

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

И.П. Мошуров¹, Б.Б. Кравец², Н.В. Коротких¹

¹ БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»

² Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Обоснованы управляемые организационные факторы снижения смертности от рака шейки матки, дифференцированные для онкологической службы и первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: рак шейки матки, смертность.

ORGANIZATIONAL RESERVES FOR THE DECREASE IN MORTALITY RATES FOR CERVICAL CANCER

I.P. Moshurov¹, B.B. Kravets², N.V. Korotkikh¹

¹ Budgetary Institution of the Healthcare of Voronezh region «Voronezh Regional clinical oncologic dispensary»

² N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy

Extrinsically-controlled organizational factors for the decrease in mortality rates for cervical cancer, differentiated for medical oncology service and the primary healthcare institutions are substantiated.

Key words: cervical cancer, mortality

Рак шейки матки остается одной из наиболее распространенных форм новообразований, занимая второе место по частоте и третье место по смертности от онкологических заболеваний у женщин. По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР), в мире ежегодно регистрируется 555 100 новых случаев, и 309 800 женщин умирают от рака шейки матки [6].

С 1992 по 2010 г. доля рака шейки матки в структуре онкологической заболеваемости женского населения России сократилась с 5,9 до 5,3% [1, 2, 3, 4, 5]. Вместе с тем в возрастной группе от 15 до 39 лет удельный вес рака шейки матки был максимальным (19,7%). В возрастной группе 40–54 года он составил 9,1%, занимая второе место после рака молочной железы.

В Воронежской области (ВО) рак шейки матки (РШМ) в структуре онкогинекологических заболеваний стабильно занимает четвертое место после рака молочной железы, тела матки, яичников. Этот показатель в расчете на 100 000 населения в ВО ниже, чем по Российской Федерации. Также обращает на себя внимание его стабильность (рис. 1).

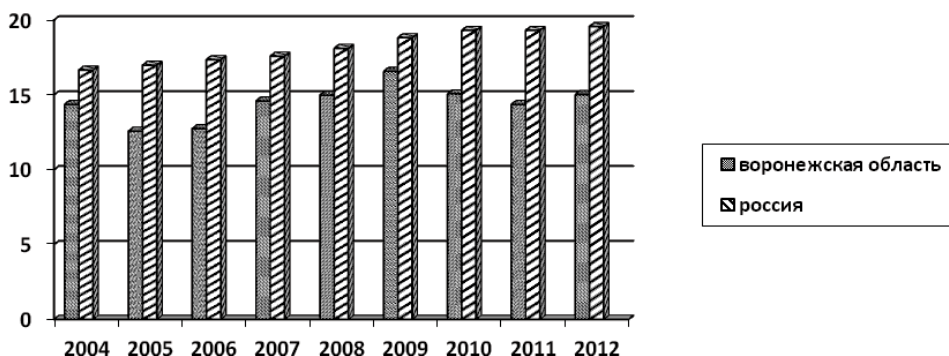
Морфологическая верификация — основной критерий надежности и достоверности диагноза. В нашей области морфологическая верификация РШМ несколько выше, чем в среднем по России (рис. 2).

Несмотря на рост заболеваемости раком шейки матки в области, показатель смертности с 2009 года имеет тенденцию к снижению (рис. 3).

Показатель смертности в разные годы колеблется. Только в 2010, 2011 годах он значительно снизился. Эти данные указывают как на дефекты статистики, так и на другие организационные упущения.

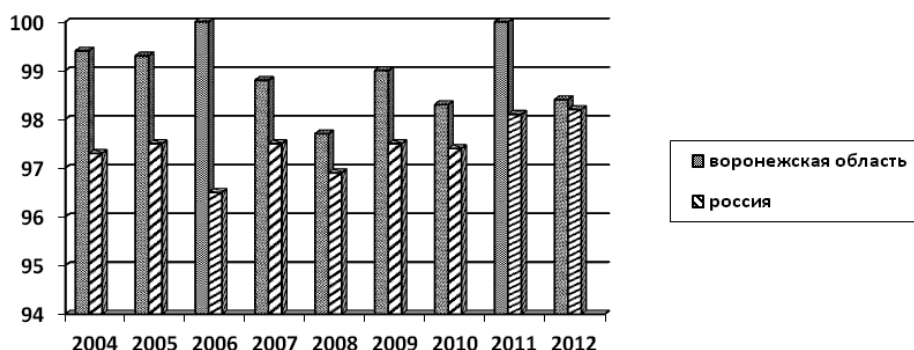
Большое значение имеет величина доли больных, умерших в течение года, которая по России составляет 17,2% в 2010 г., 20,3% в 2012 г., то есть каждая пятая женщина с впервые выявленным РШМ погибает на первом году после постановки диагноза. В ВО доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза, начиная с 2010 г. постепенно снижается (2010 г. — 14,9%; 2012 г. — 20,3%) [1] (рис. 4).

С целью выявления резервов снижения смертности от рака шейки матки нами сформирована причинно-следственная диаграмма (рис. 5).



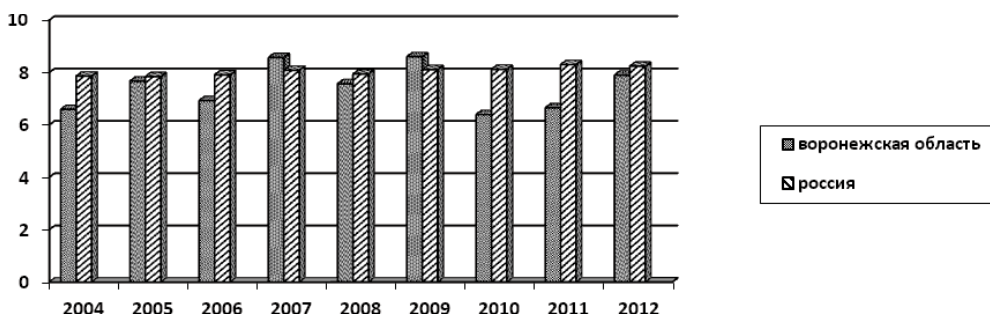
| | 2004 г. | 2005 г. | 2006 г. | 2007 г. | 2008 г. | 2009 г. | 2010 г. | 2011 г. | 2012 г. |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ВО | 14,36 | 12,57 | 12,74 | 14,59 | 14,97 | 16,57 | 15,06 | 14,36 | 15,02 |
| Россия | 16,65 | 16,98 | 17,35 | 17,58 | 18,10 | 18,82 | 19,30 | 19,30 | 19,56 |

Рис 1. Динамика заболеваемости раком шейки матки (на 100 000 населения)



| | 2004 г. | 2005 г. | 2006 г. | 2007 г. | 2008 г. | 2009 г. | 2010 г. | 2011 г. | 2012 г. |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ВО | 99,4 | 99,3 | 100,0 | 98,8 | 97,7 | 99,0 | 98,3 | 100,0 | 98,4 |
| Россия | 97,3 | 97,5 | 96,5 | 97,5 | 96,9 | 97,4 | 97,4 | 98,1 | 98,2 |

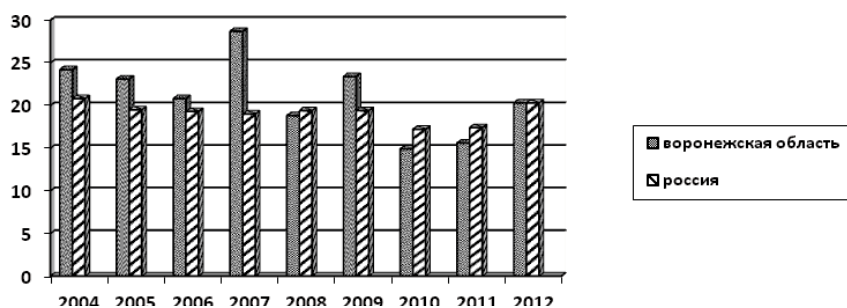
Рис. 2. Динамика показателя морфологической верификации рака шейки матки (%)



| | 2004 г. | 2005 г. | 2006 г. | 2007 г. | 2008 г. | 2009 г. | 2010 г. | 2011 г. | 2012 г. |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ВО | 6,59 | 7,67 | 6,93 | 8,57 | 7,57 | 8,6 | 6,39 | 6,65 | 7,9 |
| Россия | 7,86 | 7,84 | 7,91 | 8,08 | 7,94 | 8,11 | 8,12 | 8,3 | 8,24 |

Рис. 3. Динамика смертности от РШМ (на 100 000 населения)

Опухоли шейки матки



| | 2004 г. | 2005 г. | 2006 г. | 2007 г. | 2008 г. | 2009 г. | 2010 г. | 2011 г. | 2012 г. |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ВО | 24,2 | 23,1 | 20,8 | 28,7 | 18,8 | 23,4 | 14,9 | 15,6 | 20,3 |
| Россия | 20,8 | 19,5 | 19,3 | 19,0 | 19,4 | 19,4 | 17,2 | 17,4 | 20,3 |

Рис. 4. Динамика одногодичной летальности от РШМ (%)

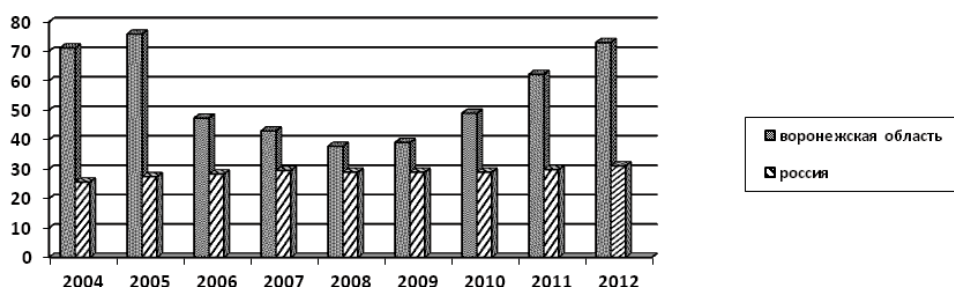
В первую очередь смертность зависит от уровней заболеваемости. Ее снижение возможно за счет эффективности цитологического скрининга и диспансеризации предраковой и фоновой патологии шейки матки [3]. Анализ качества проводимого в области цитологического скрининга позволил выявить ряд дефектов. В ежеквартальных отчетах по данной программе отсутствует пофамильная информация по больным с предраковой и фоновой патологией, их дальнейшей маршрутизации и диагностике. В некоторых смотровых кабинетах ци-

тологическая выявляемость рака шейки матки равна 0, в заключениях цитологов нет указания на наличие в мазке цилиндрического эпителия. Тем не менее активная выявляемость РШМ стабильно выше в ВО по сравнению с Российской Федерацией и характеризуется постоянным ростом: в 2008 г. — 37,7%, в 2012 г. — 72,9%, против 28,2% и 31,1% по России (рис. 6).

Высокий уровень активного выявления привел к снижению удельного веса больных раком шейки матки III стадии и увеличению доли больных I–II стадиями. Показатель поздней



Рис. 5. Причинно-следственная диаграмма смертности от рака шейки матки



| | 2004 г. | 2005 г. | 2006 г. | 2007 г. | 2008 г. | 2009 г. | 2010 г. | 2011 г. | 2012 г. |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ВО | 71,1 | 75,8 | 47,3 | 42,9 | 37,7 | 39,0 | 48,9 | 62,1 | 72,9 |
| Россия | 25,6 | 27,4 | 28,3 | 29,5 | 28,9 | 28,2 | 28,9 | 29,8 | 31,1 |

Рис. 6. Динамика активного выявления рака шейки матки (%).

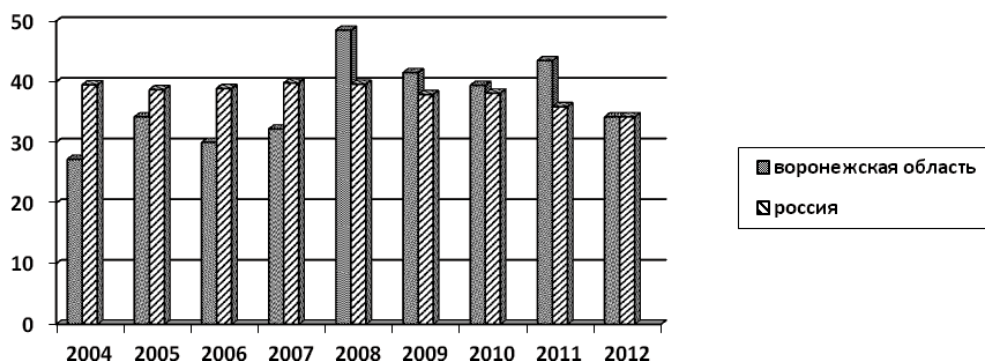
диагностики РШМ в нашей области за последнее десятилетие имеет тенденцию к снижению (2008 г. — 41,5%, в 2012 г. — 34,2%). Это связано с введением новых медицинских технологий и проведением на территории Воронежской области с 2011 года цитологического скрининга (рис. 7).

Приоритетны диспансерное обследование групп риска, в которые включаются лица с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки, и четкая маршрутизация этого контингента. Диспансеризация женщин с дисплазиями средней и тяжелой степени не всегда осуществляется в полном объеме. Особого внимания заслуживает мониторинг больных с выявленной патологией шейки матки. Отказы пациенток от дальнейшего обследования, повторного вз-

ятия мазка на онкоцитологическое исследование, а также от посещения онкологического диспансера приводят к запущенности процесса.

Снижение уровня смертности от РШМ зависит от качества первичной диагностики. Ошибки первичной диагностики возникают от недостаточного профессионализма врачей, отсутствия преемственности между врачами гинекологами и онкологами. Длительные сроки обследования, ненадлежащий контроль над больными в процессе обследования ведут к прогрессированию заболевания.

Уровни смертности от РШМ безусловно связаны с качеством специализированной помощи этой категории больных. Медицинская эффективность специализированной онкологической помощи населению — управляемый



| | 2004 г. | 2005 г. | 2006 г. | 2007 г. | 2008 г. | 2009 г. | 2010 г. | 2011 г. | 2012 г. |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ВО | 27,2 | 34,2 | 30,0 | 32,2 | 48,5 | 41,5 | 39,4 | 43,5 | 34,2 |
| Россия | 25,6 | 27,4 | 28,3 | 29,5 | 28,9 | 28,2 | 28,9 | 29,8 | 31,1 |

Рис. 7. Динамика поздней диагностики рака шейки матки (%).

Методы лечения РШМ в Воронежской области

| Методы лечения | Годы | | | | | | | |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Только хирургический, % | 1,3 | 3,2 | 6,5 | 4,5 | 0 | 6,9 | 4,4 | 4,3 |
| Только лучевая терапия, % | 89,9 | 85,3 | 66,7 | 80,9 | 79,1 | 63,8 | 63,2 | 47,9 |
| Комбинированный или комплексный, % | 8,7 | 11,6 | 26,9 | 12,4 | 17,3 | 23,1 | 25,4 | 31,9 |
| Химиолучевое, % | 0 | 0 | 0 | 2,2 | 3,6 | 6,2 | 7,0 | 16,0 |

фактор снижения смертности от злокачественных новообразований. Внедрение в практическую деятельность современных медицинских технологий, минимизация сроков уточняющей диагностики, индивидуализация планов лечения больных, широкое использование стационарозамещающих технологий в целом обеспечивают реализацию системы непрерывного повышения качества.

В БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер» за последние 10 лет значительно выросло качество оказания специализируемой медицинской помощи больным РШМ (табл. 1). Комбинированное или комплексное лечение в 2004 г. получали лишь 8,7% пациенток, в 2012 г. — 32%. Химиолучевое лечение в 2012 г. получили 16% больных (в 2004 г. — 0).

Уязвимое звено в этом процессе — недостаточный мониторинг больных II клинической группы. Ряд женщин отказываются от лечения, другие его прерывают. Поэтому на первом плане работа с ними и их родственниками.

Особое место в резервах снижения смертности от РШМ занимает третичная профилактика — полноценная диспансеризация больных III клинической группы (радикально пролеченных). Это соблюдение сроков и объемов диспансерного обследования, полноценная поддерживающая терапия, своевременное выявление прогрессирования процесса с последующим адекватным лечением.

Основные индикаторы снижения смертности от РШМ — показатели результативности онкологической помощи (табл. 2).

Анализ десятилетней информации позволил сформировать комплекс мероприятий по снижению смертности от РШМ с дифференциацией по специализированной онкологической службе и общей лечебной сети (рис. 8).

Таким образом, управляемые факторы снижения смертности от РШМ — оптимизация вторичной и третичной профилактики рака, онкологической помощи, мониторинга за больными, подлежащими специализированному лечению.

Показатели результативности онкологической помощи больным РШМ в Воронежской области

| Показатели | Годы | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Одногодичная летальность, % | 24,2 | 23,1 | 20,8 | 28,7 | 18,8 | 23,4 | 14,9 | 15,6 | 20,3 |
| 5-летняя выживаемость, % | 80,2 | 80,7 | 81 | 80 | 78,8 | 76,9 | 74,4 | 74,4 | 73 |
| Индекс накопления контингентов, % | 16,1 | 18,3 | 17,3 | 14,8 | 14,2 | 12,7 | 13,4 | 13,7 | 13,1 |



Рис. 8. Управляемые факторы снижения смертности от РШМ

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы // Онкогинекология. — 2012. — № 1. — С. 18–25.
2. Злокачественные новообразования в России в 2004–2011 гг. (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М., 2013.
3. Паянуди Ю.Г., Комарова Л.Е., Козаченко В.П., Кузнецов В.В., Кашурников А.Ю., Жордания К.И. Скрининг рака шейки матки. Взгляд клинициста // Онкогинекология. — 2013. — № 1. — С. 35–42.
4. Статистика злокачественных новообразований в России и в странах СНГ в 2008 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. — 2010. — Т. 21. — № 2 (прил. 1). — 160 с.
5. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М., 2013.
6. Global cancer statistics / A. Jemal, F. Bray, M.M. Centeretal // CA Cancer J Clin. — 2011. — Vol. 61(2). — P. 69–90.