

УДК 618.146:616-006.6-055.2

СОСТОЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПРОГНОЗ ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОК

Наумов И.А., Гарелик Т.М.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
e-mail: kge_grgmu@mail.ru

Среди онкологических заболеваний женского населения, ухудшающих состояние репродуктивного здоровья, вторым по частоте встречаемости является рак шейки матки. Развитию инвазивной стадии заболевания предшествуют различные формы цервикальной интраэпителиальной неоплазии, включая рак *in situ*, которые являются последовательными и прогностически благоприятными этапами канцерогенеза, который имеет мультифакторный, но все еще недостаточно изученный характер. На основе анализа данных, полученных при выкопировке из первичной медицинской документации, и проведенной экспертизы качества оказания медицинской помощи показано, что в структуре впервые выявленных форм инвазивных и неинвазивных форм патологии превалировал рак шейки матки *in situ* – 61,5%. В 2012–2016 гг. показатели первичной заболеваемости раком шейки матки *in situ* оказались, в среднем в 1,5 раза более высокими, чем среди заболевших инвазивным раком: соответственно $25,52 \pm 4,56$ и $16,06 \pm 1,53$ на 100 тыс. женского населения. Установлено, что возрастная структура и динамика первичной заболеваемости женщин, страдающих раком шейки матки, в значительной мере определяются их низким социальным статусом и дефектами самосохранительного поведения, а также качеством оказания медицинской помощи, а раннее выявление данного рода патологии является залогом сохранения репродуктивного здоровья пациенток.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, первичная заболеваемость, рак шейки матки

CONDITION OF CERVICAL CANCER PRIMARY MORBIDITY AS A FACTOR, WHICH DETERMINE FORECAST FOR REPRODUCTIVE HEALTH OF PATIENTS

Naumov I.A., Garelik T.M.

Educational Institution «Grodno State Medical University», Grodno, e-mail: kge_grgmu@mail.ru

Cervical cancer is the second most frequent occurrence disease among all types of cancer in women, which worsen the state of their reproductive health. Various forms of cervical intraepithelial neoplasia, including *in situ* cancer, which are sequential and prognostically favorable stages of carcinogenesis and have a multifactorial, but still poorly studied character, precede the development of the invasive stage of this disease. We have found that cervical cancer *in situ* prevailed in the structure of newly identified invasive and noninvasive forms of pathology (61.5% of cases) on the basis of data analysis obtained by the copying information from the primary medical documentation and results of the medical care expertise. Primary morbidity of cervical cancer *in situ* was in 1.5 times higher on a par with patients who had invasive cancer: 25.52 ± 4.56 and 16.06 ± 1.53 per 100,000 females, respectively, in 2012-2016 years. We also have found that the age structure and dynamics of the primary morbidity in women suffering from cervical cancer are largely determined by their low social status and the defects of self-protective behavior, as well as the quality of medical care, but early detection of this pathology is the key for preservation of their reproductive health.

Keywords: reproductive health, primary morbidity, cervical cancer

Сохранение репродуктивного здоровья (далее – РЗ) женского населения является приоритетом деятельности здравоохранения Республики Беларусь и реализуется преимущественно на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП). При этом одними из основных критериев ее качества являются показатели заболеваемости и смертности от основных неинфекционных болезней, в том числе и онкологических [1].

Среди онкологических заболеваний женского населения, ухудшающих состояние РЗ, вторым по частоте встречаемости является рак шейки матки (далее – РШМ) [2]. Так, ежегодно в мире впервые выявляется более 500 тыс. новых случаев инвазивного РШМ, стандартизованные показатели забо-

леваемости в Европейском регионе варьируют от 4,0 до 21,0 на 100 тыс. населения (в Беларуси – $12,0-15,0\%_{0000}$) с устойчивой тенденцией к росту [3].

Развитию инвазивного РШМ предшествуют различные формы цервикальной интраэпителиальной неоплазии, включая преинвазивную РШМ *in situ*, являющиеся прогностически благоприятными этапами мультифакторного канцерогенеза, который все еще недостаточно изучен [4]. В этой связи созданию новой базы данных в области оценки потенциала РЗ пациенток, страдающих РШМ, основанной на использовании международных стандартов по изучению сложившейся клинко-эпидемиологической ситуации и анализе диагностических ошибок придается важнейшее значение, что

в полной мере соответствует задачам Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг. [5]. Именно эти данные, полученные, в том числе и на региональном уровне, должны стать основой для внедрения новых технологий сохранения РЗ пациенток, что и определяет актуальность исследования.

Цель исследования: изучить структуру, динамику и причины первичной заболеваемости РШМ в Гродненской области Республики Беларусь в 2012–2016 гг. и оценить их вклад в ухудшение РЗ пациенток.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ первичной медицинской документации пациенток, страдавших РШМ, по шифрам С 53 и D 06 Международной классификацией болезней 10-го пересмотра: медицинских карт амбулаторного больного (ф № 25/у), историй болезни (ф № 003/у-07), извещений о впервые установленных случаях злокачественных новообразований (ф № 090/у-16), протоколов на случай выявления у пациента формы злокачественного новообразования в III стадии визуальных локализаций и (или) в IV стадии всех локализаций (ф № 027-2/у-13). Использованы также данные канцер-регистра Гродненской областной клинической больницы за 2012–2016 гг.

Данные о заболеваемости представлены в абсолютных значениях и показателях на 100 тыс. женского населения в разрезе возрастных групп. В оценке стадии РШМ пользовались Международной классификацией TNM (6-е издание, 2002) и FIGO (1994).

В процессе исследования использована методология экспертной оценки качества оказания медицинской помощи (максимальный показатель принимался равным 100%).

Статистическая обработка данных проведена с использованием программы «STATISTICA 10.0». Наглядное представление о структуре заболеваемости осуществлено с помощью круговых диаграмм распределения. Тренды заболеваемости описаны

с применением уравнения экспоненциального тренда и представлены графически.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что в Гродненской области в 2012–2016 гг. охват организованным популяционным скринингом РШМ на уровне ПМСП осуществлялся в соответствии с требованиями Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.08.2016 г. № 96 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации». Скрининг был основан на морфологической верификации данного заболевания (цитологический и гистологический методы) и дополнялся тестированием на наличие вируса папилломы человека с определением вирусной нагрузки, а выбор стратегии диагностики проводился на основе таких показателей, как чувствительность, специфичность, предсказуемость значений положительного и отрицательного тестов [6]. За пятилетие уровень охвата женского населения организованным скринингом составил $92,21 \pm 1,63\%$. При этом был выявлен 1171 случай РШМ.

Как известно, одним из основных факторов прогноза, определяющих течение заболевания, состояния РЗ и жизни пациентки, страдающей РШМ, является степень распространения опухолевого процесса на момент диагностики [7]. Нами установлено, что в структуре впервые выявленных форм превалировал РШМ *in situ* (61,5%), что свидетельствует об относительной эффективности скрининга на уровне ПМСП. Процентная доля пациенток с I стадией процесса составила 16,1%, со II стадией – 14,3%, с III стадией – 6,0%, с IV стадией – 2,1% (рис. 1).

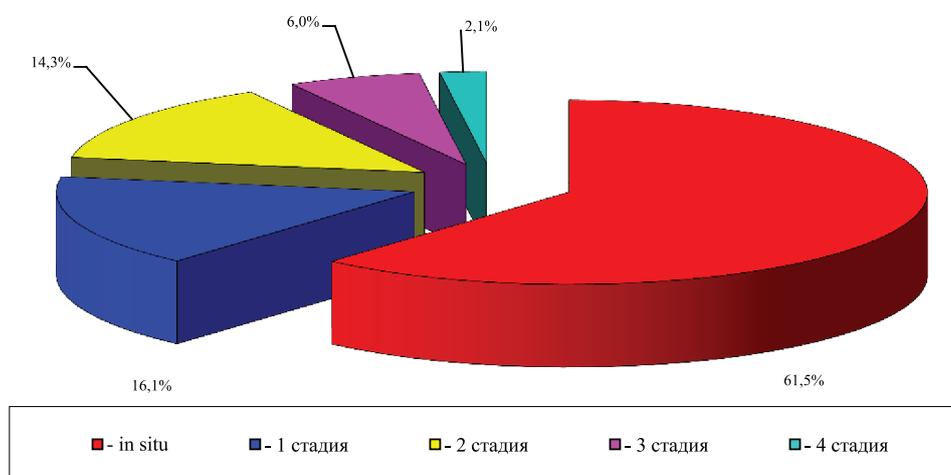


Рис. 1. Структура впервые выявленных случаев РШМ в Гродненской области в 2012–2016 гг.

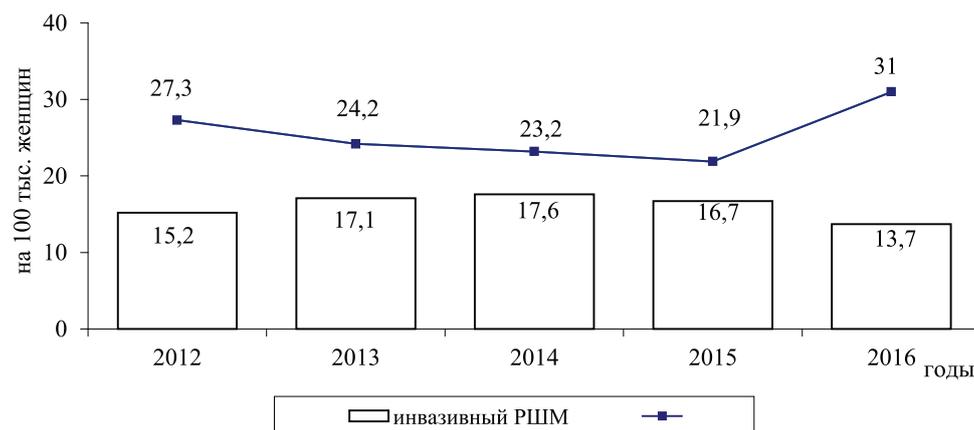


Рис. 2. Динамика первичной заболеваемости инвазивным и неинвазивным РШМ в Гродненской области в 2012–2016 гг.

Таблица 1

Впервые выявленная заболеваемость РШМ *in situ* в Гродненской области в 2012–2016 гг.

Возраст	Годы											
	2012		2013		2014		2015		2016		2012–2016	
	абс	‰/0000	абс	‰/0000								
До 20 лет	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,17	1	0,23 ± 0,07
20–29	55	72,97	35	46,94	29	39,95	30	42,84	51	76,23	200	55,79 ± 9,39
30–39	48	66,0	38	52,68	42	58,03	41	56,41	42	57,56	211	58,14 ± 3,26
40–49	28	33,48	34	41,44	28	34,82	25	31,63	34	43,57	149	36,99 ± 3,21
50 лет и старше	24	10,62	30	13,15	32	13,92	27	11,65	46	19,74	159	13,82 ± 1,98
Всего	155	27,32	137	24,21	131	23,22	123	21,87	174	31,03	720	25,52 ± 4,56

Среди пациенток с РШМ *in situ* показатели первичной заболеваемости оказались в среднем в 1,5 раза более высокими, чем среди заболевших инвазивным раком: соответственно $25,52 \pm 4,56$ и $16,06 \pm 1,53$ на 100 тыс. женского населения. Причем динамика показателей заболеваемости РШМ оказалась разнонаправленной (рис. 2).

Случаи первичной заболеваемости неинвазивным РШМ регистрировались во всех возрастных группах пациенток (табл. 1).

В связи с наиболее высоким процентным уровнем охвата организованным скринингом среди впервые выявленных значительное большинство (77,9%) ожидаемо составили случаи РШМ *in situ*, зарегистрированные у женщин репродуктивного возраста (15–49 лет), что согласуется с литературными данными [8].

На протяжении пятилетия в группах женщин репродуктивного возраста (за исключением пациенток младше 20 лет) значения показателей заболеваемости РШМ *in situ* значительно превышали аналогичные

среди заболевших в возрасте старше 50 лет. Причем среди женщин 30–39 лет средние значения показателя ($58,14 \pm 3,26$ ‰/0000) превысили аналогичные в старшей возрастной группе ($13,82 \pm 1,98$ ‰/0000) почти в 4 раза ($t = 5,48$; $p < 0,01$).

Таким образом, группой повышенного риска являются женщины именно активного репродуктивного возраста, причем преимущественно из промискуитетной группы с исходно неудовлетворительным состоянием РЗ, для которых характерны невысокий образовательный уровень (высшее образование имели 11,9% женщин), раннее начало половой жизни (в среднем, в $14,9 \pm 0,29$ г.), незащищенные половые контакты (86,9% пациенток) и частая смена сексуальных партнеров (в среднем, $7,13 \pm 0,67$), наличие инфекций, передающихся половым путем (85,3%), аборт в анамнезе и травмы шейки матки (71,9%), а также роды в возрасте 15–18 лет и высокий их паритет (62,9%). Полученные результаты согласуются не только с литературными [9], но и данными ранее

проведенных нами исследований, в которых было показано, что, например, среди врачей акушеров-гинекологов репродуктивного возраста Гродненской области на протяжении целого десятилетия (2007–2016 гг.) не было выявлено ни одного случая даже неинвазивного РШМ [10]. Кроме того, нами было установлено, что риск заболеть существенно выше у женщин репродуктивного возраста, работавших во вредных условиях труда и контактировавших даже с малыми концентрациями химических токсикантов, обладавших канцерогенным действием [11].

По-видимому, существенной отягощенностью полового анамнеза можно объяснить и выявленную нами тенденцию поступательного роста первичной заболеваемости РШМ *in situ* среди женщин в возрасте 50 лет и старше: за пятилетие уровень показателя возрос на 85,8% и в 2016 г. достиг 19,74 на 100 тыс. женского населения (рис. 3).

В связи с рациональной организацией скрининга уровни заболеваемости среди всех пациенток репродуктивных возрастов, страдающих РШМ I–II стадий, оказались существенно более низкими, чем среди заболевших неинвазивной формой рака. Причем в возрасте до 20 лет случаи болезни не регистрировались. При этом нам, однако, не удалось подтвердить литературные сведения о высоких показателях заболеваемости среди женщин наиболее активного репродуктивного возраста (20–29 лет) [12], составившие только $3,01 \pm 0,52^{0/0000}$, так как пик пришелся на возрастную категорию 40–49 лет – $22,77 \pm 3,61^{0/0000}$.

Несмотря на проведение организованного скрининга, в 2012–2016 гг. было зарегистрировано 97 случаев заболевания в III–IV стадиях (табл. 2). Возраст пациенток был следующим: 20–29 лет – 3,1% женщин, 30–39 лет – 9,3%, 40–49 лет – 30,9%, 50–59 лет – 26,8%, 61–70 лет – 13,4%, от 71 лет и старше – 16,5%.

Таблица 2

Впервые выявленная заболеваемость РШМ в III–IV стадиях в 2012–2016 гг.

Возраст	Годы											
	2012		2013		2014		2015		2016		2012–2016	
	абс	$^{0/0000}$	абс	$^{0/0000}$								
20–29	1	1,32	0	0	1	1,38	1	1,43	0	0	3	$0,83 \pm 0,12$
30–39	2	2,74	1	1,39	2	2,76	2	2,75	2	2,74	9	$2,48 \pm 0,76$
40–49	9	10,76	5	6,09	5	6,22	5	6,33	6	7,69	30	$7,42 \pm 2,13$
50 лет и старше	12	5,31	6	2,63	20	8,70	11	4,75	6	2,57	55	$4,79 \pm 1,72$
Всего	24	4,23	12	2,12	28	4,97	19	3,78	14	2,50	97	$3,52 \pm 0,97$

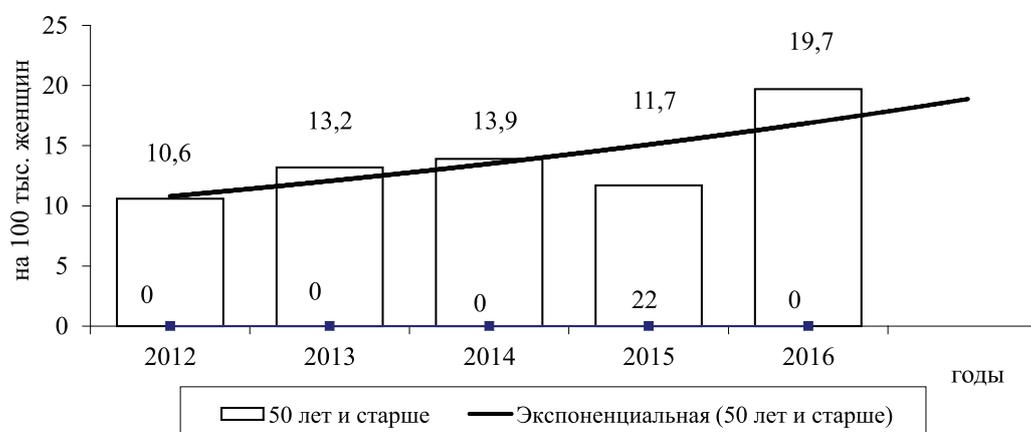


Рис. 3. Динамика первичной заболеваемости РШМ *in situ* в группе старше 50 лет

Экспертиза качества оказания медицинской помощи позволила выявить ее резервы на уровне ПМСП [13]. Так, наиболее типичными отрицательными отклонениями были: длительное отсутствие диспансерного наблюдения (более 1 года), что оказалось характерным для пациенток старше 50 лет, проживавших в сельских поселениях – 59,8%; недостаточный объем диагностических мероприятий – 57,7%; неполный сбор анамнеза – 43,3%; нечеткое знание персоналом отраслевых стандартов – 42,3%; несвоевременность направления на областной уровень при наличии показаний – 40,2%; несвоевременность госпитализации при наличии показаний – 29,9%. Кроме того, одной из возможных причин сложившейся ситуации является и ограниченная чувствительность и специфичность применявшегося метода при проведении цитологического скрининга (не более 70%) [14], что определяет поиск механизмов совершенствования организационного алгоритма ведения пациенток в условиях оказания ПМСП с целью сохранения их РЗ [15].

Выводы

Таким образом, структура и динамика первичной заболеваемости женщин, страдающих РШМ, в значительной мере определяются их социальным статусом и дефектами самосохранительного поведения, а также качеством оказания медицинской помощи, а раннее выявление данного рода патологии является залогом сохранения РЗ пациенток.

Список литературы

1. Рак шейки матки в Республике Беларусь. Эпидемиология и состояние онкологической помощи / А.Е. Океанов [и др.] // Онкологический журнал. – 2013. – Т. 7, № 4(28). – С. 20–27.
2. Global cancer statistics / A. Jemal [et al.] // Cancer Journal for Clinicians. – 2011. – Vol. 61. – P. 69–75.

3. Kesic V. Prevention of cervical cancer in Central and Eastern Europe and Central Asia: a challenge for the future / V. Kesic // Vaccine. – 2013. – Vol. 31. – P. 7–9.

4. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия: возможности диагностики и лечения / Л. И. Мальцева [и др.] // Практическая медицина. – 2012. – № 9 (65). – С. 52–55.

5. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.pravo.by/world_of_law/text.asp?RN = P31100357 (дата обращения: 20.03.2018).

6. Комплексная борьба с раком шейки матки: краткое практическое руководство. – Женева: ВОЗ, 2008. – 290 с.

7. Косенко И.А. Рак шейки матки с неблагоприятным прогнозом: монография / И.А. Косенко. – Гомель: ГГМУ, 2007. – 192 с.

8. Бахлаев И.Е. Профилактика рака шейки матки в условиях женской консультации / И.Е. Бахлаев, П.И. Ковчур // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2009. – № 3–4. – С. 94–98.

9. Аржаненкова Л.С. Социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями женской репродуктивной системы / Л.С. Аржаненкова, Г.А. Сидоров, М.Д. Сычов // Вопросы онкологии. – 2007. – Т. 53, № 6. – С. 715–716.

10. Лисок Е.С. Впервые выявленная заболеваемость женщин – врачей акушеров-гинекологов репродуктивного возраста / Е.С. Лисок, И.А. Наумов // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины: сб. науч. ст. / М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО «Гродненский государственный университет имени проф. Я.К. Коласа-Шашкевича», каф. общей гигиены и экологии; [гл. ред. И.А. Наумов]. – Гродно: ГрГМУ, 2017. – Вып. 7. – С. 72–86.

11. Наумов И.А. Медико-социальная обусловленность состояния репродуктивного здоровья женщин-работниц химического производства: монография / И.А. Наумов, Е.Л. Есис. – Гродно: ГрГМУ, 2015. – 246 с.

12. Новик В.И. Скрининг рака шейки матки / В.И. Новик // Практическая онкология. – 2010. – Т. 11, № 2. – С. 66–73.

13. Прилепская В.Н. Первичная профилактика рака шейки матки: достижения и перспективы / В.Н. Прилепская, Т.Н. Бебнева // Фарматека. – 2011. – № 13. – С. 42–46.

14. Скрининг рака шейки матки: что нового в мировой практике / Г.Р. Байрамова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 7. – С. 17–21.

15. Современные возможности организованного скрининга рака шейки матки / И.А. Аполихина [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 9. – С. 12–18.