



МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ

УДК 616-006.442:574.2-036.22(470.67)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

© 2008. **Абуязидов А.М., Хачиров Д.Г., Казиева Х.Э.**
Дагестанская государственная медицинская академия

Установлено, что на заболеваемость лимфогранулематозом (ЛГМ) в сельской местности огромное влияние оказывают природно-антропогенные элементы экосистемы. Среди факторов риска лимфогранулематозом в сельской местности выявлено существенное нередко статистически значимое влияние отдаленных биологических последствий интенсивности применения пестицидов и минеральных удобрений.

It has been revealed, that disease of lymphogranulomatose in rural areas is greatly influenced by natural and anthropogenesis elements of ecosystem. Among risk factors in rural areas there are essential, often statistically significant influence of remote biological consequences of intensity of using pesticides and mineral fertilizers.

Целью исследования были оценка клинико-эпидемиолого-экологических особенностей заболеваемости ЛГМ в сельской местности Республики Дагестан (РД) и влияние на неё природно-антропогенных элементов экосистемы. В то же время некоторые зарубежные исследователи пришли к заключению, что заболеваемость ЛГМ сколько-нибудь значимо не зависит от регионального элемента [6, 4, 5].

О важности регионального элемента в эпидемиологии онкологических заболеваний писали многие авторы, в том числе А. В. Чаклин (1990). Региональный элемент учитывает образ жизни, традиции, особенности климата, в том числе гео-гелиобиологические характеристики, возрастно-половая и этническая структуры населения региона. Экологические факторы в региональном элементе генерируются приоритетными видами хозяйственной деятельности. При общей онкозаболеваемости в РД, составляющей 65,9%, а смертности – 64,3% от общероссийских показателей стандартизованные показатели заболеваемости ЛГМ и смертности от него для всего населения РД на уровне общероссийских или несколько превышают их [2].

Республика Дагестан – самый южный субъект Российской Федерации, имеет площадь 50,3 тыс. кв. км. По оси восток-запад имеет высоту над уровнем моря от 26 до 3000 м и больше, протяженность 216 км по климатогеографическим характеристикам и видам хозяйственной деятельности. Всю сельскую местность разделили на экологические зоны: равнинную (РЭЗ), предгорную (ПЭЗ), горную (ГЭЗ). Протяженность территории сельской местности по оси север-юг 420 км. В сельской местности проживает до 2,7 млн. населения Республики Дагестан, или 60%.

В сельской местности (с/м) Республики Дагестан заболеваемость всеми злокачественными новообразованиями (ЗНО) для населения обоего пола составила 61,5% от общероссийского показателя, для мужчин – 61,0%, а для женщин – 56,8%.

Удельный вес взрослого населения, проживающего в городах и с/м республики, практически совпадает с удельным весом абсолютного числа заболевших ЛГМ в городах и с/м в возрастных



группах 15–39, 40–49, 50–59 и 60–69 лет. Разница только в возрастной группе 0-14 лет, удельный вес в с/м в возрастной группе 0-14 лет больше, чем в городах. При этом необходимо учесть, что удельный вес детского населения в с/м составляет 67,36%, а в городах – 32,64%.

Все ЗНО по всем городам России в 2006 г. превышают аналогичные «грубые» показатели заболеваемости в с/м для обоого пола на 19,16%; для мужского населения – на 10,0 и женщин – на 27,63%. В РД всё наоборот, показатели онкозаболеваемости в с/м превышают аналогичные интенсивные показатели (ИП) по городам республики. «Грубые» показатели онкозаболеваемости населения обоого пола в с/м в 2,05 раза меньше, чем показатель по городам республики (84,14%) для мужского и женского населения [3].

Стандартизованные ИП заболеваемости ЛГМ для обоого пола в 2006 г. были по РФ – 2,00; по РД – 2,14; для мужского населения 1,98 и 2,55; для женского – 2,06 и 1,81 соответственно. Заболеваемость мужчин в РД на 28,79% превышает стандартизованный ИП по России, а для женского населения в РД ИП был на 12,4% меньше общероссийского. Максимальный стандартизованный ИП по РФ в Магаданской области в 7,7 раза превышал показатель по Чувашской области.

По РД клинико-эпидемиолого-экологические аспекты ЛГМ ранее не изучались.

Для достижения цели были учтены все случаи заболевания ЛГМ в Республике Дагестан за 1990-2004гг., всего 675 случаев, взятых на учет в онкологическом диспансере РД. Из всех учтенных случаев ЛГМ 42,2% – горожане и 55,8% – жители сельской местности. Такое распределение согласуется с численностью населения, проживающего в городах и с/м Республики Дагестан.

Рассчитали также годовые, среднегодовые показатели заболеваемости (число случаев на 10000 населения) за 1990-1994 гг. (I-й период), 1995-1999 гг. (II-й период), 2000-2004 гг. (III-й период) и среднемноголетние ИП (1990 – 2004 гг.).

Рассчитали доверительные границы (ДГ) для оценки статистической значимости разницы среднемноголетних ИП по территориям сельской местности и городам РД, однако значимость разницы ИП по территориям не удалось оценить. Динамику заболеваемости оценивали по среднегодовым ИП за I-й (1990-1994 гг.), II-й (1995-1999 гг.) и III-й периоды (2000-2004 гг.) и среднегодовым темпам прироста (СТП), величине тренда и его ошибки. Относительный риск (ОР) заболеть ЛГМ рассчитали по территориям относительно общереспубликанского уровня (ОР-1) и по каждому городу, экологическим зонам (ЭЗ) и району с/м (ОР-2) заболеваемости относительно всех городов и всей с/м соответственно без сравниваемой территории. Показатели рассчитывали по каждому городу, по прочим городам без г. Махачкалы, по экологическим зонам.

Результаты и их обсуждение. Рассчитали возрастную структуру больных по полу и возрастным группам (табл. 1).

Таблица 1

Возрастная структура (%) заболевших ЛГМ в Республике Дагестан (1990 - 2004гг.) по полу, городам и с/м*

Возраст	Мужчины		женщины		Оба пола	
	города	с/м*	города	с/м	города	с/м
0-14	20,83	27,45	12,82	11,85	17,54	22,05
15-39	33,03	32,94	41,88	45,9	37,19	37,18
40-49	12,50	15,29	17,94	8,15	14,74	12,82
50-59	15,48	8,23	10,25	13,33	13,33	10,00
60-69	13,57	9,80	10,26	14,0	12,28	11,28
70+	3,57	6,27	6,84	7,41	4,92	6,67
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* с/м – сельская местность

Наибольший удельный вес, как видно, занимают случаи ЛГМ и для мужского и для женского населения в возрастных группах 15-39 и 0-14 лет. По данным [1] заболеваемость ЛГМ имеет два возрастных пика 20-30 и 55-65 лет. В Республике Дагестан максимальный удельный вес занимает возрастная группа 15-39, второе место занимают дети, традиционно не входящие в возрастную группу повышенного риска заболеваемости ЛГМ. Такая особенность заболеваемости требует



специального исследования. Мужчины составили 62,7%, женщины -37,3%. В городах мужчины составили 58,9%, женщины 41,1%. В сельской местности эти показатели были соответственно: 65,4 и 34,6%. Видно, что удельный вес мужчин больных ЛГМ в сельской местности значительно больше, а женщин меньше по сравнению с городами. Важным элементом результатов исследования является их доказательность, представительность.

Для подтверждения объективности полученных результатов рассчитали % не только абсолютного числа случаев ЛГМ по всем городам вместе и экологическим зонам с/м, но и удельный вес населения по этим территориям в структуре больных и всего населения республики. Затем рассчитали коэффициент корреляции по Спирмену между удельным весом абсолютного числа заболевших и удельным весом населения по этим территориям (табл. 2). Установлена статистически значимая корреляционная связь средней силы между абсолютным числом случаев заболевания и удельным весом населения, проживающего в городах и территориях сельской местности.

Это можно рассматривать, как подтверждение объективности учета больных ЛГМ. Данные таблицы подтверждают достаточно высокой степени объективность данных о случаях ЛГМ, включенных в разработку.

Таблица 2

Удельный вес абсолютного числа больных ЛГМ и населения городов и экологических зон с/м в структуре всех случаев заболевания и населения РД

№	Территории	ОП	Мужчины	Женщины
1	Города	42,22(38,86)*	39,72 (39,51)	46,43 (38,25)
2	Равнинная ЭЗ	24,15 (25,84)	27,66 (25,50)	18,25 (26,15)
3	Предгорная ЭЗ	11,0 (13,12)	11,35 (13,04)	10,32 (13,20)
4	Горная ЭЗ	22,67 (22,19)	21,23 (21,96)	25,00 (22,40)
5	Все с/м	57,78 (61,14)	60,28 (60,49)	53,57 (61,75)

* - в скобках % от всего населения республики

Установлено, что 28,7% годовых ИП по городам и в с/м за 15 летний период превышали общереспубликанские и общероссийские показатели заболеваемости ЛГМ.

Из приведенных в табл. 3 среднегодовых и среднемноголетних ИП заболеваемости ЛГМ населения городов видно, что в течение одних и тех же 5 - ти лет (I^й период) ИП существенно колеблются по городам. Так, в 1990-1994гг максимальный среднегодовой ИП (4,4) отмечен по городу Каспийск. ИП по городу Даг. Огни на 51,7% превышал среднегодовой ИП по всем городам вместе и на 76,0% - ИП по всей республике. Во II^м периоде максимальный ИП (4,1) отмечен по городу Кизляр и в 2,7 раза превышает минимальный по городу Кизилюрт. Максимальный ИП на 78,3% превышает общереспубликанский. В III^м периоде максимальный ИП меньше по сравнению с двумя предыдущими периодами исследования и составил 2,4, отмеченный по городам Каспийск, Хасавюрт. По городу Даг. Огни, по которому в I^м периоде был максимальный среднегодовой ИП, в III^м периоде минимальный показатель заболеваемости по тому же городу составил 0,8.

Таблица 3

Среднегодовые ИП заболеваемости ЛГМ населения городов РД

№	Города	Среднегодовые ИП						
		1990-1994 I	1995-1999 II	2000-2004 III	1990-2004	СТП, %	Тренд	Ошибка
1	Махачкала	3,2 *	2,1	1,6	2,3	-5,7	-0,12	0,05
2	Буйнакск	2,8	1,8	2,4	2,4	100,0	-0,03	0,11
3	Даг. Огни	4,4	0,0	0,8	1,7	100,0	-0,34	0,20
4	Дербент	3,2	3,6	1,0	2,6	100,0	-0,22	0,13
5	Избербаш	1,9	2,3	1,5	1,9	100,0	-0,03	0,14



6	Каспийск	1,3	3,0	2,2	2,2	0,2	0,07	0,13
7	Кизилюрт	3,0	1,5	1,4	1,9	-6,4	-0,16	0,12
8	Кизляр	1,9	4,1	0,8	2,2	-	0,00	0,15
9	Хасавюрт	3,0	2,2	2,4	2,6	6,2	-0,03	0,07
10	Юж. Сухокумск	1,7	3,7	0,0	1,9	-	-0,16	0,23
11	Прочие города (без Махачкалы)	2,6	2,6	1,7	2,3	-4,0	-0,08	0,05
12	Итого по всем городам	2,9	2,4	1,6	2,3	-4,8	-0,10	0,04
13	Сельские местности	2,2	2,3	1,8	2,1	1,8	-0,05	0,03
14	Республика Дагестан	2,5	2,3	1,7	2,2	-3,2	-0,07	0,03

* ДГ среднемноголетних ИП не имели статистической значимости, поэтому не включены в таблицу.

Среднемноголетний максимальный ИП за 15 летний период получен по гг. Дербент и Хасавюрт. Динамика заболеваемости ЛГМ населения городов и по всей республике имеет тенденцию к снижению, так же и в с/м республики, где отрицательный СТП составил 1,8%, а тренд отрицательный статистически не значимый. Что можно рассматривать, как показатель стабильности заболеваемости ЛГМ, нежели значимого снижения. По крайней мере за 15летний период рост заболеваемости ЛГМ в городах не отмечен. Существенный размах колебаний годовых, среднегодовых и среднемноголетних ИП заболеваемости ЛГМ по городам Республики Дагестан типично для эпидемиологического процесса неинфекционных заболеваний в Республике Дагестан.

Данные таблицы 4 подтверждают обоснованность такого заключения на уровне ЭЗ сельской местности республики.

Таблица 4

Среднегодовые и среднемноголетние ИП заболеваемости ЛГМ населения ЭЗ сельской местности (1990-2004гг.)

№	Экологические зоны (ЭЗ)	Среднегодовые и среднемноголетние ИП						
		1990-1994	1995-1999	2000-2004	1990-2004	СТП, %	Тренд	Ошибка тренда
1	РЭЗ	2,4 *	2,4	1,6	2,1	-5,2	-0,10	0,03
2	Север РЭЗ	2,1	2,9	1,6	2,2	-0,7	-0,07	0,06
3	Центр РЭЗ	3,1	1,1	2,2	2,1	-8,0	-0,11	0,08
4	Юг РЭЗ	2,4	2,4	1,2	2,0	-14,5	-0,15	0,06
5	ПЭЗ	1,3	2,8	1,6	1,9	2,5	0,04	0,07
6	Север ПЭЗ	0,9	3,6	1,1	1,9	5,1	0,01	0,12
7	Юг ПЭЗ	1,6	2,0	2,0	1,9	0,8	0,06	0,07
8	ГЭЗ	2,6	1,9	2,2	2,2	1,3	-0,03	0,06
9	Север ГЭЗ	2,6	2,2	2,2	2,3	1,5	-0,03	0,06
10	Юг ГЭЗ	2,5	1,1	2,3	2,0	0,8	-0,03	0,08
11	Сельская местность	2,2	2,3	1,8	2,1	-1,8	-0,05	0,03

* Доверительные границы среднемноголетних ИП не приведены, поскольку случаи статистически значимой разницы среднегодовых и среднемноголетних ИП по ЭЗ не отмечено.

Максимальный среднемноголетний ИП заболеваемости ЛГМ отмечен по северу ГЭЗ, однако, без статистической значимости по сравнению с другими экологическими зонами с/м.

Превышение максимального среднемноголетнего ИП по северу РЭЗ по сравнению с минимальным по всей ПЭЗ составило 21,0%; в I, II и III периодах исследования соответственно 3,4, 3,3 и 2,1 раза. В течение 3^x периодов среднегодовые ИП колебались: по всей РЭЗ в пределах 1,1 - 3,1 по ПЭЗ от 0,9 до 3,6; по ГЭЗ от 1,1 до 2,6 рост или уменьшение среднегодовых ИП в течение 15 лет по экологическим зонам не имеет статистической значимости. Такой вывод подтверждается и трендом. По 10^{ти} территориям сельской местности республики тренд статистически не значимо отрицательный, а по 3^м так же не значимо положительный.



СТП положительный по 6^{ти} экологическим зонам, по остальным - отрицательный, как и по всей сельской местности, но меньше по сравнению с отрицательным СТП по всем городам вместе. По всей республике СТП отрицательный составил 3,2%. По всем экологическим зонам, за исключением предгорья, по всей сельской местности, городам и республике среднегодовые ИП заболеваемости за III^й период были меньше по сравнению с I^м периодом.

Разница среднегодовых ИП за III^й период по сравнению с I^м не была статистически значимой. Таким образом, динамику заболеваемости ЛГМ в Республике Дагестан на уровне городов, экологических зон, всей сельской местности можно рассматривать, как статистически незначимую тенденцию к снижению. С точки зрения прикладной значимости важны данные о заболеваемости на уровне административных районов сельской местности Республики Дагестан.

В таблице 5 и в рисунке 1 приведены среднегодовые и среднемноголетние ИП заболеваемости ЛГМ населения сельских районов равнинной и горной экологических зон. Среднемноголетние ИП заболеваемости ЛГМ населения РЭЗ не имеют статистически значимой разницы по районам, хотя максимальный ИП - (Бабаюртовский район) в 3,2 раза превышает аналогичный ИП по Ногайскому району. Усредненные среднемноголетние ИП по северу и югу РЭЗ составили по 1,9, что следует рассматривать, как свидетельство отсутствия влияния на заболеваемость ЛГМ природно-антропогенных характеристик экосистемы РЭЗ по оси север-юг.



Таблица 5

Среднегодовые ИП заболеваемости ЛГМ населения административных районов равнинной экологической зоны

№	Районы РЭЗ	Периоды исследования						
		1990-1994	1995-1999	2000-2004	1990-2004	СТП, %	Тренд	Ошибка тренда
1	Бабаюртовский	3,7	4,0	2,1	3,2	-2,1	-0,13	0,19
2	Дербентский	3,0	2,2	1,5	2,2	-11,3	-0,16	0,12
3	Каякентский	1,7	3,6	1,7	2,3	-100,0	-0,04	0,16
4	Кизилюртовский	4,0	1,0	1,1	1,9	-100,0	-0,29	0,12
5	Кизлярский	1,9	2,5	0,7	1,7	-1,1	-0,08	0,09
6	Карабудахкентский	2,2	1,2	3,5	2,4	-	0,10	0,13
7	Магарамкентский	2,2	1,8	0,4	1,3	-100,0	-0,24	0,07
8	Ногайский	0,0	2,1	1,0	1,0	-	0,07	0,13
9	Тарумовский	1,3	2,5	3,7	2,5	12,1	0,22	0,29
10	Хасавюртовский	2,3	3,0	1,3	2,2	-100,0	-0,13	0,09
11	Итого РЭЗ	2,4	2,4	1,6	2,1	-5,2	-0,10	0,03

РАЙОНЫ

1. Кулинский -4,4
2. Акушинский -4,2
3. Гергебельский -3,7
4. Ахвахский -3,3
5. Унцукульский -3,3
6. Левашинский -2,5
7. Ахтынский -2,4
8. Шамильский -2,3
- ГЭЗ – 2,2
9. Курахский – 2,1
- С/м – 2,1

10. Лакский -2,0
11. Тляртинский – 2,0
12. Гумбетовский – 1,9
13. Цунтинский – 1,7
14. Ботлихский – 1,5
15. Рутульский – 1,4
16. Дахадаевский – 1,4
17. Гунибский – 1,3
18. Хунзахский – 1,3
19. Чародинский – 1,2
20. Цумадинский – 1,1
21. Агульский – 0,0

Рис. 1. Ранжированные по среднемноголетним (1990 – 2004гг.) ИП заболеваемости ЛГМ населения административные районы ГЭЗ.

Если сравнить динамику среднегодовых ИП заболеваемости по районам РЭЗ, то ИП за III-й период только по Карабудахкентскому и Тарумовскому районам превышали среднегодовые ИП за I-й этап исследования, по остальным были меньше. Ни рост среднегодовых, ни их снижение не имели статистической значимости. Поскольку 9 из 10-ти городов расположены на территории РЭЗ, ИП сравнимы с показателями заболеваемости по административным районам РЭЗ и городам.

Такой сравнительный анализ позволяет заключить, что среднегодовые и среднемноголетние ИП заболеваемости населения городов и районов РЭЗ, во-первых, не имеют статистически значимой разницы, во-вторых, за редким исключением динамика заболеваемости по городам и сельским районам РЭЗ идентична, характеризуется статистически не значимой тенденцией к снижению.

Наиболее неблагополучный административный район на равнине – Бабаюртовский, среднемноголетний ИП заболеваемости по нему на 52,33% превышает показатель по всей РЭЗ.

Положительный СТП отмечен по Тарумовскому району, положительный тренд по которому не имеет статистической значимости. Среднегодовые ИП по районам, как и по городам, не дают основания для однозначной оценки динамики.



На территории ГЭЗ из 21 сельского района среднемноголетние ИП по 5-ти превышали ИП по всей горной экологической зоне, по 8-ми – среднемноголетний ИП по всей сельской местности республики. В течение I-го периода исследования среднегодовой ИП по ГЭЗ на 18,2% превышает показатель по всей сельской местности. Для годовых и среднегодовых ИП характерны существенные колебания по сельским районам ГЭЗ, как и по районам РЭЗ.

Максимальный среднемноголетний ИП заболеваемости ЛГМ отмечен по Кулинскому району (4,4), а по Агульскому району в течение 15 лет случаи заболевания ЛГМ не были выявлены.

Среднегодовые ИП заболеваемости по районам ГЭЗ (33,1%) превышают общереспубликанские ИП, по всей сельской местности, Республике Дагестан и общероссийские показатели заболеваемости ЛГМ. По 5-ти районам ГЭЗ из них, но только по одному СТП положительный: Акушинский район – 2,3%. СТП по всей ГЭЗ положительный и составил 1,3%.

Влияние природных факторов (равнина, предгорье, горы, север, юг на 3-х высотных поясах) изучалось с помощью однофакторного дисперсионного анализа и экологического картографирования на уровне сельских районов. Установлено, что при оценке влияния местожительства на территории 10-ти экологических зон с/м существует корреляционная связь средней силы между заболеваемостью ЛГМ и местожительством. Если оценивать влияние экологических зон по оси восток-запад и север-юг раздельно-корреляционная связь

По 12 районам гор среднемноголетние ИП заболеваемости меньше показателя по всей с/м, а по 13-ти – меньше среднего по всей горной экологической зоне.

Расчитанные показатели риска заболеть по административным районам с/м относительно всей республики без сравниваемой территории позволили выделить территории повышенного относительного риска (ОР) заболеваемости ЛГМ. Из 41 сельского района по 10-ти ОР превышал общереспубликанский уровень, взятый условно за «1».

Из этих 10-ти районов 3 расположены в предгорье, а 7 – на территории ГЭЗ.

Статистическую значимость имел ОР только по одному Акушинскому району в горах (ОР-1,99; $z=2,99$). По Кулинскому району ОР составил 2,03, но без статистической значимости ($z=1,63$).

Среди факторов риска ЛГМ в с/м оценили влияние отдаленных биологических последствий интенсивности применения пестицидов и минеральных удобрений. Применили 2-х факторный дисперсионный анализ и установили, что раздельное, сочетанное и суммарное воздействие пестицидов и минеральных удобрений оказывает влияние на заболеваемость ЛГМ населения сельской местности.

Для различных пестицидов и минеральных удобрений влияние колеблется от отсутствия до статистически значимого влияния. Как правило, при сочетанном и суммарном воздействии влияние агрохимикатов более значимо. Так, при раздельном воздействии фосфорорганических пестицидов доля влияния – 3,32%; корреляционное отношение – 0,18; при сочетанном воздействии с азотными удобрениями доля влияния – 17,58%; корреляционное отношение – 0,42. При суммарном воздействии доля влияния – 43,30%; корреляционное отношение – 0,66.

При раздельном воздействии азотных удобрений сочетанным и суммарном воздействии обоих факторов на заболеваемость ЛГМ влияние статистически значимое.

Из более чем 500 сочетаний выявлено существенное, нередко статистически значимое влияние пестицидов и минеральных удобрений на заболеваемость ЛГМ населения сельской местности Республики Дагестан.

Приведенные результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. Заболеваемость ЛГМ населения РД на уровне общероссийских показателей, а на 28,0% годовых ИП превышают аналогичные общероссийские показатели.
2. Возрастная структура заболевших больных ЛГМ в РД при первичном выявлении характеризуется двумя пиками: в 15-39 и 0-14 лет, что следует рассматривать как региональную особенность, поскольку традиционно два пика приходятся на 20-30 и 55-65 лет.
3. Заболеваемость ЛГМ населения несущественно выше в городах, годовые и среднегодовые ИП существенно колеблются по одним и тем же территориям в течение 15 лет и по разным территориям в одни и те же сроки.



4. Выделены территории повышенного относительного риска заболеваемости на уровне административных районов сельской местности; наибольшая демографическая нагрузка таких территорий отмечена в горах, меньше – в предгорье, а на равнине ни по одному району не отмечен повышенный относительный риск заболеваемости ЛГМ.
5. Динамика заболеваемости ЛГМ в РД может рассматриваться как стабильная с элементами разнонаправленности, как в сельской местности, так и в городах.
6. Климатогеографические характеристики экологических зон, особенно интенсивность применения пестицидов и минеральных удобрений, должны рассматриваться как реальные факторы риска ЛГМ в сельской местности РД и не только.

Библиографический список

1. Ильин Н.В. Лимфома Ходжкина (болезнь Ходжкина) (лекция, часть I) // Вестник гематологии. Том.2, №4. – 2006.- С.51-58. 2.Петрова Г.В., Харченко Н.В., Грецова О.П. Заболеваемость населения территорий России злокачественными новообразованиями лимфатической и кроветворной ткани в 2004г. // Злокачественные новообразования в России в 2004г. (заболеваемость и смертность). Под. Ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В.Петровой. Москва. 2006.- С.112 – 113. 3. Петрова Г.В., Харченко Н.В., Грецова О.П. Заболеваемость населения территории России злокачественными новообразованиями лимфатической и кроветворной ткани в 2006г. // злокачественные новообразования в России в 2006году (Заболеваемость и смертность). Под. ред. В.И.Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. Москва. 2008.- С.112 – 113. 4. Suchi T. Mjlignant lymphjmae in Japan. Adr. Pathol. Anat/ and Clin Ptoc. 11 th trienn. World Cong. World Assoc. Soc. Pathall.// Jerusalem.-1981.-Vol.2, Oxford; 1981, -P.71-78. 5. Tirelli U., Zagonel V., R. Trovo M., Volpe R. Non-Hadgkins limphoina in the elderly: A retrospective evaluation of toxicity related to aggressive VS. Consevative treatmens. //Тumori -1988;-74, №4.-433-438. 6. Vijunco J., Phillips R., Hehdrickson P., Meliburn L. Stage. Non-Hoodgkin lymphoma results of regional radietion therapy // Ara. J. Roenntog. 1971 -117, № 1, P. 45-49.

УДК 614

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ РАНЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИСХОДОВ

© 2008. **Амиров А.М.**

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, г. Москва

Рассмотрены вопросы оказания хирургической помощи раненым в конечности на различных этапах медицинской эвакуации. Изучены исходы развития гнойно-септических осложнений у военнослужащих с боевыми травмами конечностей в зависимости от характера и локализации полученных ранений. Выявлена зависимость исходов лечения от сроков медэвакуации и своевременного оказания специализированной хирургической помощи.

The questions of rendering of the surgical help by the wounded man in finiteness at various stages of medical evacuation are considered. Outcomes of development of is purulent-septic complications at military men with fighting traumas of finitenesses depending on character and localization of the received wounds are studied. Dependence of outcomes of treatment on terms medical evacuation and duly rendering of the specialized surgical help is revealed.

При всех войнах и вооруженных конфликтах наибольшее количество раненых было и остается с ранениями конечностей. Причем в вооруженных конфликтах, начиная со второй половины