (кадровый состав исполнителей ГНТП РБ, подготовка докторов и кандидатов наук).

Кадровый состав исполнителей:

Руководитель темы,

д-р мед.наук, проф. Ш.Х.Ганцев

Исполнители темы:

д-р мед.наук, проф. В.В.Плечев

д-р мед.наук, проф. И.Р.Рахматуллина

д-р мед.наук, проф О.Н.Липатов

д-р мед.наук, проф. К.Ш.Ганцев

канд. мед.наук Ф.Ш.Зайнуллин

канд. мед.наук Д.С.Турсуметов

канд. мед.наук Н.Г.Валиева

канд. мед.наук Л.Н.Кудряшова

канд. мед.наук Г.Х.Ахмадуллина

Результаты проведенного исследования входят в план научных исследований д.м.н., проф. Ганцева Ш.Х., д.м.н., проф. Плечева В.В., д.м.н., проф. Рахматуллиной И.Р., д.м.н., проф. Липатова О.Н., д.м.н., проф. Ганцева К.Ш., к.м.н. Зайнуллина Ф.Ш., к.м.н. Турсуметова Д.С., к.м.н. Валиевой Н.Г., к.м.н. Кудряшовой Л.Н., к.м.н. Ахмадуллиной Г.Х.

Координация научно-исследовательских работ (в т.ч. связь с отраслевой и вузовской наукой, практикой и др.).

Научно-исследовательская работа координирована с планом научных исследований ГБОУ ВПО «БГМУ Минздрава России»

Конференции, совещания. По теме научно-исследовательской работы проведены 4 научные конференции:

**Евразийская противораковая конференция.**

Тема конференции – «Предикция и превенция в современной онкологии».

21 ноября 2013 года, г. Уфа (Россия)

Панельная дискуссия **«Нужны ли инновации в здравоохранении»** в рамках мастер-класса «Техника коммерциализации идей» в Программе **Russian Startup Tour** Roud Show при поддержке Фонда Сколково.

21-22 апреля 2015 года, г. Уфа (Россия)

**Международная конференция в рамках мероприятий саммитов ШОС и БРИКС.**

Тема конференции – «Современные достижения экспериментальной и клинической онкологии».

4 июня 2015 года, г. Уфа (Россия).

**Международный симпозиум «DHMEQ: первые результаты клинико-эксперименталь-ных исследований в онкологии (опыт ученых стран ШОС и БРИКС)»**

5 июня 2015 г., г. Уфа, Россия
Международные научные связи.

По теме НИР коллектив авторов сотрудничает с Department of Medical Microbiology Malmo, Skane University Hospital Land University (Sweden).

Изобретательская и патентная деятельность (приложение Ж).

Издательская деятельность (приложения И, К).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность ) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М.: ФГБУ « МНИОИ им. П.А. Герцена» МинздраваРоссии, 2014. - 250 с.
2. Armstrong, B. Environmental factors and cancer incidence and mortality in different countries, with special reference to dietary practices /B.Armstrong, R.Doll // Int J Cancer. – 1975. – Vol. 15. –P. 617–631.
3. Baade, P.D. International epidemiology of prostate cancer: geographical distribution and secular trends // P.D. Baade, D.R. Youlden, L.J. Krnjacki //Mol Nutr Food Res. – 2009. – Vol. 53. – P. 171–184.
4. Dietary factors and risks for prostate cancer among blacks and whites in the United States /R.B.Hayes, R.G. Ziegler, G. Gridley //Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. – 1999. – Vol. 8. –P. 25–34.
5. Germ-line mutations of the macrophage scavenger receptor 1 gene: association with prostate cancer risk in African-American men/ D.C. Miller, S.L. Zheng R.L. Dunn //Cancer Res. – 2003. – Vol. 63. – P. 3486–3489.
6. High prevalence of screening-detected prostate cancer among Afro-Caribbeans: the Tobago Prostate Cancer Survey / C.H. Bunker, A.L. Patrick, B.R. Konety //Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. – 2002. – Vol. 11. – P.726–729.
7. Hsing A.W. International trends and patterns of prostate cancer incidence and mortality/ A.W.Hsing, L. Tsao, S.S. Devesa //Int J Cancer. – 2000. – Vol. 85. – P. 60–67.
8. Lead time and overdiagnosis in prostate-specific antigen screening: importance of methods and context / G. Draisma, R. Etzioni, A. Tsodikov //J Natl Cancer Inst. – 2009. – Vol. 101. – P. 374–383.
9. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial / G.L. Andriole, E.D. Crawford, R.L. Grubb [et al.] //N Engl J Med. – 2009. – Vol. 360. – P. 1310–1319.
10. Overdiagnosis due to prostate-specific antigen screening: lessons from U.S. prostate cancer incidence trends/ R. Etzioni, D.F. Penson, J.M. Legler//J Natl Cancer Inst. – 2002. – Vol. 94. – P. 981–990.
11. Prostate cancer in relation to diet, physical activity, and body size in blacks, whites, and Asians in the United States and Canada / A.S. Whittemore, L.N. Kolonel, A.H. Wu [et al] //J Natl Cancer Inst. – 1995. – Vol. 87. – P. 652–661.
12. Prostate-cancer mortality in the USA and UK in 1975-2004: an ecological study / S.M. Collin, R.M. Martin, C. Metcalfe // Lancet Oncol. – 2008. – Vol. 9. – P. 445–452.
13. Quantifying the role of PSA screening in the US prostate cancer mortality decline / R.Etzioni, A.Tsodikov, A.Mariotto //Cancer Causes Control 2008. – Vol. 19. – P. 175–181.
14. Quinn M. Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part I: international comparisons / M.Quinn, P. Babb //BJU Int. 2002. – Vol. 90. – P.162–173.
15. Results from a prostate cancer admixture mapping study in African-American men / C.H. Bock, A.G. Schwartz, J.J. Ruterbusch //Hum Genet 2009. –Vol. 126. – P. 637–642.
16. Rose D.P. International comparisons of mortality rates for cancer of the breast, ovary, prostate, and colon, and per capita food consumption/ D.P.Rose, A.P.Boyar, E.L. Wynder //Cancer. – 1986. – Vol. 58. – P. 2363–2371.
17. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study /F.H. Schroder, J. Hugosson, M.J. Roobol //N Engl J Med. – 2009. – Vol. 360. – P. 1320–1328.
18. The epidemiology of prostate cancer in Jamaica /F.E. Glover Jr.,D.S. Coffey, L.L. Douglas //J Urol. – 1998. – Vol. 159. – P. 1984–1986, discussion 6–7.

Приложение А

|  |
| --- |
| Тенденции первичной заболеваемости раком молочной железы возрастных групп женского населения РБ за 1993-2002 гг. в "грубых" и стандартизованных показателях. |
| № | возрастные группы | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | ср.мн.п-ль,гр. | ср.мн.п-ль,ст. |
| груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. |
| 1 | 15-19 | 0 | 0 | 1,1 | 0,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 | 0 | 0,5 | 0 | 0,5 | 0 | 0,26 | 0,01 |
| 2 | 20-24 | 0,8 | 0,1 | 0 | 0 | 1,5 | 0,1 | 2,2 | 0,2 | 0 | 0 | 1,4 | 0,1 | 0,7 | 0,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,66 | 0,06 |
| 3 | 25-29 | 5,6 | 0,5 | 2,1 | 0,2 | 3,1 | 0,2 | 4,7 | 0,4 | 2,3 | 0,2 | 2,3 | 0,2 | 2,3 | 0,2 | 5,9 | 0,5 | 1,5 | 0,1 | 2,9 | 0,2 | 3,27 | 0,27 |
| 4 | 30-34 | 13,4 | 0,8 | 20,2 | 1,2 | 15,4 | 0,9 | 13,5 | 0,8 | 13,6 | 0,8 | 6,2 | 0,4 | 18 | 1,1 | 12 | 0,7 | 8,5 | 0,5 | 17,8 | 1,1 | 13,9 | 0,83 |
| 5 | 35-39 | 32,4 | 1,9 | 36,7 | 2,2 | 30,8 | 1,8 | 25,3 | 1,5 | 33,6 | 2 | 25,6 | 1,5 | 39,5 | 2,4 | 31,2 | 1,9 | 32,2 | 1,9 | 26,2 | 1,6 | 31,4 | 1,87 |
| 6 | 40-44 | 67,4 | 4,1 | 74 | 4,4 | 60,8 | 3,6 | 51,1 | 3,1 | 54,5 | 3,6 | 59,4 | 3,6 | 66,5 | 4 | 55,7 | 3,3 | 59,6 | 3,6 | 64,6 | 3,9 | 61,4 | 3,72 |
| 7 | 45-49 | 109 | 6,5 | 128 | 7,7 | 103 | 6,2 | 71,7 | 4,3 | 92,1 | 5,5 | 81,8 | 4,9 | 94,3 | 5,7 | 105 | 6,3 | 99,9 | 6 | 115 | 6,9 | 99,9 | 6 |
| 8 | 50-54 | 72,5 | 3,6 | 58,5 | 2,9 | 107 | 5,3 | 94,6 | 4,8 | 106 | 5,3 | 91,2 | 4,6 | 127 | 6,3 | 120 | 6 | 122 | 6,1 | 134 | 6,7 | 103 | 5,16 |
| 9 | 55-59 | 81,5 | 3,3 | 80,7 | 3,2 | 90,5 | 3,6 | 92,6 | 3,7 | 80,3 | 3,2 | 90,7 | 3,6 | 73,5 | 2,9 | 103 | 4,1 | 108 | 4,3 | 165 | 6,6 | 96,6 | 3,85 |
| 10 | 60-64 | 80,8 | 3,2 | 78,5 | 3,1 | 93,7 | 3,7 | 96,2 | 3,8 | 84,3 | 3,4 | 115 | 4,6 | 82,8 | 3,3 | 122 | 4,9 | 113 | 4,5 | 110 | 4,4 | 97,6 | 3,89 |
| 11 | 65-69 | 82,5 | 2,5 | 92,1 | 2,8 | 90,3 | 2,7 | 76,7 | 2,3 | 85,5 | 2,6 | 83,4 | 2,5 | 87,6 | 2,6 | 96,4 | 2,9 | 113 | 3,4 | 118 | 3,5 | 92,6 | 2,78 |
| 12 | 70-74 | 71,2 | 1,4 | 110 | 2,2 | 92 | 1,8 | 106 | 2,1 | 101 | 2 | 91,2 | 1,8 | 99 | 2 | 84 | 1,7 | 89,6 | 1,8 | 93,3 | 1,9 | 93,8 | 1,87 |
| 13 | 75-79 | 79,4 | 0,8 | 91,3 | 0,9 | 54 | 0,5 | 77,4 | 0,8 | 74,7 | 0,7 | 88,4 | 0,9 | 87,6 | 0,9 | 123 | 1,2 | 110 | 1,1 | 132 | 1,3 | 91,7 | 0,91 |
| 14 | 80-84 | 43 | 0,2 | 50,2 | 0,3 | 54,3 | 0,3 | 77,6 | 0,4 | 33,4 | 0,2 | 44,7 | 0,2 | 76,3 | 0,4 | 71,7 | 0,4 | 100 | 0,5 | 83 | 0,4 | 63,5 | 0,33 |
| 15 | 85 истарше | 26 | 0,1 | 25,8 | 0,1 | 17,1 | 0,1 | 30,8 | 0,2 | 63,1 | 0,3 | 39,2 | 0,2 | 35,4 | 0,2 | 54,8 | 0,3 | 50,4 | 0,3 | 60,5 | 0,3 | 40,3 | 0,21 |
| 16 | 15 истарше | 45,4 | 37,2 | 49,1 | 40,2 | 55,6 | 39,9 | 52,5 | 36,2 | 48,4 | 38,2 | 48,2 | 37,3 | 52,3 | 41 | 56,5 | 43,8 | 57,2 | 43,8 | 62,9 | 49,7 | 52,8 | 40,7 |
| 17 | всенаселение | 35,5 | 29 | 38,4 | 31,4 | 39,4 | 31,1 | 37,1 | 28,3 | 38,7 | 29,8 | 38,9 | 29,1 | 42,6 | 32 | 46,5 | 34,2 | 47,6 | 34,2 | 52,3 | 38,8 | 41,7 | 31,8 |

Приложение Б

|  |
| --- |
| Тенденции первичной заболеваемости раком молочной железы возрастных групп женского населения РБ за 2003-2012 гг. в "грубых" и стандартизованных показателях. |
| № | возрастные группы | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | ср.мн.п-ль,гр. | ср.мн.п-ль,ст. |
| груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. |
| 1 | 15-19 | 0,25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,6 | 0,05 | 0,6 | 0,05 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,1 | 0,01 |
| 2 | 20-24 | 0,6 | 0,05 | 1,2 | 0,1 | 0 | 0 | 1,2 | 0,1 | 0,6 | 0,05 | 0 | 0 | 1,1 | 0,09 | 0,5 | 0,04 | 0,5 | 0,04 | 1,2 | 0,09 | 0,69 | 0,06 |
| 3 | 25-29 | 3,55 | 0,25 | 4,2 | 0,3 | 6,3 | 0,5 | 4,1 | 0,3 | 3,4 | 0,3 | 5,3 | 0,4 | 4,4 | 0,4 | 4,9 | 0,4 | 2,99 | 0,2 | 5,3 | 0,4 | 4,4 | 0,3 |
| 4 | 30-34 | 17,75 | 1,1 | 17,7 | 1,1 | 8,8 | 0,5 | 16,9 | 1,0 | 13,1 | 0,8 | 13,0 | 0,8 | 12,1 | 0,7 | 12,7 | 0,8 | 11,8 | 0,7 | 18,5 | 1,1 | 14,2 | 0,9 |
| 5 | 35-39 | 26,1 | 1,6 | 26,0 | 1,6 | 27,1 | 1,6 | 32,8 | 2,0 | 24,2 | 1,4 | 29,5 | 1,8 | 43,1 | 2,6 | 25,2 | 1,5 | 32,5 | 1,95 | 28,0 | 1,7 | 29,5 | 1,8 |
| 6 | 40-44 | 62,3 | 3,75 | 60,0 | 3,6 | 46,4 | 2,8 | 53,6 | 3,2 | 68,6 | 4,1 | 58,1 | 3,5 | 50,8 | 3,0 | 67,6 | 4,1 | 54,9 | 3,3 | 59,2 | 3,6 | 58,2 | 3,5 |
| 7 | 45-49 | 106,1 | 6,35 | 97,2 | 5,8 | 98,2 | 5,9 | 92,0 | 5,5 | 102,8 | 6,2 | 97,2 | 5,8 | 86,5 | 5,2 | 81,0 | 4,9 | 85,2 | 5,1 | 90,8 | 5,4 | 93,7 | 5,6 |
| 8 | 50-54 | 121,8 | 6,1 | 109,6 | 5,5 | 117,8 | 5,9 | 113,6 | 5,7 | 109,3 | 5,5 | 116,1 | 5,8 | 105,4 | 5,3 | 124,6 | 6,2 | 121,3 | 6,1 | 118,5 | 5,9 | 115,8 | 5,8 |
| 9 | 55-59 | 165,4 | 6,6 | 165,7 | 6,6 | 160,6 | 6,4 | 132,4 | 5,3 | 121,1 | 4,8 | 153,3 | 6,1 | 139,5 | 5,6 | 140,4 | 5,6 | 134,0 | 5,4 | 145,3 | 5,8 | 145,8 | 5,8 |
| 10 | 60-64 | 112,6 | 4,5 | 115,1 | 4,6 | 118,5 | 4,7 | 138,4 | 5,5 | 191,8 | 7,7 | 150,6 | 6,0 | 192,9 | 7,7 | 174,4 | 7,0 | 163,0 | 6,5 | 183,8 | 7,4 | 154,1 | 6,2 |
| 11 | 65-69 | 142,2 | 4,25 | 166,3 | 5,0 | 133,9 | 4,0 | 113,8 | 3,4 | 115,2 | 3,5 | 116,2 | 3,5 | 104,6 | 3,1 | 142,7 | 4,3 | 151,3 | 4,5 | 175,6 | 5,3 | 136,2 | 4,1 |
| 12 | 70-74 | 106,5 | 2,15 | 119,7 | 2,4 | 124,7 | 2,5 | 114,1 | 2,3 | 125,4 | 2,5 | 150,8 | 3,0 | 135,2 | 2,7 | 156,7 | 3,1 | 167,3 | 3,3 | 145,5 | 2,9 | 134,6 | 2,7 |
| 13 | 75-79 | 123,5 | 1,2 | 115,0 | 1,1 | 121,3 | 1,2 | 116,0 | 1,2 | 119,9 | 1,2 | 100,7 | 1,0 | 101,4 | 1,0 | 99,1 | 0,99 | 120,0 | 1,2 | 124,7 | 1,2 | 114,2 | 1,1 |
| 14 | 80-84 | 135 | 0,65 | 187,0 | 0,9 | 144,5 | 0,7 | 116,4 | 0,6 | 119,2 | 0,6 | 87,4 | 0,4 | 96,2 | 0,5 | 120,2 | 0,6 | 111,1 | 0,6 | 96,3 | 0,5 | 121,3 | 0,6 |
| 15 | 85 и старше | 62,7 | 0,3 | 64,9 | 0,3 | 84,9 | 0,4 | 71,2 | 0,4 | 66,8 | 0,3 | 87,4 | 0,4 | 53,0 | 0,3 | 94,8 | 0,5 | 96,8 | 0,5 | 128,8 | 0,6 | 81,1 | 0,4 |
| 16 | 15 и старше | 62,4 | 49,9 | 67,7 | 50,0 | 65,4 | 47,8 | 64,5 | 46,7 | 66,6 | 49,9 | 67,7 | 49,6 | 66,1 | 48,9 | 72,0 | 51,2 | 72,7 | 50,5 | 76,6 | 53,8 | 68,2 | 49,8 |
| 17 | Все население | 52,0 | 38,9 | 56,3 | 39,0 | 54,8 | 37,3 | 53,1 | 36,4 | 56,3 | 39,0 | 57,3 | 38,7 | 55,9 | 38,2 | 60,8 | 39,9 | 61,2 | 39,4 | 64,4 | 41,9 | 57,2 | 38,9 |

Приложение В

|  |
| --- |
| Тенденции первичной заболеваемости раком шейки матки возрастных групп женского населения РБ за 1993-2002 гг. в "грубых" и стандартизованных показателях. |
| № | возрастные группы | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | ср.мн.п-ль,гр. | ср.мн.п-ль,ст. |
| груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. |
| 1 | 15-19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,1 | 0,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 | 0 | 0,5 | 0 | 0,25 | 0,01 |
| 2 | 20-24 | 0,8 | 0,1 | 2,3 | 0,2 | 0,7 | 0,1 | 1,5 | 0,1 | 2,1 | 0,2 | 4,9 | 0,4 | 2,7 | 0,2 | 1,3 | 0,1 | 3,3 | 0,3 | 3,9 | 0,3 | 2,35 | 0,2 |
| 3 | 25-29 | 5,6 | 0,5 | 4,9 | 0,4 | 4,7 | 0,4 | 7 | 0,6 | 6,2 | 0,5 | 6,2 | 0,5 | 6,1 | 0,5 | 3,7 | 0,3 | 8,7 | 0,7 | 5,8 | 0,5 | 5,89 | 0,49 |
| 4 | 30-34 | 4,5 | 0,3 | 5 | 0,3 | 14,2 | 0,8 | 8,6 | 0,5 | 13 | 0,8 | 7,5 | 0,5 | 7,9 | 0,5 | 7,5 | 0,4 | 14,7 | 0,9 | 9,3 | 0,6 | 9,22 | 0,56 |
| 5 | 35-39 | 9,8 | 0,6 | 13,4 | 0,8 | 14,9 | 0,9 | 14,9 | 0,9 | 15,2 | 0,9 | 15,2 | 0,9 | 18,9 | 1,1 | 19,6 | 1,2 | 13,4 | 0,8 | 18,9 | 1,1 | 15,4 | 0,92 |
| 6 | 40-44 | 18,3 | 1,1 | 28,6 | 1,7 | 25,9 | 1,6 | 18,8 | 1,1 | 23,2 | 1,4 | 18,6 | 1,1 | 13,9 | 0,8 | 16,9 | 1 | 17,5 | 1,1 | 20,8 | 1,2 | 20,3 | 1,21 |
| 7 | 45-49 | 26,2 | 1,6 | 28,8 | 1,7 | 29,7 | 1,8 | 27,2 | 1,6 | 20,1 | 1,2 | 24,8 | 1,5 | 23,7 | 1,4 | 23,5 | 1,4 | 23,4 | 1,4 | 26 | 1,6 | 25,3 | 1,52 |
| 8 | 50-54 | 28,8 | 1,4 | 26,2 | 1,3 | 35,1 | 1,8 | 21,4 | 1,1 | 22,4 | 1,1 | 18,5 | 0,9 | 28,4 | 1,4 | 26,7 | 1,3 | 26,7 | 1,3 | 29,2 | 1,5 | 26,3 | 1,31 |
| 9 | 55-59 | 22,9 | 0,9 | 32 | 1,3 | 28,9 | 1,2 | 26,8 | 1,1 | 25,7 | 1 | 24,2 | 1 | 20 | 0,8 | 26,4 | 1,1 | 18,9 | 0,8 | 34,6 | 1,4 | 26 | 1,06 |
| 10 | 60-64 | 34 | 1,4 | 25,7 | 1 | 35,1 | 1,4 | 30,1 | 1,2 | 27,3 | 1,1 | 52,8 | 2,1 | 25,6 | 1 | 31 | 1,2 | 41,1 | 1,6 | 21,3 | 0,9 | 32,4 | 1,29 |
| 11 | 65-69 | 48,6 | 1,5 | 34,7 | 1 | 40,7 | 1,2 | 43,9 | 1,3 | 40 | 1,2 | 33 | 1 | 29,2 | 0,9 | 23,9 | 0,7 | 34,7 | 1 | 31,1 | 0,9 | 36 | 1,07 |
| 12 | 70-74 | 53,4 | 1,1 | 58,7 | 1,2 | 42,3 | 0,8 | 39,8 | 0,8 | 31,2 | 0,6 | 41,1 | 0,8 | 29,2 | 0,6 | 24 | 0,5 | 28,7 | 0,6 | 36 | 0,7 | 38,4 | 0,77 |
| 13 | 75-79 | 45,6 | 0,5 | 27,8 | 0,3 | 37,5 | 0,4 | 39,9 | 0,4 | 21 | 0,2 | 38,5 | 0,4 | 22,4 | 0,2 | 33,8 | 0,3 | 37,7 | 0,4 | 40,8 | 0,4 | 34,5 | 0,35 |
| 14 | 80-84 | 26,3 | 0,1 | 23,9 | 0,1 | 23,3 | 0,1 | 28,4 | 0,1 | 11,1 | 0,1 | 20,9 | 0,1 | 12,7 | 0,1 | 23,9 | 0,1 | 13,8 | 0,1 | 34,6 | 0,2 | 21,9 | 0,11 |
| 15 | 85 истарше | 3,7 | 0 | 3,7 | 0 | 10,3 | 0,1 | 10,3 | 0,1 | 6,6 | 0 | 9,8 | 0 | 12,9 | 0,1 | 6,5 | 0 | 13,4 | 0,1 | 20,2 | 0,1 | 9,74 | 0,05 |
| 16 | 15 истарше | 18,4 | 14 | 18,3 | 14,6 | 23 | 15,9 | 20,9 | 14 | 17,2 | 13,3 | 19,2 | 14,4 | 15,6 | 12,3 | 16,1 | 12,5 | 18,1 | 14,1 | 18,7 | 14,5 | 18,6 | 14 |
| 17 | всенаселение | 14,4 | 10,9 | 14,4 | 11,4 | 16,3 | 12,4 | 14,8 | 10,9 | 13,8 | 10,4 | 15,5 | 11,3 | 12,7 | 9,6 | 13,2 | 9,8 | 15,1 | 11 | 15,5 | 11,3 | 14,6 | 10,9 |

Приложение Г

|  |
| --- |
| Тенденции первичной заболеваемости раком шейки матки возрастных групп женского населения РБ за 2003-2012 гг. в "грубых" и стандартизованных показателях. |
| № | возрастные группы | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | ср.мн.п-ль,гр. | ср.мн.п-ль,ст. |
| груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. |
| 1 | 15-19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 20-24 | 1,2 | 0,1 | 1,8 | 0,1 | 1,8 | 0,1 | 0 | 0 | 2,3 | 0,2 | 0,5 | 0,04 | 0 | 0 | 0,5 | 0,04 | 0 | 0 | 1,7 | 0,1 | 1,1 | 0,07 |
| 3 | 25-29 | 7,0 | 0,6 | 10,6 | 0,8 | 6,3 | 0,5 | 5,5 | 0,4 | 6,1 | 0,5 | 5,3 | 0,4 | 8,9 | 0,7 | 6,8 | 0,5 | 4,2 | 0,3 | 5,3 | 0,4 | 6,6 | 0,5 |
| 4 | 30-34 | 10,3 | 0,6 | 8,8 | 0,5 | 8,8 | 0,5 | 18,4 | 1,1 | 16,8 | 1,0 | 15,2 | 0,9 | 19,9 | 1,2 | 15,5 | 0,9 | 10,3 | 0,6 | 13,0 | 0,8 | 13,7 | 0,8 |
| 5 | 35-39 | 9,3 | 0,6 | 15,3 | 0,9 | 10,4 | 0,6 | 18,6 | 1,1 | 15,4 | 0,9 | 29,5 | 1,8 | 16,3 | 0,98 | 13,3 | 0,8 | 17,7 | 1,1 | 22,8 | 1,4 | 16,9 | 1 |
| 6 | 40-44 | 19,8 | 1,2 | 23,0 | 1,4 | 14,9 | 0,9 | 15,7 | 0,9 | 23,3 | 1,4 | 18,1 | 1,1 | 25,7 | 1,5 | 20,4 | 1,2 | 23,8 | 1,4 | 16,3 | 1,0 | 22,7 | 1,2 |
| 7 | 45-49 | 20,6 | 1,2 | 20,6 | 1,2 | 20,1 | 1,2 | 23,8 | 1,4 | 24,9 | 1,5 | 17,8 | 1,1 | 19,7 | 1,2 | 24,7 | 1,5 | 21,9 | 1,3 | 25,5 | 1,5 | 22,0 | 1,3 |
| 8 | 50-54 | 27,4 | 1,4 | 24,5 | 1,2 | 26,5 | 1,3 | 22,7 | 1,1 | 24,1 | 1,2 | 17,6 | 0,9 | 22,8 | 1,1 | 29,8 | 1,5 | 24,8 | 1,2 | 30,3 | 1,5 | 25,1 | 1,2 |
| 9 | 55-59 | 31,4 | 1,3 | 26,4 | 1,1 | 30,3 | 1,2 | 23,8 | 0,95 | 29,7 | 1,2 | 34,1 | 1,4 | 30,1 | 1,2 | 22,7 | 0,9 | 25,2 | 1,0 | 26,5 | 1,1 | 28,0 | 1,1 |
| 10 | 60-64 | 22,8 | 0,9 | 18,7 | 0,7 | 24,0 | 1,0 | 24,4 | 0,98 | 23,6 | 0,9 | 24,6 | 1,0 | 40,4 | 1,6 | 31,5 | 1,3 | 27,5 | 1,1 | 30,8 | 1,2 | 26,8 | 1,1 |
| 11 | 65-69 | 26,9 | 0,8 | 21,8 | 0,7 | 23,8 | 0,7 | 22,4 | 0,7 | 26,9 | 0,8 | 11,2 | 0,3 | 19,1 | 0,6 | 21,6 | 0,6 | 35,2 | 1,1 | 23,5 | 0,7 | 23,2 | 0,7 |
| 12 | 70-74 | 24,1 | 0,5 | 26,1 | 0,5 | 29,6 | 0,6 | 21,5 | 0,4 | 23,0 | 0,5 | 26,9 | 0,5 | 16,3 | 0,3 | 20,7 | 0,4 | 17,3 | 0,3 | 26,6 | 0,5 | 23,2 | 0,5 |
| 13 | 75-79 | 12,2 | 0,1 | 24,5 | 0,2 | 24,0 | 0,2 | 24,6 | 0,2 | 27,3 | 0,3 | 12,9 | 0,1 | 21,8 | 0,2 | 29,5 | 0,3 | 14,8 | 0,1 | 11,7 | 0,1 | 21,6 | 0,2 |
| 14 | 80-84 | 13,6 | 0,07 | 17,0 | 0,08 | 23,1 | 0,1 | 15,2 | 0,08 | 15,7 | 0,1 | 12,2 | 0,1 | 14,5 | 0,1 | 10,6 | 0,1 | 22,2 | 0,1 | 8,6 | 0,04 | 15,3 | 0,09 |
| 15 | 85 истарше | 12,3 | 0,06 | 0 | 0 | 12,7 | 0,06 | 13,4 | 0,07 | 13,4 | 0,1 | 4,6 | 0,02 | 8,8 | 0,04 | 19,8 | 0,1 | 10,8 | 0,05 | 9,7 | 0,05 | 10,6 | 0,06 |
| 16 | 15 истарше | 14,9 | 12,0 | 15,5 | 12,3 | 15,2 | 11,7 | 15,9 | 12,3 | 17,3 | 13,5 | 15,0 | 12,3 | 16,9 | 13,9 | 16,9 | 13,1 | 16,0 | 12,6 | 17,3 | 13,4 | 16,1 | 12,7 |
| 17 | всенаселение | 12,4 | 9,3 | 12,9 | 9,6 | 12,7 | 9,1 | 13,1 | 9,6 | 14,6 | 10,5 | 12,7 | 9,6 | 14,3 | 10,8 | 14,3 | 10,2 | 13,5 | 9,8 | 14,5 | 10,5 | 13,5 | 9,9 |

Приложение Д

|  |
| --- |
| Тенденции первичной заболеваемости раком яичника возрастных групп женского населения РБ за 1993-2002 гг. в "грубых" и стандартизованных показателях. |
| № | возрастные группы | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | ср.мн.п-ль,гр. | ср.мн.п-ль,ст. |
| груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. | груб. | станд. |
| 1 | 15-19 | 0 | 0 | 0 | 0,1 | 0,5 | 0 | 1,1 | 0,1 | 0,5 | 0 | 2,5 | 0,2 | 1,4 | 0,1 | 0,9 | 0,1 | 2,7 | 0,2 | 0,9 | 0,1 | 1,05 | 0,09 |
| 2 | 20-24 | 2,3 | 0,2 | 2,3 | 0,1 | 1,5 | 0,1 | 2,2 | 0,2 | 3,5 | 0,2 | 2,1 | 0,2 | 3,4 | 0,3 | 3,3 | 0,3 | 2 | 0,2 | 3,3 | 0,3 | 2,59 | 0,21 |
| 3 | 25-29 | 1,4 | 0,1 | 4,9 | 0,2 | 2,3 | 0,2 | 2,3 | 0,2 | 4,7 | 0,4 | 2,3 | 0,2 | 3 | 0,2 | 7,4 | 0,6 | 2,9 | 0,2 | 1,5 | 0,1 | 3,27 | 0,24 |
| 4 | 30-34 | 2,8 | 0,2 | 5 | 0,3 | 6,8 | 0,4 | 4,3 | 0,3 | 3,9 | 0,2 | 6,9 | 0,4 | 2,2 | 0,1 | 3 | 0,2 | 2,3 | 0,1 | 4,6 | 0,3 | 4,18 | 0,25 |
| 5 | 35-39 | 7,3 | 0,4 | 13,4 | 0,4 | 8,3 | 0,5 | 6,1 | 0,4 | 7 | 0,4 | 7,1 | 0,4 | 6,7 | 0,4 | 6,4 | 0,4 | 4,3 | 0,3 | 7,3 | 0,4 | 7,39 | 0,4 |
| 6 | 40-44 | 11,7 | 0,7 | 28,6 | 0,6 | 12,9 | 0,8 | 12,9 | 0,8 | 11,3 | 0,7 | 8,4 | 0,5 | 9,8 | 0,6 | 6,8 | 0,4 | 13,7 | 0,8 | 18,1 | 1,1 | 13,4 | 0,7 |
| 7 | 45-49 | 11,8 | 0,7 | 28,8 | 1,9 | 22,3 | 1,3 | 23,9 | 1,4 | 24 | 1,4 | 22,6 | 1,4 | 22,4 | 1,3 | 20,8 | 1,2 | 24 | 1,4 | 23,4 | 1,4 | 22,4 | 1,34 |
| 8 | 50-54 | 16,6 | 0,8 | 26,2 | 0,7 | 29 | 1,4 | 16,8 | 0,8 | 24 | 1,2 | 39,6 | 2 | 43,7 | 2,2 | 26,7 | 1,3 | 27,6 | 1,4 | 24,2 | 1,2 | 27,4 | 1,3 |
| 9 | 55-59 | 31,2 | 1,2 | 32 | 0,8 | 32,6 | 1,3 | 34,7 | 1,4 | 26,5 | 1,1 | 14,4 | 0,6 | 26,7 | 1,1 | 22,3 | 0,9 | 31,4 | 1,3 | 25,1 | 1 | 27,7 | 1,07 |
| 10 | 60-64 | 34 | 1,4 | 25,7 | 1,1 | 24,2 | 1 | 38,5 | 1,5 | 22,3 | 0,9 | 28,8 | 1,2 | 20,3 | 0,8 | 28 | 1,1 | 32 | 1,3 | 32,8 | 1,3 | 28,7 | 1,16 |
| 11 | 65-69 | 34,7 | 1 | 34,7 | 1 | 27,2 | 0,8 | 29,6 | 0,9 | 40,8 | 1,2 | 31,4 | 0,9 | 31 | 0,9 | 24,8 | 0,7 | 39,3 | 1,2 | 31,1 | 0,9 | 32,5 | 0,95 |
| 12 | 70-74 | 40,9 | 0,8 | 58,7 | 0,7 | 38,6 | 0,8 | 29,9 | 0,6 | 37,8 | 0,8 | 30,1 | 0,6 | 19,8 | 0,4 | 22,2 | 0,4 | 37,9 | 0,8 | 24 | 0,5 | 34 | 0,64 |
| 13 | 75-79 | 21,8 | 0,2 | 27,8 | 0,3 | 37,5 | 0,4 | 18,8 | 0,2 | 25,7 | 0,3 | 29,5 | 0,3 | 24,4 | 0,2 | 21,3 | 0,2 | 32,9 | 0,3 | 36,1 | 0,4 | 27,6 | 0,28 |
| 14 | 80-84 | 11,9 | 0,1 | 23,9 | 0 | 23,3 | 0,1 | 23,3 | 0,1 | 16,7 | 0,1 | 20,9 | 0,1 | 22,3 | 0,1 | 30,7 | 0,2 | 13,9 | 0,1 | 17,3 | 0,1 | 20,4 | 0,1 |
| 15 | 85 истарше | 11 | 0,1 | 3,7 | 0,1 | 10,3 | 0,1 | 10,3 | 0,1 | 3,3 | 0 | 6,5 | 0 | 0 | 0 | 12,9 | 0,1 | 3,4 | 0 | 13,4 | 0,1 | 7,48 | 0,06 |
| 16 | 15 истарше | 14 | 10,2 | 13,4 | 10,6 | 17,4 | 11,8 | 17,1 | 11,4 | 15 | 11,5 | 14,4 | 11,5 | 13,7 | 11,4 | 13,1 | 10,4 | 16,1 | 12,3 | 15,4 | 11,7 | 15 | 11,3 |
| 17 | всенаселение | 11 | 8 | 10,5 | 8,3 | 12,4 | 9,3 | 12,1 | 8,9 | 12,1 | 9,1 | 11,7 | 9,1 | 11,3 | 9 | 11 | 8,4 | 13,5 | 9,6 | 12,8 | 9,2 | 11,8 | 8,89 |

Приложение Е

|  |
| --- |
| Тенденции первичной заболеваемости раком яичника возрастных групп женского населения РБ за 2003-2012 гг. в "грубых" и стандартизованных показателях. |
| № | возрастные группы | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | ср.мн.п-ль,гр. | Ср.мн.п-ль,ст. |
| груб. | Станд. | Груб. | Станд. | Груб. | Станд. | Груб. | Станд. | Груб. | Станд. | Груб. | Станд. | Груб. | Станд. | Груб. | Станд. | Груб. | Станд. | Груб. | Станд. |
| 1 | 15-19 | 1,0 | 0,09 | 0,5 | 0,05 | 1,5 | 0,1 | 2,1 | 0,2 | 1,1 | 0,1 | 0,6 | 0,05 | 0 | 0 | 2,2 | 0,2 | 0,8 | 0,07 | 2,5 | 0,2 | 1,23 | 0,1 |
| 2 | 20-24 | 3,1 | 0,2 | 0 | 0 | 3,0 | 0,2 | 2,9 | 0,2 | 0,6 | 0,05 | 1,1 | 0,09 | 3,2 | 0,3 | 1,6 | 0,1 | 2,2 | 0,2 | 2,3 | 0,2 | 2 | 0,2 |
| 3 | 25-29 | 4,9 | 0,4 | 4,6 | 0,06 | 4,2 | 0,3 | 4,7 | 0,4 | 4,7 | 0,4 | 1,3 | 0,1 | 5,1 | 0,4 | 4,9 | 0,4 | 7,2 | 0,6 | 2,3 | 0,2 | 4,39 | 0,3 |
| 4 | 30-34 | 4,4 | 0,3 | 4,4 | 0,3 | 3,7 | 0,2 | 6,6 | 0,4 | 5,1 | 0,3 | 4,3 | 0,3 | 3,6 | 0,2 | 2,1 | 0,1 | 4,15 | 0,2 | 9,6 | 0,6 | 4,8 | 2,9 |
| 5 | 35-39 | 3,3 | 0,2 | 4,0 | 0,2 | 10,4 | 0,6 | 2,9 | 0,2 | 5,9 | 0,4 | 5,9 | 0,4 | 5,9 | 0,4 | 7,4 | 0,4 | 8,1 | 0,5 | 7,4 | 0,4 | 6,12 | 3,7 |
| 6 | 40-44 | 12,3 | 0,7 | 10,7 | 0,6 | 13,8 | 0,8 | 11,6 | 0,7 | 13,5 | 0,8 | 12,9 | 0,8 | 13,5 | 0,8 | 16,2 | 0,97 | 20,2 | 1,2 | 14,1 | 0,8 | 13,9 | 8,2 |
| 7 | 45-49 | 23,0 | 1,4 | 18,8 | 1,1 | 22,4 | 1,3 | 23,8 | 1,4 | 21,6 | 1,3 | 18,4 | 1,1 | 18,6 | 1,1 | 21,9 | 1,3 | 17,8 | 1,1 | 21,1 | 1,3 | 20,7 | 1,2 |
| 8 | 50-54 | 22,3 | 1,1 | 26,0 | 1,3 | 20,9 | 1,0 | 26,7 | 1,3 | 31,9 | 1,6 | 27,6 | 1,4 | 30,0 | 1,5 | 28,7 | 1,4 | 20,8 | 1,0 | 27,0 | 1,4 | 26,2 | 1,3 |
| 9 | 55-59 | 28,9 | 1,2 | 31,4 | 1,3 | 26,3 | 1,1 | 27,3 | 1,1 | 32,9 | 1,3 | 41,0 | 1,6 | 28,6 | 1,1 | 21,3 | 0,9 | 27,9 | 1,1 | 29,9 | 1,2 | 29,6 | 1,2 |
| 10 | 60-64 | 36,3 | 1,5 | 35,2 | 1,4 | 16,0 | 0,6 | 39,1 | 1,6 | 35,3 | 1,4 | 44,6 | 1,8 | 43,0 | 1,7 | 34,7 | 1,4 | 30,2 | 1,2 | 39,3 | 1,6 | 35,4 | 1,4 |
| 11 | 65-69 | 34,4 | 1,0 | 43,7 | 1,3 | 26,9 | 0,8 | 30,5 | 0,9 | 30,3 | 0,9 | 24,2 | 0,7 | 28,1 | 0,8 | 28,8 | 0,9 | 31,7 | 0,95 | 39,8 | 1,2 | 31,8 | 9,5 |
| 12 | 70-74 | 38,2 | 0,8 | 28,2 | 0,6 | 29,6 | 0,6 | 29,1 | 0,6 | 36,6 | 0,7 | 33,0 | 0,7 | 30,7 | 0,6 | 29,7 | 0,6 | 29,1 | 0,6 | 22,8 | 0,5 | 30,7 | 0,6 |
| 13 | 75-79 | 41,6 | 0,4 | 24,5 | 0,2 | 30,0 | 0,3 | 23,4 | 0,2 | 34,4 | 0,3 | 19,9 | 0,2 | 26,9 | 0,3 | 26,8 | 0,3 | 37,8 | 0,4 | 28,6 | 0,3 | 29,4 | 0,3 |
| 14 | 80-84 | 17,0 | 0,08 | 20,4 | 0,1 | 17,3 | 0,1 | 22,7 | 0,1 | 15,7 | 0,1 | 22,3 | 0,1 | 20,0 | 0,1 | 26,5 | 0,1 | 20,5 | 0,1 | 12,0 | 0,06 | 19,4 | 0,9 |
| 15 | 85 истарше | 20,4 | 0,1 | 12,3 | 0,06 | 17,0 | 0,1 | 17,8 | 0,08 | 13,4 | 0,1 | 4,6 | 0,02 | 13,2 | 0,07 | 15,8 | 0,1 | 7,2 | 0,04 | 16,1 | 0,08 | 13,8 | 0,8 |
| 16 | 15 истарше | 16,5 | 12,1 | 14,9 | 11,1 | 14,5 | 10,7 | 16,0 | 12,1 | 16,8 | 12,5 | 15,6 | 11,9 | 16,1 | 12,1 | 16,0 | 11,8 | 16,2 | 13,5 | 16,9 | 12,7 | 16 | 12,1 |
| 17 | всенаселение | 13,8 | 9,6 | 12,5 | 9,8 | 12,2 | 8,4 | 13,3 | 9,8 | 14,3 | 9,8 | 13,2 | 9,3 | 13,7 | 9,5 | 13,6 | 9,3 | 13,7 | 10,6 | 14,3 | 10,0 | 13,5 | 9,6 |

Приложение Ж

Перечень патентов профессора Плечева В.В.

1. Патент РФ. Заявка: 2010115545/14, опубл. 27.10.2011 Бюл. № 30. СПОСОБ ПРЕДНАМЕРЕННОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПЕРЕД ПЕРЕЖАТИЕМ АОРТЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕРДЦЕ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

2. Патент РФ. Заявка: 2010115443/14, 19.04.2010, опубл. 20.12.2011 Бюл. № 35. СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ СПАЗМА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.

3. Патент РФ. Заявка: 2010145444/14, 08.11.2010, опубл. 10.04.2012 Бюл. № 10. СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СПАЗМА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ВО ВРЕМЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

4. Патент РФ. Заявка 2010145358/14, 08.11.2010, опубл. 10.04.2012, Бюл. № 10. СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ КОРОНАРНЫХ ТРОМБОЗОВ ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ КОРОНАРНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

5. Патент РФ. Заявка 2011151369/14, 15.12.2011, опубл. 27.04.2013. Бюл. № 12. СПОСОБ ФИКСАЦИИ ГРУДИНЫ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ.

6. Патент РФ. Заявка 2011134403/15, 16.08.2011, опубл. 20.05.2013 Бюл. № 14. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ДИСТАЛЬНЫМ ИЛИ ДИФФУЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.

7. Патент РФ. Заявка 2012118127/14, 03.05.2012, опубл. 20.11.2013 Бюл. № 32. СПОСОБ БАЛЛОННОЙ НАВИГАЦИИ КОРОНАРНОГО ПРОВОДНИКА ПРИ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Приложение И

Список научных работ проф. Ганцева Ш.Х.

|  |  |
| --- | --- |
| а) Перечень научных публикаций (без дублирования) в изданиях, индексируемых в международных цитатно-аналитических базах данных Web of Science и Scopus, а также в специализированных профессиональных базах данных Astrophysics, PubMed, Mathematics, Chemical Abstracts, Springer, Agris, GeoRef, MathSciNet, BioOne, Compendex, CiteSeerX и т.п. | 1. Ганцев, Ш.Х.Возможности перитонеальных порт-систем в лечении диуретикорезистентного асцита у больных циррозом печени / Ш.Х. Ганцев, Б.А. Абдурахманов, О.К. Кулакеев // Хирургия. –2010. –№ 4. –С.30-33.
2. Fluorescent Study of tНe Keto-Enol Equilibrium of 5-Fluorouracil Tautomers in Aqueous Solutions / M.V. Sultanbaev, S.S. Ostakhov, Sh.Kh. Gantsev [et al.] // Нigh Energy Chem. –2010. –Vol. 44, № 5. –Р.383-386.
3. Флуоресценция 5-фторурацила при переходе со второго синглетно-возбужденного S2-уровня на основной / С.С. Остахов, Ш.Х. Ганцев, В.П. Казаков [и др.] // Химия высоких энергий. –2011. –Т. 45, № 2. –С.159-161.
4. Associations of common variants at 1р11.2 and 14q24.1 (RAD51L1) with breast cancer risk and heterogeneity by tumor subtyрe: ﬁndings from the breast cancer association consortium / J.D. Figueroa, M. Garcia-Closas, M. Humphreys, R. Platte, J.L. Hopper, M.C. Southey, C. Apicella, F. Hammet, M.K. Schmidt, A. Broeks, R.A. Tollenaar, L.J. Van't Veer, P.A. Fasching, M.W. Beckmann, A.B. Ekici, R. Strick, J. Peto, I. dos Santos Silva, O. Fletcher, N. Johnson, E. Sawyer, I. Tomlinson, M. Kerin, B. Burwinkel, F. Marme, A. Schneeweiss, C. Sohn, S. Bojesen, H. Flyger, B.G. Nordestgaard, J. Benítez, R.L. Milne, J. Ignacio Arias, M.P. Zamora, H. Brenner, H. Müller, V. Arndt, N. Rahman, C. Turnbull, S. Seal, A. Renwick, H. Brauch, C. Justenhoven, T. Brüning,J. Chang-Claude, R. Hein, S. Wang-Gohrke, T. Dörk, P. Schürmann, M.Bremer, P. Hillemanns, H. Nevanlinna, T. Heikkinen, K. Aittomäki, C. Blomqvist, N. Bogdanova, N. Antonenkova, Y.I. Rogov, J.H. Karstens, M. Bermisheva, D. Prokofieva, Gantcev S.H.[et al.] // Human Molecular Genetics. – 2011. –Р. 4693-4706. doi:10.1093/Нmg/ddr368.
5. The role of inﬂammatory chemokines in lymphoid neoorganogenesis in breast cancer / S.K. Gantsev, K. Umezawa, D.V. Islamgulov [et al.] // Biomedicine & Pharmacotherapy. –2013. –Vol.67, № 5. –P.363-366. doi:10.1016/j.biopha.2013.03.017.

Lymphoangionodulary anastomosis in cancer with metastases in lymph nodes / S.K. Gantsev, R.S. Ishmuratova, M.A. Tatunov [et al.] // Biomedicine & Pharmacotherapy. – 2013. –Vol.67, №7. –Р.637-642.http://dx.doi.org/10.1016/j.biopha.2013.06.008. |
| б) Перечень научных публикаций в журналах, входящих в Перечень РФ рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, с указанием импакт-фактора журнала на основании данных библиографической базы данных научных публикаций российских учёных Российскому индексу научного цитирования (РИНЦ).  | 1. Повышение релевантности подготовки специалистов по онкологии в Российской Федерации / М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев, Л.З. Вельшер [и др.] // Креативная хирургия и онкология. –2010. –№ 1. –С.4-6. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
2. Экспериментальная оценка перфузии лимфатического узла при метастазах рака молочной железы / Ш.Х. Ганцев, А.Г. Пухов, М.А. Татунов [и др.] // Креативная хирургия и онкология. –2010. –№ 1. –С.7-9. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
3. Оценка возможности флюоресцентного количественного определения пролонгированных форм противоопухолевого препарата «Фторурацил-лэнс» в крови / Ш.Х. Ганцев, В.П. Казаков, С.С. Остахов [и др.] // Креативная хирургия и онкология. –2010. –№ 2. –С.12-17. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
4. Хортсманн, Р. Случай успешного лечения нерезектабельного рака прямой кишки с метастазами в печень / Р. Хортсманн, Ш.Х. Ганцев // Креативная хирургия и онкология. –2010. –№ 2. –С.62-64. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
5. Опыт работы диссертационного совета в Башкирском государственном медицинском университете / Ш.Х. Ганцев, А.Б. Бакиров, В.В. Никитин [и др.] // Креативная хирургия и онкология. –2010. –№ 2. –С.64-68. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
6. Цветная лимфография для оценки перфузии лимфатических узлов ex vivo при раке молочной железы / Ш.Х. Ганцев, А.Г. Пухов, М.А. Татунов [и др.] // Вестник Южно-Уральского государственного университета. –2010. –№ 6. –С.59-61. ИФ журнала в РИНЦ: 0,043.
7. Тимербулатов, В.М. 35 лет подготовки онкологических кадров в Башкирском государственном медицинском университете В.М. Тимербулатов, Ш.Х. Ганцев // Креативная хирургия и онкология. –2010. –№ 3. мС.9-11. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
8. Ганцев, Ш.Х. Ассоциация онкологов республики Башкортостан / Ш.Х. Ганцев // Креативная хирургия и онкология. –2010. –№ 3. –С.16-17. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
9. Применение нейронной сети в прогнозировании рака мочевого пузыря / Ш.Х. Ганцев, А.А. Зимичев, Н.Н. Хрисанов [и др.] // Медицинский Вестник Башкортостана. –2010. –№ 3. –С.44-47. ИФ журнала в РИНЦ: 0,081.
10. Новые технологии и возможности стадирования рака молочной железы по критерию Nex vivo / Ш.Х. Ганцев, М.Г. Галеев, Р.Ш. Ишмуратова [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. –2010. –№ 2. –С.40-44. ИФ журнала в РИНЦ: 0,157.
11. Новые хирургические технологии для уточнения закономерностей лимфогенного метастазирования при раке / Ш.Х. Ганцев, Р.Ш. Ишмуратова, И.Р. Рахматуллина [и др.] // Уральский медицинский журнал. –2010. –№ 6. –С.95-98. ИФ журнала в РИНЦ: 0,106.
12. Ганцев, Ш.Х. Новое к теории метастазирования рака и подходам к его лечению / Ганцев Ш.Х. // Креативная хирургия и онкология. –2010. –№ 4. –С.5-12. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
13. Анализ мутаций в генах BRCA1, NBN и CНEK2 у больных раком яичников в республике Башкортостан / Д.С. Прокофьева, Ш.Х. Ганцев, М.А. Бермишева [и др.] // Креативная хирургия и онкология. –2010. –№ 4. –С.50-53. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
14. Молекулярно-генетическое изучение рака молочной железы в республике Башкортостан / Э.К. Хуснутдинова, Ш.Х. Ганцев, М.А. Бермишева [и др.] // Креативная хирургия и онкология. –2010. –№ 4. –С.56-58. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
15. Ганцев, Ш.Х. Влияние полиненасыщенных жирных кислот 3-омега типа на биохимические показатели сыворотки крови, печени и мышц в эксперименте с перевивными опухолями / Ш.Х. Ганцев, Ф.Д. Зайнуллин, Л.Н. Кудряшова // Медицинский Вестник Башкортостана. –2010. –№ 5. –С.106-110. ИФ журнала в РИНЦ: 0,081.
16. Ганцев, Ш.Х. Обоснование объема мультиорганных операций при колоректальном раке / Ш.Х. Ганцев, Ш.М. Хуснутдинов, А.Ю. Парфенов // Креативная хирургия и онкология. –2011. –№ 1. –С.4-11. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
17. Спектрально-люминесцентное исследование кетоенольной таутомерии производных урацила и их комплексов с циклодекстринами. Часть 1. Комплексообразование таутомеров 5-фторурацила с β-циклодекстрином / М.В. Султанбаев, С.С. Остахов, С.Л. Хурсан, Ш.Х. Ганцев // Бутлеровские сообщения. - 2011. –№ 5. –С.101-104. ИФ журнала в РИНЦ: 0,302.
18. Спектрально-люминесцентное исследование кетоенольной таутомерии производных урацила и их комплексов с циклодекстринами. Часть 2. Комплексообразование таутомеров 5-фторурацила с β-циклодекстрином / М.В. Султанбаев, С.С. Остахов, С.Л. Хурсан, Ш.Х. Ганцев // Бутлеровские сообщения. –2011. –№ 6. –С.66-70. ИФ журнала в РИНЦ: 0,302.
19. Анализ результатов стадирования рака молочной железы по критерию рN ex vivo с использованием новых технологий / Ш.Х. Ганцев, Р. Хорсманн, М.Г. Галеев [и др.] // Креативная хирургия и онкология. –2011. –№ 2. –С.4-9. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
20. Коррекция нутритивного статуса с использованием жирных кислот омега-3 у больных распространенными формами рака органов пищеварения / Ш.Х. Ганцев, Ф.Х. Камилов, Л.Н. Кудряшова [и др.] // Креативная хирургия и онкология. –2011. –№ 3. –С.19-25. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
21. Аутоиммунитет и рак. Новые подходы к ранней диагностике злокачественного роста / М.М. Дамиров, И.Н. Тютерева, Ш.Х. Ганцев [и др.] // Креативная хирургия и онкология. –2011. –№ 3. –С.89-93. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
22. Тромбоэмболия легочной артерии: частота, причины и пути профилактики / Ш.Х. Ганцев, А.И. Каримов, И.И. Огий [и др.] // Креативная хирургия и онкология. –2011. –№ 4. –С.16-22. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
23. Динамика изменения биохимического состава периферической лимфы при раке молочной железы / Ш.Х. Ганцев, Ш.М. Хуснутдинов, Р.Ш. Ишмуратова [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. –2011. –№ 4. –С.37-42. ИФ журнала в РИНЦ: 0,157.
24. Неолимфогенез и профиль экспрессии хемокинов при раке молочной железы / Ш.Х. Ганцев, А.Г. Пухов, Э.К. Хуснутдинова и др. // Креативная хирургия и онкология. –2012. –№ 1. –С.4-9. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
25. Логистика лимфогенного метастазирования при раке молочной железы / Ш.Х. Ганцев, А.В. Султанбаев, Р.Ш. Ишмуратова [и др.] // Креативная хирургия и онкология. –2012. –№ 2. –С.11-16. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
26. Ингибирование клеточной инвазии и индуцирование аноикоза в клетках меланомы у мышей при помощи противовоспалительного препарата DTCM-глутаримида / А. Канеда, Ш.Х. Ганцев, К. Умезава // Креативная хирургия и онкология. –2012. –№ 3. –С.4-9. ИФ журнала в РИНЦ: 0,067.
27. Влияние реализованного перитуморального постнатального индуцированного неолимфангиогенеза на выживаемость при раке молочной железы/Ш.Х. Ганцев,Ш.Р. Кзыргалин, Р.Ш. Ишмуратова, Д.С. Турсуметов//Онкология. Журнал имени П.А. Герцена. – 2014. – №5 (в печати). ИФ журнала в РИНЦ: 0,123
28. Особенности липидного спектра сыворотки крови у работников предприятий химического комплекса/Ш.Х. Ганцев, Г.Г. Бадамшина, Г.В. Тимашева, Л.К.Каримова, А.Э. Бакирова//Общественное здоровье и здравоохранение. –2014. – № 1. С. 41-46.ИФ журнала в РИНЦ: 0,118.
 |
| в) Общее число ссылок на публикации кандидата в члены диссертационного совета в РИНЦ | 312 |
| г) Участие с приглашенными докладами на международных конференциях  | 1. 21-22 ноября 2013 г., г. Уфа, РоссияЕвразийская противораковая конференция: предикция и превенция в современной онкологии.Тема доклада: Перитонеальный канцероматоз.
2. 5 июня 2015 г., г. Уфа, РоссияМеждународный симпозиум «DHMEQ: первые результаты клинико-экспериментальных исследований в онкологии (опыт ученых стран ШОС и БРИКС)»
 |
| д) Рецензируемые монографии по тематике, отвечающей заявленной научной специальности.  | 1. Ганцев, Ш.Х. Лекарственная и хирургическая профилактика рака молочной железы: монография / Ш.Х. Ганцев, О.С. Попов, В.А. Качанова-Кононова.–Уфа: ООО «ЮРАКТАУ плюс, 2010. –167 с. Тираж: 500 экз.
2. Ганцев, Ш.Х. Диагностика рака щитовидной железы / Ш.Х. Ганцев, Давыдович, А.Р. Габбасов. – Уфа: ООО Медиа Группа «Здоровье, 2012. –132 с. Тираж: 500 экз.
3. Ганцев, Ш.Х. Мультиорганные операции в хирургии колоректального рака: монография / Ш.Х. Ганцев, А.Ю. Парфенов. – Уфа: Изд-во «Гилем», 2012. –186 с. Тираж: 200 экз.
4. Буляков, Р.Т. Обоснование профилактики рака слизистой полости рта, языка, губы: монография / Р.Т. Буляков, Ш.Х. Ганцев, О.А. Гуляева. - Издательский дом «LAMBERT», 2012. - 120 с. Тираж: 10 экз.
5. Ганцев, Ш.Х. Предпосылки и пути совершенствования онкологической помощи (на примере Республики Башкортостан):монография / Ш.Х. Ганцев, Л.Н. Кудряшова, Д.М. Габитова. – Уфа: ООО Медиа Группа «Здоровье», 2013. - 118 с. Тираж: 300 экз.
6. Ганцев, Ш.Х. Рак желудка: монография / М.Д. Тер-Ованесов, И.Р. Рахматуллина, Д.Т. Арыбжанов. – Уфа: Изд-во «Гилем», 2014 (в печати).-. Тираж: 1000 экз.
7. Ганцев, Ш.Х. Редкие заболевания в абдоминальной хирургии: монография / Ш.Х. Ганцев, А.Г. Хасанов, М.М. Мурзанов. – Уфа: Издательский дом ООО «Вилли Окслер», 2005. - 180 с. Тираж: 500 экз.
 |

Приложение К

СПИСОК HАУЧHЫХ ПУБЛИКАЦИЙ

Рахматуллиной Ирины Робинзоновны

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Hаименование работы, ее вид | Форма работы | Выходные данные  | Объем в с./авт.вклад | Соавторы |
|  | Предпосылки и пути совершенствования онкологической помощи (на примере Республики Башкортостан) (монография) | Печатная | Монография. – Уфа: Медиа Группа «Здоровье», 2013. – 117 с. | 117/19,5 | Ганцев Ш.Х., Кудряшова Л.Н., Габитова Д.М., Сакаева Д.Д., Ахмадуллина Г.Х. |
|  | Научно- методические предпосылки противораковых мероприятий на основе эпидемиологических исследований на территории крупного промышленного региона (статья) | Печатная | Креативная хирургия и онкология. – 2013. - №3. – С. 57-67 | 11/1,8 | Ханов А.М., Липатов О.Н., Ганцев К.Ш., Ахмадуллина Г.Х., Кзыргалин Ш.Р. |
|  | Современные реалии и возможности хирургического лечения рака яичников (статья) | печатный | Медицинский вестник Башкортостана. 2013. -Т. 8. -№ 3. -С. 117-123. | 7/2,3 | Хамитова Г.В., Халикова Л.В. |
|  | Перитуморальныйнеолимфангиогенез при раке молочной железы – фактор прогноза выживаемости (статья) | печатный | Вопросы онкологии. -2013. – прил. к №3, Т.59. Материалы VIII Всероссийского съезда онкологов, Т.1, с. 269 | 1/0,1 | Галеев М.Г., Султанбаев А.В., Турсуметов Д.С., Ишмуратова Р.Ш., Кзыргалин Ш.Р., Фролова В.Ю., Ханов А.М. |
|  | Анализ распространенности рака желудка в Республике Башкортостан за многолетний период наблюдения (статья) | печатный | Креативная хирургия и онкология. – 2013. - №4. – С. 44-53 | 10/2,5 | Арыбжанов Д.Т., Ханов А.М., Ахмадуллина Г.Х.,  |
|  | Адъювантное лечение рака желудка (статья) | печатный | Креативная хирургия и онкология. – 2013. - №4. – С. 84-90 | 6/3 | Арыбжанов Д.Т. |
|  | Индолкарбинол-метод мультитаргетной терапии при циклической мастодинии (статья) | печатный | Акушерство и гинекология. – 2013. - №7. – С. 56-62 | 7/0,5 | Киселев В.И., Сметник В.П., Сутурина Л.В., Селиванов С.П., Рудакова Е.Б., Андреева Е.Н., Фадеева Н.И., Хасанов Р.Ш., Кулагина Н.В.,Рожкова Н.И., Артымук Н.В., Гависова А.А., Муйжнек Е.Л., Кузнецов И.Н., Друх В.М. |
|  | Анализ распространенности рака предстательной железы в Республике Башкортостан за многолетний период (статья) | печатный | Креативная хирургия и онкология. – 2014. - №4. – С. 43-48. | 6/6 | - |
|  | Формирование профессиональной направленности выпускника по специальности «Лечебное дело» | электронный | VI Общероссийская конференция с международным участием «Медицинское образование–2015» / Сборник тезисов (г. Москва, 2–3 апреля 2015 года). – М.: Издательство Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, 2015. –С.343-344. | 2/0,5 | Травников О.Ю., Фаршатова Е.Р., Ахмадуллина Г.Х. |
|  | Рак желудка (монография) | печатный | Уфа: Гилем, Башк. энцикл., 2014. – 304с. | 304/76 | Ганцев Ш.Х., Тер-Ованесов М.Д., Арыбжанов Д.Т. |
|  | Обоснование и основные принципы мультидисциплинарного подхода в онкологии | печатный | Практическая онкология. –2015. - Т.16, №2. - С.39-43 | 5/2,5 | Ганцев Ш.Х. |