

УДК 618.1-006.6-036.22 (575.2 + 574)

СОСТОЯНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ
С ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В КЫРГЫЗСТАНЕ И КАЗАХСТАНЕ

*Д.К. Айтышова, Р.Ш. Шалбаева, М.Р. Кайрбаев,
Э.К. Макимбетов, Б.Б. Султангазиева, Н.М. Букуев*

Приведены данные о состоянии помощи больным с онкогинекологическими заболеваниями в Кыргызстане и Казахстане. Отмечены неблагоприятная ситуация с оказанием специализированной помощи в этих странах и тенденции роста показателей заболеваемости и смертности при раке шейки матки, что позволяет выработать стратегию по улучшению специализированной помощи.

Ключевые слова: опухоли женских половых органов; заболеваемость; смертность; контингент.

SPECIALIZED CARE IN WOMEN WITH ONCOGYNECOLOGICAL
DISEASES IN KYRGYZSTAN AND KAZAKHSTAN

*D.K. Aytshova, R.Sh. Shalbayeva, M.R. Kayrbayev,
E.K. Makimbetov, B.B. Sultangazieva, N.M. Bukuev*

The article provides data on a condition of care in patients with oncogynecological diseases in Kyrgyzstan and Kazakhstan. There is an unsuccessful situation with rendering the specialized care in both countries and a tendency of growth of incidence and mortality rates in cervical cancer, that allows to develop strategy on improvement of the specialized care.

Keywords: tumors of female genitals; incidence; mortality; contingent.

Введение. Во всем мире наблюдается рост числа больных с впервые установленным диагнозом злокачественных новообразований, в том числе гинекологических опухолей у женщин. Аналогичная тенденция роста заболеваемости раком характерна и для соседних республик (Казахстана и Кыргызстана). В Казахстане в 2006 г. было зарегистрировано 28573 заболевших, а к концу 2011 г. их число возросло до 30299. Ежегодный прирост числа больных раком составляет 5 % [1]. В Кыргызстане в 2012 г. было зарегистрировано 5400 больных раком. Прирост по сравнению с 2007 г. составил 4 % [2].

Рак шейки матки (РШМ) является четвертым наиболее распространенным видом рака в мире. Большинство диагностированных случаев приходится на развивающиеся страны, где чаще имеются запущенные формы болезни с неблагоприятным прогнозом. РШМ считается предотвратимым заболеванием, однако это зависит от экономических и социальных ресурсов стран. Среди этиологических причин злокачественных новообразований шейки матки ведущую роль имеют различные под-

типы вируса папилломы человека, поэтому перспективным вариантом является внедрение вакцинопрофилактики [3].

В крупном эпидемиологическом исследовании, проведенном в Дании (1980–2012 гг.), показано, что гинекологический рак встречался чаще в возрасте 70 лет и старше [4]. Рак тела матки (РТМ) гистологически в 95 % случаев представлен эндометриальной карциномой, в 5 % случаев это может быть саркома. Факторы риска включают воздействие высоких уровней эндогенных эстрогенов – ожирение, позднюю менопаузу, незамужество и экзогенных эстрогенов – гормонозаместительную терапию (тамоксифен) [5].

Ежегодно по поводу рака яичников (РЯ) в США диагностируется более 20 тыс. женщин. Если в общей популяции РЯ увеличивается на 1,3 %, то среди носителей гена BRCA1 or BRCA2 он увеличивается до 40 и 18 %, соответственно [6]. В 2012 г. во Франции было зарегистрировано 4615 случаев РЯ, причем из них умерло 3140 женщин. Отмечено, что заболеваемость снижается на 0,2 %, а смертность в 1990-х гг. до 45 % – в 2005–2010

Таблица 1 – Основные показатели состояния онкологической помощи больным раком шейки, тела матки и яичников в Кыргызстане и Казахстане (2012 г.)

Параметры		Кыргызстан			Казахстан		
		шейка матки	тело матки	яичники	шейка матки	тело матки	яичники
Морфологическая верификация		97,7	93,1	89,0	99,1	98,8	91,9
Выявлено при проф-осмотрах	% к новым больным	17,0	9,7	3,7	24,8	13,3	8,3
	Структура	17,7	4,1	1,4	15,8	5,1	3,2
Стадии	I–II	59,1	76,0	38,9	80,4	82,4	36,8
	III	29,9	19,4	36,2	15,4	13,6	51,4
	IV	8,7	3,4	23,3	3,5	3,8	11,5
	Не установлена	2,3	1,1	0,6	0,7	0,2	0,3
Летальность (одногодичная)		25,6	14,6	35,4	18,0	11,9	28,3
Находились под наблюдением на конец года	Абс. число	2766	1260	1004	10445	9035	5223
	На 100 тыс.	49,3	22,5	17,9	62,2	53,8	31,1
	Структура	12,4	5,7	4,5	7,3	6,3	3,6
Из них 5 лет и более	Абс. число	1104	569	393	6035	5778	2861
	% к общему числу наблюдений	39,9	45,2	39,1	57,8	64,0	54,8
	Структура	13,6	7,0	4,8	8,4	8,0	4,0
Индекс накопления		5,8	7,1	6,1	6,5	9,3	5,3
Летальность контингентов		7,6	3,6	8,2	6,5	3,2	10,4
Кумулятивный критерий		0,842	0,954	0,770	0,911	0,981	0,701

гг. Герминогенные опухоли имеют лучший прогноз (81 % выживаемости), чем эпителиальные опухоли – 32 % [7].

Рак вульвы (РВ) является редкой формой опухолей женских половых органов с показателем заболеваемости 2,0 на 100 тыс. женщин, с небольшими географическими колебаниями [8]. В России представлены данные по популяционному раковому регистру Санкт-Петербурга, где стандартизованный показатель заболеваемости колеблется между 1,3 и 1,4 [2].

Цель исследования – изучение состояния специализированной помощи больным с онкогинекологическими заболеваниями в Кыргызстане и Казахстане.

Материал и методы исследования. Материалом исследования служили данные обо всех случаях РШМ, РЯ, РТМ и РВ по информации, предоставляемой медицинскими учреждениями страны в региональные канцер-регистры, а также сводные данные ежегодных статистических отчетов РОНЦ им. Н.Н. Блохина. Для подсчета показателей заболеваемости были использованы данные поодовой численности населения по возрасту, полу и регионам. Стандартизованные показатели заболеваемости определялись прямым методом стандартизации с использованием мирового стандартного населения.

Результаты исследования. В Центральной Азии наиболее густонаселенным является Узбеки-

стан (30 млн человек), затем Казахстан (17 млн), а в Кыргызстане проживает 6 млн человек. В Казахстане смертность от онкологических заболеваний занимает второе место в структуре смертности населения. Ежегодно от рака умирает порядка 17 тыс. человек, из которых 42 % – лица трудоспособного возраста. При изучении основных параметров, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по злокачественным опухолям репродуктивной системы у женщин в изучаемых государствах, были получены следующие результаты (таблица 1).

Морфологическая верификация в Казахстане была высокой при всех трех видах опухолей. Наиболее высокой она была при РШМ, где достигала 99,1 %. В Кыргызстане выявляемость была низкой, например, при РШМ она составила лишь 17,0 %, тогда как в Казахстане – 24,8 %. Остается довольно низким процент выявляемости при РЯ в обеих странах, что связано с трудностями диагностики и скрытым течением болезни.

Ранние стадии РШМ чаще выявлялись в Казахстане, по сравнению с Кыргызстаном. Обращает на себя внимание, относительно высокая доля пациенток РШМ с неустановленной стадией в Кыргызстане. При раке эндометрия и яичников ситуация с выявлением больных на ранних стадиях была примерно одинаковой в двух сравниваемых государствах.

Таблица 2 – Динамика и ранг стандартизованных показателей заболеваемости раком шейки в Кыргызстане и Казахстане

Страна	Заболеваемость на 100 тыс.		Занимаемое по уровню заболеваемости место		Прирост (%)
	2007	2012	2007	2012	
Кыргызстан	19,1	19,5	2	2	2,1
Казахстан	13,7	16,6	3	2	21,2
	Смертность на 100 тыс.		Занимаемое по уровню смертности место		
Кыргызстан	8,2	9,4	3	2	14,6
Казахстан	6,0	6,8	3	3	13,3

При изучении летальности в течение первого года после установления диагноза высокие показатели наблюдались в Кыргызстане, особенно при РШМ (25,9 %), что, вероятнее всего, связано как с высокой частотой поздних стадий, так и отсутствием комплексной терапии. Так, последние 15–20 лет Кыргызстан испытывает значительные трудности с проведением лучевой терапии из-за отсутствия современного оборудования.

Эти же факторы влияют на контингент наблюдаемых или диспансерных больных. При расчете на 100 тыс. число больных, находившихся под наблюдением на конец года, в Казахстане было больше, чем в Кыргызстане при РШМ – в 1,3, РТМ – в 2,4 и РЯ – в 1,7 раза. В соответствии с этим в Казахстане было зарегистрировано значительно большее число больных, находившихся в сроки 5 лет и более.

Индекс накопления контингента определяется тяжестью заболевания (уровнем летальности). Большое влияние оказывает низкая “прослеживаемость” больных, т. е. большое число больных, не учтенных в течение года. При сравнительной оценке на различных территориях следует учитывать также направленность тенденций заболеваемости, структуру, а также качество учета и прослеживания больных. Этот показатель используют для оценки онкологической помощи в динамике. Положительная динамика свидетельствует об улучшении состояния онкологической помощи. Данный индекс был ниже в Кыргызстане при РШМ и РТМ, но несколько выше при РЯ.

С 2003 по 2012 г. было зарегистрировано 852 случая РВ в Казахстане и 92 – в Кыргызстане, гистологическая верификация составила 100 и 92 %, соответственно. Среднегодовой грубый показатель заболеваемости составил 1,1 на 100 тыс. в Казахстане и 0,3 – в Кыргызстане. Стандартизованный показатель заболеваемости РВ составил 0,9 и 0,3, соответственно, на 100 тыс. женской популяции. Средний возраст больных РВ в Республике Казахстан был несколько выше, чем в Кыргызстане,

и составил $70,8 \pm 0,3$ (95 % ДИ 70,2–71,3) года, тогда как в Кыргызстане он был равен $68,4 \pm 1,8$ года (95 % ДИ 66,6–70,2). Стандартизованный показатель заболеваемости РВ в динамике имел тенденцию к увеличению с 0,4 до 1,3 в Республике Казахстан, а в Кыргызстане уровень был относительно стабильным (0,2–0,3) на 100 тыс. Наиболее высокие показатели зарегистрированы в возрастной группе 70 лет и старше, когда значения достигали 9,0 на 100 тыс. соответствующей популяции в Казахстане и 6,0 – в Кыргызстане.

При рассмотрении динамики и ранга стандартизованных показателей заболеваемости онкогинекологическим раком в рассматриваемых странах были получены следующие результаты (таблица 2).

Наибольший прирост (21,2 %) заболеваемости РШМ в 2012 г. (16,6 на 100 тыс. популяции) наблюдался в Казахстане, по сравнению с 2007 г. (13,7). В Кыргызстане также наблюдался рост заболеваемости, но темп прироста был не таким выраженным – 2,1 %. При анализе смертности в обеих странах наблюдалось повышение показателя, более выраженное в Кыргызстане.

Таким образом, параллельное увеличение показателей заболеваемости и распространенности гинекологического рака в Кыргызстане и Казахстане свидетельствует об относительном ухудшении здоровья населения с увеличением впервые выявленных опухолей, ростом числа рецидивов и ранее зарегистрированных болезней при низком уровне организации профилактической работы. Особо тревожная эпидемиологическая ситуация наблюдается в Кыргызстане, где наряду со значительным приростом уровней заболеваемости онкогинекологическим раком, имеется высокий процент одногодичной летальности, повышение показателя смертности за последние 5 лет. Относительно благоприятная ситуация в состоянии онкологической помощи больным наблюдалась в Казахстане, где имелись высокая доля пациентов с I–II стадиями опухоли, низкая одногодичная летальность, особенно при раке шейки матки. Стабильные пока-

затели доли больных с IV стадией при опухолях матки, яичников и вульвы в Кыргызстане свидетельствуют о том, что онкологическая настороженность врачей общей лечебной сети и своевременность обращения населения за медицинской помощью не удовлетворительные.

Литература

1. Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012–2016 гг. <http://www.aaror.org/jdownloads/nspr.rus.pdf>
2. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. / под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель. М., 2014. 225 с. URL. http://www.ronc.ru/attachments/article/2034/stat_2012.pdf
3. Lee H., Kang Y., Ju W. Cervical Cancer Screening in Developing Countries: Using Visual Inspection Methods // Clin. J Oncol. Nurs. 2016. V. 1. № 20 (1). P. 79–83.
4. Or Knudsen A., Schledermann D., Nyvang G.B. et al. Academy of Geriatric Cancer Research (AgeCare). Trends in gynecologic cancer among elderly women in Denmark, 1980–2012 // Acta Oncol. 2016. V. 55. Suppl. 1. P. 65–73.
5. Roett M.A. Genital Cancers in Women: Uterine Cancer // FP Essent. 2015. V. 438. P. 11–7.
6. Præstegaard C., Kjaer S.K., Nielsen T.S. et al. The association between socioeconomic status and tumour stage at diagnosis of ovarian cancer: A pooled analysis of 18 case-control studies // Cancer Epidemiol. 2016. V. 3. № 41. P. 71–79.
7. Trétarre B., Molinié F., Woronoff A.S. et al. Ovarian cancer in France: trends in incidence, mortality and survival, 1980–2012 // Gynecol Oncol. 2015. V. 139 (2). P. 324–9.
8. Урманчеева А.Ф. Эпидемиология рака вульвы, факторы риска и прогноза / А.Ф. Урманчеева // Практическая онкология. 2006. Т. 7 (4). С. 189–196.