

номном округе - Югре с 2001 по 2005 г. – М.: 2006. – С. 38, 65.

2. Воловик В.М. Развитие нефтяной и энергетической промышленности России // Академический журнал Западной России. – 2010. – № 5. – С. 15-16.

ПРОБЛЕМЫ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.Н. Яскевич, Д.Н. Лапин

Тюменский ООД, г. Тюмень, Россия

Злокачественные опухоли женской репродуктивной системы занимают особое место в клинической онкологии: они являются наиболее часто встречающимися злокачественными новообразованиями у женщин [3, 6, 12]. Ежегодно в нашей стране выявляют более 500 тысяч новых случаев онкологических заболеваний, из них примерно 18% составляет онкогинекологическая патология.

Среди случаев заболеваний женских половых органов первое место по распространенности занимает рак тела матки и третье после рака молочной железы и рака кожи среди всей онкологической патологии у женщин. В последнее десятилетие отмечается значительное увеличение заболеваемости данной патологией, при этом частота рака тела матки, которая заметно выше в индустриальных странах, не обнаруживает тенденции к уменьшению. Так с 1979 по 2008 г. заболеваемость РТМ в мире увеличилась на 55%. Заболеваемость РТМ в России с 2002 г. по 2012 г. увеличилась на 34,9% и составляет 27,69 случаев на 100 тыс. населения. По Тюменской области за последние 10 лет заболеваемость РТМ увеличилась с 11,52 (2002 г.) до 25,8 (2012 г.) на 100 тыс. женского населения. Заболеваемость этой патологией напрямую зависит от возраста. Риск развития РТМ увеличивается в 2-3 раза за каждые 5 лет репродуктивного периода (пик заболеваемости РТМ по Тюменской области приходится на группу 50-60 лет) [1, 7, 12]. Благодаря особенностям клинической манифестации заболевания практически в 90% случаев РТМ выявляется в I-II стадиях. Удельный вес запущенных стадий РТМ в 2012 г. составил около 5%. Но, несмотря на совершенствование методов лечения, смертность РТМ за последние 10 лет особенно не изменилась и составляет 2,2 случаев на 100 тыс. населения по Тюменской области и 8,5% по России. Одногодичная ле-

тальность по Тюменской области составляет 6,02%, по РФ – 9,7%. Основным симптомом рака тела матки – атипические маточные кровотечения, и совершенно справедливо старое правило: причиной маточного кровотечения считать рак, пока это предположение не будет отвергнуто.

Проблему ранней диагностики рака тела матки в менопаузе можно решить при использовании УЗИ – эффективность 97% [11].

Второе место по частоте среди злокачественных новообразований половой системы у женщин занимает рак шейки матки. Ежегодно в мире регистрируется 371 тыс. новых случаев РШМ и ежегодно умирают от него 190 тыс. женщин [13].

Заболеваемость РШМ по РФ за последние 10 лет увеличилась на 20% и составляет на 2012 г. 19,56 случаев на 100 тыс. населения. За это время по Тюменской области показатель заболеваемости существенно не изменился и составляет 18,21 на 100 тыс. населения.

В настоящее время в Тюменской области показатели смертности по данной патологии значительно ниже Российских, составляют 3,97 случаев на 100 тысяч населения (по РФ 8,3). РШМ преобладает в возрасте 30-40 лет, это молодое, трудоспособное население. Несмотря на существующий цитологический скрининг и доступность визуального осмотра женщин, выявляемость РШМ на поздних стадиях остается высокой и составляет 45% (по РФ 37,7%), что вызывает особое опасение [10].

Проведен анализ запущенных случаев РШМ, выявленных в 2013 г. в Тюменской области, основная причина запущенности – несвоевременное обращение женщин за медицинской помощью, большая часть из них (70%) неработающее население, которые выпадают из программы скрининга и вторая причина низкая онкологическая настороженность врачей первичного звена.

Цель профилактики и раннего выявления рака шейки матки не будет достигнута, если ежегодно будут обследоваться одни и те же женщины. Скрининг считается эффективным, если охват населения составляет не менее 80%. Для профилактических обследований неработающее население должно приглашаться в женские консультации по месту жительства и направляться в смотровые кабинеты поликлиник при обращении к специалистам любого профиля.

В 2013 г. проведено анкетирование пациентов находящихся в гинекологическом отделении онкодиспансера, по результатам которого – женщины, состоящие на учете у смежных спе-

циалистов, к гинекологу и в смотровые кабинеты активно не направляются. В 2012 г. удельный вес больных раком шейки матки выявленных на проф. осмотрах составил 24% (по РФ 31%).

Одной из причин низкой эффективности скрининга является неправильная техника получения материала с шейки матки для цитологического исследования (70-90%) и в 10-30% ошибочная интерпретация цитологических данных. Одной из причин запущенности рака шейки матки является диагностические ошибки, что часто встречаются при раке цервикального канала, когда визуально шейка матки остается без признаков опухолевого поражения, даже при далеко зашедшем процессе. При влагиалищном исследовании не обращается внимание на увеличение размеров шейки, ее «бочкообразный вид», хрящевидную консистенцию, на инфильтрацию сводов влагиалища и параметриев. Неверная лечебная тактика часто встречается у больных с фоновыми процессами шейки матки, такими как псевдоэрозия, лейкоплакия, кондиломы шейки матки. Зачастую используется коагуляция без предварительного гистологического исследования, длительное пассивное наблюдение эрозии шейки матки.

Заболеваемость и смертность от РШМ удалось значительно снизить не только благодаря введению обязательных профилактических осмотров, но и за счет вакцинации против ВПЧ, приводящего к развитию РШМ [2, 4, 6, 8]. Международная организация по исследованию в области рака заявила, что вакцина против ВПЧ однозначно является вакциной против РШМ. В клинических испытаниях доказана 100% эффективность вакцины в профилактике РШМ. По оценкам ученых, если вакцинировать 75-100% населения, то заболеваемость РШМ снизится на 50-70%. Но реальные последствия широкомасштабной вакцинации, которая приведет к объективному снижению заболеваемости и смертности от РШМ мы увидим не ранее чем через 15-20 лет.

Рак шейки матки – это одна из немногих нозологических форм злокачественных новообразований, которые удовлетворяют всем требованиям для проведения популяционного скрининга, имеет надежно распознаваемую преклиническую фазу, длительный период развития, возможности для верификации диагноза и методы эффективного лечения. Следовательно, если с помощью скрининга обследовать всех женщин, то можно выявить больных с фоновыми предраковыми заболеваниями и начальными стадиями

рака, которые прекрасно поддаются лечению, и таким образом предотвратить развитие инвазивного рака.

Рак яичников (РЯ), уступающий по распространенности РТМ и РШМ, отличается более высокими показателями смертности. По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется более 165 тыс. новых случаев РЯ, более 100 тысяч женщин умирают от этого заболевания. В России заболеваемость РЯ 16,8 на 100 тысяч населения. В Тюменской области за последние 10 лет отмечается рост заболеваемости с 11,17 (в 2002 г.) до 18,07 случаев на 100 тыс. населения в (2012 г.). Высокие цифры смертности и одногодичной летальности связаны с поздней диагностикой заболевания (смертность на 2012 г. составляет 4,26 на 100 тыс. населения, что значительно ниже российской (по РФ – 9,8). Одногодичная летальность составляет 21,8% (по РФ 24,3%). По Тюменской области рак яичников наиболее распространен в возрастной группе от 50 до 60 лет. Несмотря на большой научный и клинический опыт по диагностике и лечению, выживаемость пациенток остается на низком уровне, так как до 80% больных РЯ поступают для первичного лечения в III-IV стадии заболевания. Основными причинами низкой выживаемости и низкой эффективности терапии больных является бессимптомное течение заболевания на ранних стадиях. Особенностью РЯ является крайне быстрое, агрессивное клиническое течение, раннее метастазирование и отсутствие патогномичных симптомов. При РЯ даже при 3-4 ст заболевания на момент обращения пациентов их жалобы весьма неопределенны. Ранние стадии обычно диагностируются только во время операции по поводу предполагаемой доброкачественной опухоли яичника. Поэтому все новообразования яичника должны рассматриваться как потенциально злокачественные. Но, к сожалению, такие пациентки, как правило, оперируются в общих лечебных учреждениях, где зачастую не проводится срочное гистологическое исследование, а в результате выполняются нерадикальные операции.

Повседневная клиническая практика показывает, что РЯ, как правило, маскируется под заболевания ЖКТ, поэтому больные РЯ чаще обращаются к терапевту, гастроэнтерологу и другим специалистам. Ранняя диагностика РЯ остается главной нерешенной проблемой в онкогинекологии. В качестве скрининга можно рассматривать 3 основных диагностических метода: влагиалищное исследование, УЗИ, определения

концентрации онкомаркера (раковый антиген) СА-125 в крови [3, 5]. Скрининг с использованием этих методов не позволяет поставить окончательный диагноз, однако дает возможность выявить пациенток с потенциально высоким риском в отношении рака яичников. Пациентки при подозрении на РЯ должны быть направлены в онкодиспансер. Более высокие результаты лечения больных раком получены в специализированных клиниках, что во многом связано с адекватной оценкой степени распространения опухолевого процесса (стадирования), большим по объему хирургическим вмешательством при диссеминированных формах рака, более ранним назначением химиотерапии. Так же последние несколько лет большое внимание уделяется вопросам усовершенствования хирургических методов лечения РЯ: разработаны методики органосохраняющих операций при начальных стадиях заболевания, пограничных опухолях яичника, методы хирургического стадирования, комбинированных вмешательств.

Успехи в лечении больных со злокачественными опухолями достигнуты благодаря выявлению опухолей на ранних стадиях развития, в том числе и с применением современных методов диагностики [14]. Раннее выявление гинекологического рака, а так же выявление предопухолевых заболеваний – составная часть работы акушеров ФАПов, смотровых кабинетов, врачей поликлиник и женских консультаций. Совершенно очевидно, что проблема раннего выявления рака ЖПО не может быть решена только онкологической службой. Для этого необходимо объединить усилия врачей всех специальностей [9].

Литература:

- Бочкарева Н.В., Чернышова А.Л., Коломиец Л.А., Кондакова И.В. Иммуногистохимические маркеры ферменты метаболизма эстрогенов при раке эндометрия // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 2. – С. 35-36.
- Воргова Д.Н., Воронин М.И., Важенин А.В. Роль комплексного ультразвукового мониторинга при раке шейки матки // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 2. – С. 36.
- Гасанова А.Г. Эпидемиология злокачественных опухолей яичников в Республике Дагестан // Тюменский медицинский журнал. – 2003. – № 3-4. – С. 7-8.
- Дигаи Л.К., Шаназаров Н.А., Шунько Е.Л., Федоров Н.М. Клинико-экономический анализ эффективности ультразвукового исследования и магнито-резонансной томографии при раке шейки матки // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 3-4. – С. 18-20.
- Добренская Г.С. Значение апоптоза в патогенезе рака яичников // Академический журнал Западной Сибири. – 2009. – № 9. – С. 28-29.
- Михайлова Н.А., Долгих В.Т., Десятова В.Т. Динамика заболеваемости и запущенности при раке шейки матки в Омском регионе // Тюменский медицинский журнал. – 2003. – № 3-4. – С. 16-18.
- Пушкарев В.А., Хуснутдинов Ш.М. Морфологические варианты у женщин больных раком тела матки в различных возрастных периодах // Тюменский медицинский журнал. – 2005. – № 5. – С. 28-29.
- Румянцева И.К., Зинченко М.В., Соколов А.А. и др. Вирус папиллом человека (ВПЧ) – лабораторная диагностика в Тверском онкодиспансере // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 3-4. – С. 24-25.
- Синяков А.Г., Зотов П.Б., Ральченко С.А., Вшивков В.В. Онкологическая ситуация в Тюменской области: проблемы и перспективы // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 1. – С. 3-6.
- Синяков А.Г., Зотов П.Б., Наумов М.М., Гайсин Т.А. Онкологическая ситуация в Тюменской области в 2005-2012 гг. и факторы, влияющие на ее улучшение // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 5-8.
- Столярова И.В., Минько Б.А., Ярошук А.А., Гладков С.Ю. Современные возможности ультразвуковых методик в диагностике рака эндометрия // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 3-4. – С. 30-31.
- Турунцева А.А. Эпидемиология злокачественных новообразований на территории Тюменской области (без автономных округов) в 2011 году // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 25-26.
- Шелякина Т.В., Леонов М.Г., Канторова А.А. и др. Сравнительная ретроспективная оценка частоты факторов риска заболевания раком шейки матки в различных контингентах женщин КК, РО и Ингушской РИ // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 2. – С. 27-29.
- Яскевич Н.Н., Лапин Д.Н. Актуальность применения ПЭТ/КТ в диагностике злокачественных опухолей женских половых органов // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 37-40.

ПРОФИЛАКТИКА

ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И ЗНАЧЕНИЕ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ОНКОДИСПАНСЕРА

Б.Н. Бабинов, В.А. Маргарян

Тюменская ГМА, г. Тюмень
Тюменский ООД, г. Тюмень

На современном уровне развития онкологической науки и здравоохранения снижение смертности от рака следует считать главной задачей противораковой борьбы [7]. Это возможно как путем предотвращения возникновения болезни, что само по себе ведет к снижению смертности, так и путем улучшения ранней диагностики и качества лечения [6]. Решение этой