

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В РОССИИ: СИТУАЦИЯ И ПРОБЛЕМЫ

Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., Грецова О.П., Александрова Л.М.

ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздрава России, 125284, Москва

Для корреспонденции: Старинский Валерий Владимирович — д-р мед. наук, проф., зам. дир. по научной работе ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздрава России, valstar40@mail.ru

На основании базы данных федеральной статистической отчетности при ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздрава России представлен анализ показателей заболеваемости, 5-летней выживаемости и смертности больных со злокачественными новообразованиями женских половых органов. Рассматриваются вопросы о необходимости повышения эффективности противораковых мероприятий и оказания онкологической помощи женскому контингенту населения России.

Ключевые слова: злокачественные новообразования; женские половые органы; заболеваемость; смертность; выживаемость; ранняя диагностика.

Для цитирования: Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2014; 1 (2): 44—47.

MALIGNANT TUMORS OF THE FEMALE GENITALS IN RUSSIA: STATE OF THE ART AND PROBLEMS

Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V., Gretsova O.P., Aleksandrova L.M.

P.A. Herten Moscow Oncological Institute, Moscow, Russia, 125284

Address for correspondence: valstar40@mail.ru. Starinskiy V.V.

Presents analysis of morbidity, 5-year survival, and mortality of patients with malignant tumors of the female genitals, based on the data of federal statistical files recorded at P.A. Herten Moscow Oncological Institute. Approaches to improvement of the efficiency of cancer control measures and care of the female population of Russia are discussed.

Key words: malignant tumors; female genitals; morbidity; mortality; survival; early diagnosis.

Citation: Arkhiv Akusherstva i Ginekologii im. V.F. Snegiryova. 2014; 1 (2): 44—47. (In Russ.)

Выступая на I Национальном съезде врачей РФ, состоявшемся 05.10.12 в Москве, министр здравоохранения В.И. Скворцова в первую очередь акцентировала внимание на том, что в последние годы в сфере охраны здоровья граждан в нашей стране сделано немало. Демографическая и здравоохранная политика на деле стала основным приоритетом государства. Активная реализация начатого в 2006 г. приоритетного национального проекта «Здоровье», а в 2011 г. — региональных программ модернизации здравоохранения позволила существенно обновить инфраструктуру отрасли, переоснастить амбулаторные и стационарные лечебно-профилактические учреждения, инициировать информатизацию здравоохранения. Впервые россиянам была оказана беспрецедентная поддержка в получении высокотехнологичной медицинской помощи [1].

Определяя проблемы здравоохранения, В.И. Скворцова отметила, что 9 из 10 смертей граждан в возрасте до 60 лет происходит от сосудистых, онкологических, респираторных заболеваний и диабета.

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологии обусловлены устойчивой тенденцией к росту онкологической заболеваемости во всем мире. Такая ди-

намика объясняется рядом субъективных и объективных причин: старением населения, экологическими, экономическими и другими факторами.

Настоящее исследование проведено на основе государственной статистической отчетности с использованием информационно-аналитического программного обеспечения базы данных по онкологии, созданного в ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздрава России.

В 2012 г. в Российской Федерации впервые было выявлено более 480 тыс. онкобольных, 289 тыс. больных умерли [2, 3]. В 2012 г. удельный вес смертности от онкологических заболеваний в общей структуре смертности составил 14,5%, они находятся на 2-м месте после сердечно-сосудистых заболеваний, а «грубый» показатель смертности составил 201,0 на 100 тыс. населения. Доля умерших в трудоспособном возрасте (15–59 лет) составила 15,5%, в репродуктивном возрасте в женской популяции (20 лет–44 года) — 15,6%. Смертность от злокачественных новообразований женских репродуктивных органов в возрастной группе 45–49 лет (на 100 тыс. населения) доходит до 11,6 при раке шейки матки, 3,6 при раке тела матки, 7,6 при раке яичников (рис. 1).

Из-за высоких показателей позднего обнаружения опухолей (в 2012 г. 42,7% от числа всех впервые выявленных опухолей были в запущенных III–IV стадиях заболевания) велик удельный вес больных, умерших в течение года с момента установления диагноза (в 2012 г. он составил 26,1%). Ежегодно в России более 185 тыс. больных впервые признают инвалидами по онкологическому заболеванию.

В 2012 г. «грубый» показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 367,9 (прирост за 10-летний период — 18,0%), что в значительной мере определено «постарением» населения, так как прирост стандартизованного показателя, исключая влияние возраста, в 1,7 раза меньше (10,4%).

Структура заболеваемости женского населения злокачественными новообразованиями за последние годы не претерпела значительных изменений. Удельный вес 6 локализаций (молочная железа, кожа, ободочная кишка, желудок, тело и шейка матки) составляет 62,7%. У каждой 5-й (20,7%) женщины из впервые заболевших выявлен рак молочной железы. Причем 23% женщин, умерших от рака молочной железы, находились в трудоспособном возрасте, а 6% — в репродуктивном.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы лидирующую позицию занимает рак молочной железы (54,4%), затем следуют рак тела матки и шейки матки, яичников (рис. 2).

При этом ранняя выявляемость (I стадия) рака шейки матки в 2012 г. не превышала 29,0%, тела матки — 59%, яичников — 24%, а запущенность «визуальной» локализации — рака шейки матки (III и IV стадия) составила 37,7% (рис. 3).

Тенденции к изменению показателя распространенности (численность контингента больных на 100 тыс. населения) злокачественных опухолей репродуктивных органов у женщин представлены в табл. 1.

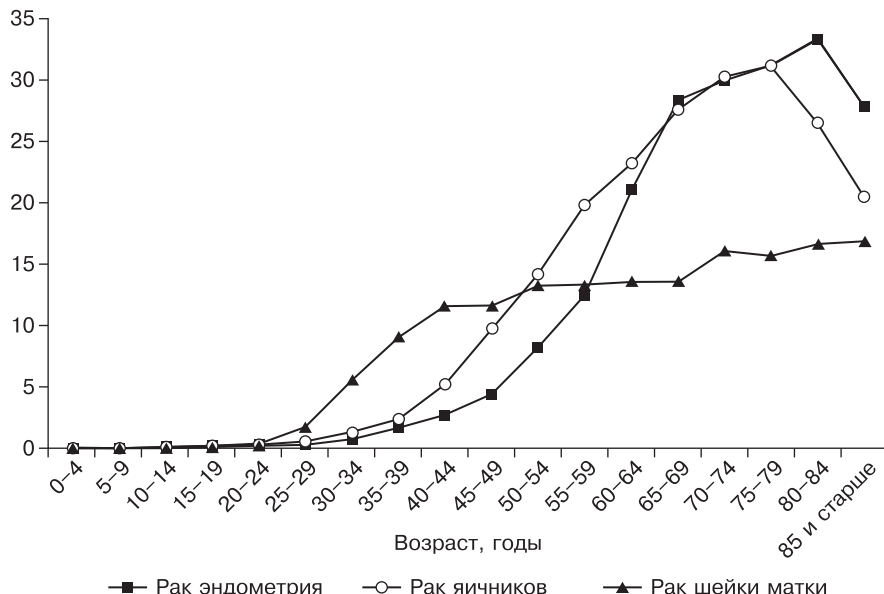


Рис. 1. Смертность от злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы в Российской Федерации в 2012 г. (на 100 тыс. женского населения).

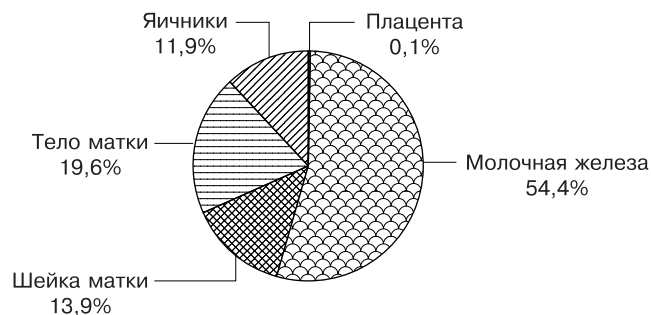


Рис. 2. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы в Российской Федерации в 2012 г.

На конец 2012 г. на диспансерном учете в онкологических учреждениях состояло около 3 млн больных, т.е. 2% населения России. Показатель активного выявления опухолей в целом неадекватен современным возможностям медицины: в 2012 г. он составил 15,6% (в 2000 г. 9,6%). Из 75 тыс. больных, выявленных активно в 2012 г., 73% имели I–II стадию заболевания, опухоли визуальных локализаций составили 46,6%.

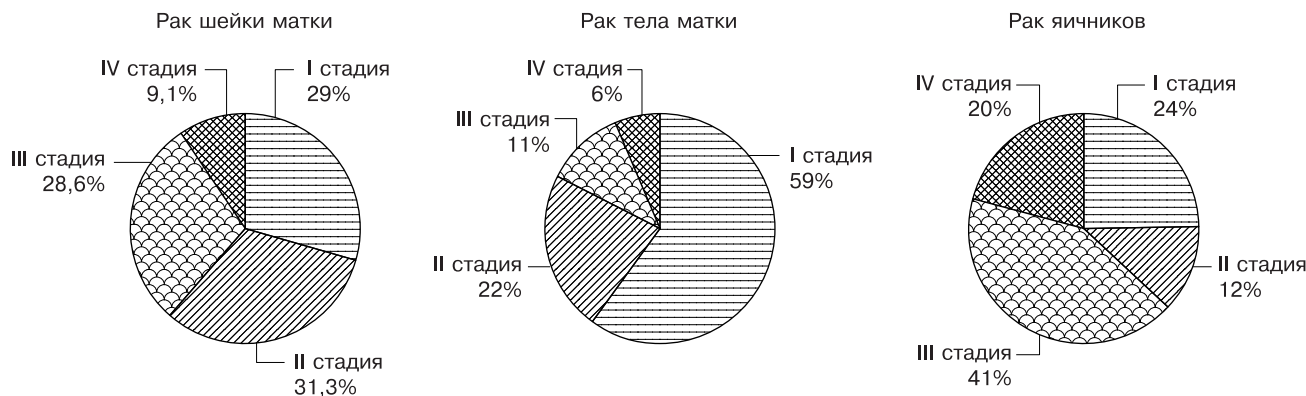


Рис. 3. Распределение по стадиям опухолевого процесса гинекологического рака в Российской Федерации в 2012 г.

Таблица 1. Динамика показателя распространенности злокачественных новообразований женских репродуктивных органов в 2002–2012 г. (на 100 тыс. населения)

Локализация опухоли	2002 г.	2012 г.	Прирост, %
Молочная железа	266,1	380,5	30,0
Тело матки	103,8	148,4	30,0
Яичники	48,4	65,9	26,5
Шейка матки	114,3	115,0	0,6

Средний возраст больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования женских репродуктивных органов в России представлен в табл. 2.

Динамика показателя заболеваемости раком шейки матки во всех возрастных группах свидетельствует о его непрерывном возрастании начиная с 1992 г. (прирост 33%). В возрастной группе 15–29 лет прирост составил 223,7% (9,6 на 100 тыс. женского населения соответствующего возраста); 30 лет–44 года — 149% (35,2); 45–59 лет — 26% (30,6). В возрастной группе старше 60 лет отмечается снижение показателя заболеваемости на 37% (60 лет и старше — 28,6 на 100 тыс. женского населения, 75 лет и старше — 21,9).

В Советском Союзе благодаря созданию централизованных цитологических лабораторий, эффективной работе смотровых кабинетов с 1980 по 1992 г. общий показатель заболеваемости раком шейки матки снизился почти на 40%, а за последние 10 лет вырос на 25%. Настораживает, что данный рост обусловлен заболеваемостью женщин репродуктивного возраста.

В настоящее время, по данным паспортов онкологических диспансеров, в России функционируют 4398 смотровых кабинетов, из них только 864 (19,6%) работают в 2 смены. Средняя годовая нагрузка на кабинет составляет 3,5 тыс. пациентов, т.е. не более 10 пациентов в день, при 8-часовой работе кабинета получается порядка 40 мин на пациента, т.е. возможности смотровых кабинетов используются не полностью.

Динамика заболеваемости женщин раком молочной железы за последние 20 лет характеризуется увеличением показателя в целом на 75,4%, в когортах 45–74 года — на 54,0%, 75 лет и старше — на 75,9%. В возрастной группе 15–44 года с 1999 по 2008 г. отмечено снижение показателя на 19,1% с последующим его возрастанием с 2009 г. на 14%.

Относительная значимость различных факторов в этиологии злокачественных новообразований представляется следующим образом: питание — 35%, курение — 30%, вирусы и микроорганизмы — 10%, сексуальное поведение — 7%, профессия — 5%, географические факторы — 3%, алкоголь — 3%, загрязнение внешней среды — 3%, промышленные продукты — 1%, медицинские процедуры — 1%. Повышение риска развития рака молочной железы, ассоциированное с отягощенным семейным анамнезом, отмечено во многих исследованиях достаточно давно [4, 5]. В среднем риск удваивается при наличии кровных род-

ственников первой линии с установленным диагнозом [6]. К настоящему времени методами молекулярной генетики идентифицирован и охарактеризован ряд генов, мутации в которых ассоциированы с повышенным риском возникновения рака молочной железы [7, 8]. К ним в первую очередь относятся гены *BRCA 1* и *BRCA 2*, открытые в конце прошлого века.

Положение о том, что снижение заболеваемости достигается первичной профилактикой, а снижение смертности — в результате уменьшения заболеваемости, роста выживаемости, т.е. своевременной диагностики и лечения, полностью относится к проблеме злокачественных новообразований.

Эффективность противораковой борьбы в России и работа отдельных лечебно-профилактических учреждений в настоящее время оцениваются на основании таких показателей, как выявление больных на ранних стадиях заболевания, морфологическая верификация диагноза; сведения о больных, получивших специальное лечение, количестве радикально выполненных лечебных мероприятий, оперативной активности, летальности и др.

Не отрицая важности этих показателей, необходимо отметить, что анализ выживаемости онкологических больных, наряду с анализом потерянных лет жизни, является интегральным, позволяющим оценить результат деятельности онкологической службы и здравоохранения в целом. Выживаемость онкологических больных значительно зависит от стадии, в которой выявлено заболевание. При раке молочной железы I стадии выживаемость женщин составляет 87,7%, IV стадии — 19,3%. При раке шейки матки I и IV стадии этот показатель составляет 86,7 и 5,2% соответственно.

Показатели 5-летней выживаемости при злокачественных новообразованиях органов женской половой сферы, по данным Государственного ракового регистра, представлены в табл. 3.

Таблица 2. Динамика среднего возраста женщин с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования репродуктивных органов в 2002–2012 г.

Локализация опухоли	2002 г.	2012 г.
Все новообразования	62,9	63,7
Молочная железа	59,5	61,0
Шейка матки	54,4	51,9
Тело матки	61,9	62,1
Яичники	58,3	58,5

Таблица 3. Показатель 5-летней выживаемости пациентов со злокачественными новообразованиями органов половой сферы, %

Локализация опухоли	I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия
Шейка матки	89	70	55	27
Тело матки	86	74	56	31
Яичники	86	71	51	36

В соответствии с Указом Президента РФ от 07.05.12 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Правительству РФ предписывается обеспечить к 2018 г. снижение смертности от новообразований (в том числе злокачественных) до 192,8 случая на 100 тыс. населения. Решение этой задачи должно осуществляться комплексно и в первую очередь мерами профилактики, организации активного выявления опухолей преимущественно на стадии развития.

В плане целевого решения частных проблем онкопатологии на базе ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздрава России активно функционирует Национальный центр онкологии репродуктивных органов (маммология, гинекология, андрология). Цель создания Центра — повышение качества оказания медицинской помощи при онкопатологии репродуктивных органов за счет внедрения в практику новейших технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, оказание организационно-методической помощи лечебно-профилактическим медицинским учреждениям России в активном, раннем выявлении онкопатологии репродуктивных органов.

Центром подготовлен проект ведомственной целевой программы по развитию помощи при заболеваниях репродуктивных органов, проводятся дни открытых дверей, внедряются эффективные лечебные программы, технологии реабилитации и восстановительного лечения. В настоящее время на базе Центра обследовано более 2500 больных.

На I Национальном съезде врачей РФ министр здравоохранения В.И. Скворцова призвала переформатировать систему оказания медицинской помощи с разворотом привычного вектора врач–больной в сторону врач–здоровый человек [1].

Именно поэтому профилактика и ранняя диагностика злокачественных опухолей должны стать одним из приоритетных направлений деятельности амбулаторно-поликлинических медицинских организаций во всех регионах страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выступление министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой на Первом национальном съезде врачей. <http://docs.cntd.ru/document/902373539>
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. *Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году*. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России; 2013.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.М. *Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность)*. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России; 2014.
4. Harris R.E., Lynch A.T., Guirgis H.A. Familial breast cancer: risk to the contralateral breast. *J. Natl Cancer Inst.* 1978; 60 (5): 955–60.
5. Goodwin P.J. Management of familial breast cancer risk. *Breast Cancer Res. Treat.* 2000; 62 (1): 19–33.
6. Anderson E., Berg J., Black R., Bradshaw N., Campbell J., Cetnar-skyj R. et al. Predicting breast cancer risk: implications of a «weak» family history // *Fam. Cancer*. 2008; 7 (4): 361–6.
7. Nathanson K.L., Weber B.L. «Other» breast cancer susceptibility genes: searching for more holy grail // *Hum. Mol. Genet.* 2001; 7: 715–20.
8. Walsh T., Casadei S., Coats K.H., Swisher E., Stray S.M., Higgins J. et al. Spectrum of mutations in BRCA1, BRCA2, CHEK2 and TP53 in families at high risk of breast cancer. *J.A.M.A.* 2006; 295 (12): 1379–88.

REFERENCES

1. *Statement by the Minister of Health Veronika Skvortsova at the First National Congress of Doctors* [Vystuplenie Ministra zdorvoookhraneniya RF Veroniki Skvortsovoy na Pervom natsional'nom s'ezde vrachey]. <http://docs.cntd.ru/document/902373539>. (in Russian)
2. Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. *The State of Oncological Help to Population in Russia in 2012* [Sostoyanie onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2012 godu]. Moscow: FGBU «MNI-OI im. P.A. Gertsena» Minzdrava Rossii, 2013. (in Russian)
3. Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. *Malignant Tumors in Russia in 2012 (Morbidity and Mortality)* [Zlokachestvennyye novoobra-zovaniya v Rossii v 2012 godu (zabolevaemost' i smertnost')]. Moscow: FGBU «MNI-OI im. P.A. Gertsena» Minzdrava Rossii, 2014. (in Russian)
4. Harris R.E., Lynch A.T., Guirgis H.A. Familial breast cancer: risk to the contralateral breast. *J. Natl Cancer Inst.* 1978; 60 (5): 955–60.
5. Goodwin P.J. Management of familial breast cancer risk. *Breast Cancer Res. Treat.* 2000; 62 (1): 19–33.
6. Anderson E., Berg J., Black R., Bradshaw N., Campbell J., Cetnar-skyj R. et al. Predicting breast cancer risk: implications of a «weak» family history // *Fam. Cancer*. 2008; 7 (4): 361–6.
7. Nathanson K.L., Weber B.L. «Other» breast cancer susceptibility genes: searching for more holy grail. *Hum. Mol. Genet.* 2001; 7: 715–20.
8. Walsh T., Casadei S., Coats K.H., Swisher E., Stray S.M., Higgins J. et al. Spectrum of mutations in BRCA1, BRCA2, CHEK2 and TP53 in families at high risk of breast cancer. *J.A.M.A.* 2006; 295 (12): 1379–88.

Поступила 22.08.14
Received 22.08.14