

УДК 618.146-006.6-036.22

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДЕСКРИПТИВНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

З.М. Измайлова, Э.К. Макимбетов

Рассмотрены актуальные вопросы одной из самых распространенных форм злокачественных опухолей у женщин – рака шейки матки. Отмечен рост и представлены некоторые показатели по заболеваемости раком шейки матки в Кыргызской Республике.

Ключевые слова: рак шейки матки; заболеваемость.

SOME ASPECTS OF DESCRIPTIVE EPIDEMIOLOGY OF CERVICAL CANCER IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Z.M. Izmailova, E.K. Makimbetov

The authors present the actual aspects of one of the most common forms of cancer among women – cervical cancer. Some indicators of cervical cancer morbidity rates are shown there.

Key words: cervical cancer; morbidity.

Введение. Несмотря на крупные достижения в онкологии, в частности по профилактике неинфекционных заболеваний, большинство опухолей у человека представляют огромную проблему [1, 2]. Среди онкологических заболеваний у женщин такую проблему создают опухоли шейки матки, которые по частоте заболеваемости и смертности занимают ведущую позицию [3, 4]. Несмотря на то, что рак шейки матки (РШМ) является хорошо визуализируемой опухолью, случаи распространенных форм болезни не уменьшаются и даже увеличиваются. В большинстве стран мира, особенно экономически развитых, удалось добиться некоторого снижения уровней заболеваемости, в основном из-за превентивных мероприятий и внедрений скрининг-теста [4–7].

Тем не менее, в США рак шейки матки занимает третье место среди гинекологических злокачественных новообразований. В 2010 г. было зарегистрировано около 13 тыс. новых случаев РШМ в США, а умерло от этой болезни почти 5 тыс. женщин [2]. Благодаря тесту Папаниколау частота заболеваемости РШМ уменьшилась с 32,0 на 100 тыс. в 1940-х гг. до 8,3 на 100 тыс. в 1980-х гг. [6]. Однако во многих частях развивающегося мира цервикальный рак продолжает причинять существенный вред в связи с высокой заболеваемостью и смертностью [8]. После рака молочной железы

РШМ – наиболее типичная опухоль женской популяции [9]. Так, в Кыргызской Республике в 80–90 гг. прошлого столетия заболеваемость РШМ находилась на уровне 7,0–7,5. В настоящее время эти цифры стали прогрессивно увеличиваться, что послужило причиной данного исследования.

Целью настоящего исследования явилось изучение некоторых эпидемиологических особенностей распространения рака шейки матки в Кыргызской Республике.

Материал и методы исследования. Исследование охватывает период 9 лет – с 2002 по 2010 г. Материалом исследования служили данные обо всех случаях РШМ, собранные в архивах Национального центра онкологии, Ошского межобластного центра онкологии и онкологического отделения Джалал-Абадской областной больницы. Данные о впервые выявленных пациентках, взятые из этих учреждений, собирались по материалам “Извещений”, где отражались паспортные, адресные и клинические аспекты. Обязательно проводилась фиксация о верификации диагноза – клинической или морфологической. Всего за исследуемый период времени были зарегистрировано 2300 первичных больных РШМ. Пациентки находились в возрасте от 15 лет и старше.

Каждый зарегистрированный случай РШМ был снабжен данными численности женской по-

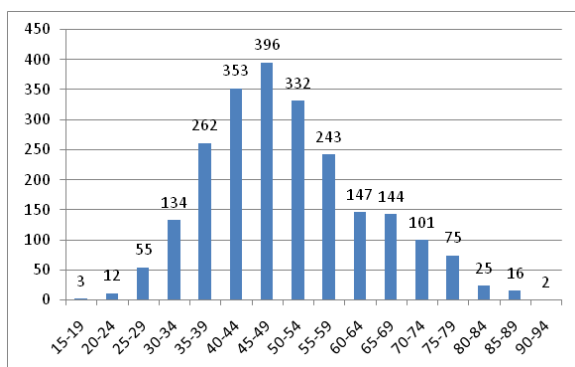


Рисунок 1 – Абсолютное число пациенток раком шейки матки, зарегистрированных в Кыргызской Республике с 2002 по 2010 г.

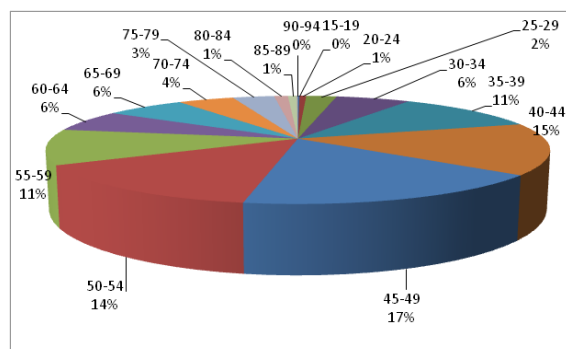


Рисунок 2 – Удельный вес пациенток раком шейки матки в Кыргызстане по возрастным группам за 2002–2010 гг.

пуляции изучаемого региона. При этом также использованы сведения о численности взрослого населения в возрастных группах (15–19, 20–24, 25–29 ... 80–84, 85 и более лет). Стандартизованные показатели заболеваемости определялись прямым методом стандартизации показателей заболеваемости с использованием мирового стандартного населения.

Статистическая обработка данных производилась на основе использования стандартных математических программ, используемых в меди-

ко-биологической статистике. Вычисление и сравнение достоверности различий средних величин (с использованием критерия Стьюдента) проводились с помощью пакета программ. При этом достоверным считались различия с вероятностью не менее 95 % ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Абсолютное число пациенток РШМ по возрастным группам представлено на рисунке 1. Наибольшее число пациенток РШМ было в возрастной группе 45–49 лет – 396 человек. На втором месте (353 женщины) были

Таблица 1 – Грубые показатели заболеваемости раком шейки матки в Кыргызстане

Возрастной индекс (i)	Возрастная группа, лет	Число зарегистрированных случаев (г _i)	Среднегодовая численность населения (п _i)	Повозрастной показатель (г _i /п _i)
1	0–4	0	275612	0
2	5–9	0	264606	0
3	10–14	0	279409	0
4	15–19	3	272882	1,221
5	20–24	12	252331	5,284
6	25–29	55	206542	2,958
7	30–34	134	182040	8,178
8	35–39	262	175160	16,61
9	40–44	353	151788	25,87
10	45–49	396	131817	33,37
11	50–54	332	92013	40,09
12	55–59	243	73399	36,78
13	60–64	147	58669	27,89
14	65–69	144	51012	31,36
15	70–74	101	48039	23,36
16	75–79	75	30232	27,5
17	80–84	25	17195	16,15
18	85+	18	11872	16,84
1–18	Итого	2300	1754991	14,561

Таблица 2 – Стандартизованные показатели заболеваемости раком шейки матки

Возрастной индекс (i)	Возрастная группа, лет	Число случаев (ri)	Среднегодовая численность населения (ni)	Повозрастной показатель (ri/ni)	Мировой стандарт (wi)	(ai x wi)
1	0–4	0	275612	0	12000	0
2	5–9	0	264606	0	10000	0
3	10–14	0	279409	0	9000	0
4	15–19	3	272882	1,221	9000	10989
5	20–24	12	252331	5,284	8000	42282
6	25–29	55	206542	2,958	8000	23664
7	30–34	134	182040	8,178	6000	49068
8	35–39	262	175160	16,61	6000	99660
9	40–44	353	151788	25,87	6000	155220
10	45–49	396	131817	33,37	6000	200220
11	50–54	332	92013	40,09	5000	200450
12	55–59	243	73399	36,78	4000	147120
13	60–64	147	58669	27,89	4000	111560
14	65–69	144	51012	31,36	3000	94080
15	70–74	101	48039	23,36	2000	46720
16	75–79	75	30232	27,5	1000	27500
17	80–84	25	17195	16,15	500	8075
18	85+	18	11872	16,84	500	8420
1–18	Итого	2300	1754991	14,561	100000	1225028

больные в возрасте от 40 до 44 лет и на третьем месте – пациентки от 45 до 49 лет – 332 человека.

Удельный вес пациенток по возрастным группам представлен на рисунке 2. Из данного рисунка видно, что на 3 возрастные группы (40–44, 45–49 и 50–54 года) приходилось больше всего пациенток с РШМ – 15, 17 и 14 % соответственно. Вместе взятые они составили 46 % от всех случаев. Следовательно, РМШ поражаются в основном женщины среднего возраста. Обращает на себя внимание относительно высокая частота или доля пациенток РШМ в молодом возрасте – в 30–39 лет было выявлено 17 % больных. По мере увеличения возраста пациенток частота больных уменьшается. Так, в 55–59 лет было 11 %, 60–64 года – 6 %, 65–69 лет – 6 %, 70–74 года – 4 %, 75–79 лет – 3 % и далее по 1 % больных.

При подсчете грубых или интенсивных показателей заболеваемости РШМ за изучаемый период времени было обнаружено, что он был зарегистрирован на уровне 14,56 на 100 тыс. женской популяции (таблица 1). Самый низкий показатель заболеваемости РШМ отмечен в группе 15–19 лет, т. е. среди лиц подросткового возраста, и равен 1,21. В следующей возрастной группе уровень заболеваемости повышается до 5,3 и затем снижается (парадоксально) до 2,9 в 25–29 лет. Это факт требует научного объяснения, почему идет снижение, когда должно быть повышение показателей.

Далее с возрастом значения показателей заболеваемости растут и достигают пика в возрастной группе 50–54 года – 40,1 на 100 тыс. Довольно высокие уровни заболеваемости РШМ характерны для следующих возрастных групп – 45–49 лет (33,4) и 55–59 лет (36,8), т. е. в этом диапазоне повозрастная заболеваемость была зарегистрирована на уровне 33–40 на 100 тыс. На уровне 25–27 на 100 тыс. зарегистрирована заболеваемость РШМ в группах 40–44 и 60–64 года соответственно. При этом показатели начинают снижаться после 55 лет, незначительно поднимаясь в 65–69 лет. Этот факт также требует дополнительных исследований.

В эпидемиологических исследованиях обязательным должно быть изучение стандартизованных показателей заболеваемости, которые позволяют сопоставить их с международными канцер-регистрами. Подсчет показал, что стандартизованный показатель заболеваемости РШМ в КР за период с 2002 по 2010 г. был зарегистрирован на уровне 12,14 на 100 тыс. женщин. Стандартизованный показатель (мировой стандарт) был несколько ниже, чем грубый показатель заболеваемости РШМ (таблица 2).

Таким образом, стандартизованный показатель заболеваемости РШМ был зарегистрирован на уровне 12,14 на 100 тыс. женщин. Подсчет

стандартной ошибки стандартизованного показателя заболеваемости РШМ показал, что она равна $\sqrt{0,312}$, или $\pm 0,556$. Таким образом, в завершающем виде стандартизованный показатель (мировой стандарт) заболеваемости РШМ в КР был зарегистрирован на уровне $12,25 \pm 0,55$.

При сравнении темпов повозрастных интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости при раке шейки матки было показано, что они не совпадали (рисунок 3).

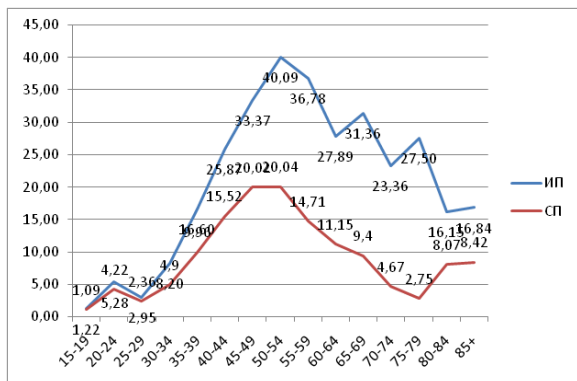


Рисунок 3 – Повозрастные грубые и стандартизованные показатели заболеваемости раком шейки матки в Кыргызской Республике (2002–2010 гг.)

С целью более полного представления эпидемиологической ситуации в Кыргызстане по РШМ, проведена оценка кумулятивной частоты и кумулятивного риска у взрослого населения республики. Кумулятивный риск (cumulative risk) – это риск развития рака в течение определенного возрастного интервала, при условии, что другие болезни не будут являться причиной смерти. Обычно кумулятивный риск охватывает возрастной период от 0 до 74 лет, для детей – от 0 до 14 лет. Кумулятивная частота (cumulative rate) – это суммированная частота, полученная при подсчете повозрастных (0–74 года) показателей заболеваемости.

Кумулятивная частота для РШМ составила 12,64 на 100 тыс. населения, или 1,26 %. Полученные данные означают, что при отсутствии причины смерти от других заболеваний у взрослого населения Кыргызстана, риск развития РШМ составляет 1,26 %.

Таким образом, заболеваемость раком шейки матки в Кыргызстане была зарегистрирована на

уровне 14,6 на 100 тыс. (интенсивный показатель). Стандартизованный показатель заболеваемости был несколько ниже, чем грубый и зарегистрирован на уровне $12,25 \pm 0,55$. Самый высокий по возрастной показатель заболеваемости был отмечен в группах 45–50 и 50–54 года (20,2).

Литература

1. Бохман Я.В., Лютра У.К. Рак шейки матки / Я.В. Бохман, У.К. Лютра. Кишинев: ШТИНЦИА, 1991. 135 с.
2. Ferlay Jacques et al. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide // IARC Cancer Base. No. 5, version 2.0 (Lyon, France: IARC, 2004). URL: <http://www.depdb.iarc.fr/globocan/GLOBOframe.htm>.
3. Урманчиева А.Ф. Эпидемиология и диагностика рака шейки матки / А.Ф. Урманчиева, В.М. Мерабишвили, С.А. Сельков и др. // Акуш. и гинекол. 2001. Т. TLX. Вып. 1. С. 80–86.
4. Devesa S.S., Silverman D.T., Young J.L. et al. Cancer incidence and mortality trends among whites in the United States, 1947–84 / J Natl Cancer Inst. 1987. V. 79. P. 701–70.
5. Новик В.И. Пути повышения эффективности цитологического скрининга рака шейки матки / В.И. Новик, Н.Р. Сафронникова, А.Ф. Урманчиева и др. // Материалы Всерос. симпози. “Новые информационные технологии в онкологической статистике”; под ред. В.М. Мерабишвили. СПб., 2001. С. 195–197.
6. Spitzer M. Cervical screening adjuncts: recent advances / M. Spitzer // Am J Obstet Gynecol. 1998. № 179. P. 544–56.
7. Christopher P. Crum, Derek W. Abbott, and Bradley J. Quade. Cervical Cancer Screening: From the Papanicolaou Smear to the Vaccine Era // Journal of Clinical Oncology. 2003. V. 21. 10 suppl. P. 224–30.
8. Ajayi and Isaac F. Adewolfe. Knowledge and Attitude of General Outpatient Attendants in Nigeria to Cervical Cancer // Central African Journal of Medicine. 1998. V. 44. N. 2. P. 41–43.
9. Коломиец Л.А. Клинико-морфологические аспекты цервикальной папилломавирусной инфекции / Л.А. Коломиец, Л.Н. Уразова, Н.В. Севастьянова и др. // Вопр. онкол. 2002. Т. 48. № 1. С. 43–46.