

**Влияние СоALL (50 мг/кг) на некоторые показатели гемограммы мышей по сравнению с контролем, принятым за 100% (n=6), P<0,05**

Показатель, единицы измерения	Контроль	СоALL	
		Абс.	%
Лейкоциты, $\times 10^9$ г/л	5,8 $\pm$ 0,3	11,4 $\pm$ 1,1	197
Лимфоциты, $\times 10^9$ г/л	4,3 $\pm$ 0,5	8,1 $\pm$ 0,8	188
Моноциты, $\times 10^9$ г/л	1,0 $\pm$ 0,1	1,9 $\pm$ 0,2	190
Гранулоциты, $\times 10^9$ г/л	0,5 $\pm$ 0,1	1,4 $\pm$ 0,1	280
Эритроциты, $\times 10^{12}$ г/л	5,6 $\pm$ 0,5	7,3 $\pm$ 0,3	130
Гемоглобин, г/л	131 $\pm$ 3,9	166 $\pm$ 5,8	127
Гематокрит, %	30,2 $\pm$ 2,5	38,8 $\pm$ 1,6	128
Тромбоциты, $\times 10^9$ г/л	375 $\pm$ 28	485 $\pm$ 19	129

почечных клубочков, в результате которой увеличивается содержание цГМФ и цАМФ и активируются лизосомальные ферменты эритропоэтической фракции, что влияет на увеличение титра эритропоэтина в крови [3].

Увеличение содержания эритроцитов, гемоглобина и гематокрита при введении СоALL может являться одним из ключевых факторов, обеспечивающих его антигипоксантажное действие.

Кроме того, учитывая, что кобальт влияет на активность карбоангидразы, можно предположить, что соединение способно оптимизировать режим кислородного обеспечения в условиях дефицита кислорода.

Таким образом, изучение и анализ полученных данных позволяют сказать, что новое соединение кобальта – производное аллилимидазола под шифром СоALL по степени выраженности антигипоксантажного действия и широте эффективных доз при четырех видах гипоксии превосходит известные антигипоксанты этомерзол, мексидол, нооглютил. Возможный механизм антигипоксантажного действия соединения связан с его способностью усиливать гемопоэз, оптимизировать режим кислородного обеспечения, влияя на активность фермента карбоангидразы, и снижать интенсивность окислительного обмена. На наш взгляд, биодоступность и активность кобальта обеспечивается 1-алкенилимидазолом – оптимальным для этого комплекса лигандом азольной группы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Авцын А. П., Жаворонков А. А., Риш М. А. Микроэлементозы человека – М.: Мед, 1991. – 152 с.
2. Байкалова Л. В. Функциональные производные винилимидазолов – новые амбидентатные лигандные системы: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – Иркутск, 2001. – 55 с.
3. Байкалова Л. В., Одарева Е. В., Протопопова Н. В. Применение кобазола в лечении анемий и лейкопений в гинекологической практике // Сибирский медицинский журнал. – Приложение 1 к № 7. – Т. 56. – 2005. – С. 53–57.
4. Военная токсикология, радиобиология и медицинская защита / Под ред. С. А. Куценко. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2004.
5. Каллиман П. А., Беловецкая И. В. Влияние хлорида кобальта на активность ключевых ферментов метаболизма гема в печени крысы // Биохимия. – 1986. – Т. 51. № 8. – С. 1307–1308.
6. Кудрин А. В. Металлы и протеолитические ферменты // Вопр. биол. мед. фарм. химии. – 1999. – № 3. – С. 19–24.
7. Медицинские рекомендации по экспериментальному изучению препаратов, предлагаемых в качестве антигипоксических средств / Под ред. Л. Д. Лукьяновой. – М., 1990. – 18 с.
8. Саноцкий И. В. (ред.) Методы определения токсичности и опасности химических веществ (токсикометрия). – М., 1970. – 344 с.
9. Taylor A. Therapeutic use of trace elements // Clin. endocrinol. metab. – 1985. – Vol. 14. – P. 703–724.

Поступила 03.09.2010

М. Г. ЛЕОНОВ<sup>2</sup>, Т. В. ШЕЛЯКИНА<sup>1</sup>, С. Н. ЧЕРНОВ<sup>2</sup>

## СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

<sup>1</sup>ФГУ Ростовский научно-исследовательский онкологический институт,

Россия, 344037, г. Ростов-на-Дону, ул. 14 Линия, 63;

<sup>2</sup>ГУЗ «Онкологический диспансер № 3» ДЗ КК,

Россия, 353915, г. Новороссийск, ул. Л. Шмидта, 7. E-mail: novonko@yandex.ru

В работе представлен анализ динамики показателей качества оказания онкологической помощи больным раком шейки матки в Краснодарском крае за 1997–2006 гг. Показаны основные направления улучшения оказания онкологической помощи женщинам с этой патологией.

*Ключевые слова:* рак шейки матки, заболеваемость, состояние онкологической помощи.

CONDITION OF ONCOLOGICAL ASSISTANCE TO THE PATIENTS  
WITH MALIGNANT NEOPLASMS OF CERVICAL IN KRASNODAR TERRITORY  
AND THE WAY OF ITS PERFECTION

<sup>1</sup>Rostov scientific-research oncological institute,  
Russia, 344037, city Rostov on Don, 14 street Line, 63;

<sup>2</sup>Oncology dispensary № 3,  
Russia, 353915, Novorossiysk, st. Shmidt, 7. E-mail: novonko@yandex.ru

The analysis of dynamics of quality indicators of rendering of oncological assistance to the patients with cervical cancer in Krasnodar territory for 1997–2006 is presented in this article. The main directions of improving the rendering of oncological assistance for women with this pathology are also shown in this article.

*Key words:* cervical cancer, morbidity, condition of oncological assistance.

Рак шейки матки (РШМ) занимает второе место в мире среди злокачественных опухолей репродуктивных органов у женщин и уступает только раку молочной железы. Ежегодно регистрируется около 500 тыс. новых случаев РШМ, что составляет 14,2% от всех злокачественных новообразований у женщин [1, 2, 3]. Учитывая, что это еще и визуальная локализация рака, следует считать актуальным поиск путей его профилактики, который проводится на основе оценки состояния онкологической помощи этому контингенту больных.

#### Материалы исследования

Аналізу подвергнуты сведения о 5212 впервые выявленных больных РШМ на территории Краснодарского края. В исследовании проводилось изучение частоты заболеваемости РШМ, динамики за 10 лет (1997–2006 гг.) и особенностей территориального распространения этой онкологической патологии, статистические данные работы смотровых кабинетов и цитологических лабораторий 47 муниципальных регионов края. Дана оценка основных

показателей онкогинекологической помощи женскому населению края.

#### Результаты исследования

Оценка динамики показателей качества онкологической помощи больным РШМ в Краснодарском крае за 1997–2006 гг. показала прежде всего их относительную стабильность (табл. 1) с некоторыми вариациями их уровня в отдельные годы.

Как известно, морфологическая верификация является основным критерием надежности и достоверности диагноза, отражающим действительную картину выявляемости онкологических больных.

В 2006 г., согласно данным таблицы 1, диагноз РШМ подтверждался морфологически в Краснодарском крае в 97,0% случаев, хотя величина этого показателя несколько выше, чем в среднем по России (96,5%), но отсутствие его динамики к улучшению величины на протяжении всех исследуемых лет является свидетельством неуклонно ухудшающегося качества специализированной помощи онкологическим больным с этой локализацией рака,

Таблица 1

#### Динамика основных показателей состояния онкологической помощи больным РШМ (1997–2006 гг.)

Годы	Морфологическая верификация диагноза (%)	Выявлено при профилактических осмотрах в % к новым больным	Распределение вновь выявленных больных по стадиям процесса (%)				Одно- годичная летальность
			I–II	III	IV	Стадия не уста- новлена	
1997	97,0	23,5	57,3	30,8	11,9	0,0	14,8
1998	96,9	18,2	58,9	29,5	11,6	0,0	12,3
1999	96,7	12,1	64,9	24,8	10,3	0,0	12,8
2000	97,1	13,8	61,9	30,8	7,4	0,0	14,4
2001	96,3	19,0	61,4	24,3	14,3	0,0	16,4
2002	96,3	17,7	62,2	25,6	12,2	0,0	11,9
2003	95,7	19,1	60,3	27,3	12,4	0,0	18,2
2004	97,5	16,8	56,1	32,4	11,3	0,2	14,5
2005	97,4	22,3	49,2	37,7	13,0	0,0	14,1
2006	97,0	29,8	56,3	30,4	12,7	0,6	14,8

особенно в отдельных районах края. Низкий уровень морфологической верификации злокачественных новообразований шейки матки отмечен в Павловском (83,3%), Ленинградском (76,9%) районах и в г. Сочи (81,8%), в Калининском – 66,7% и Крыловском – 66,7% – районах. В ряде районов отмечается наиболее благоприятная ситуация с диагностикой РШМ: Выселковском (90,9%), Гулькевичском (90,9%) и Тимашевском (92,9%) районах.

В Краснодарском крае в динамике 1997–2006 г. доля пациентов с диагнозом РШМ, установленным в IV стадии заболевания, увеличилась. Повышение удельного веса IV стадии заболевания за 10 лет составило 6,7% (с 11,9% в 1997 г. до 12,7% в 2006 г.). Однако реальный показатель запущенности при РШМ как визуально обозримой локализации гораздо выше при учете больных с новообразованиями, диагностированными в III стадии. При таком определении показателя запущенности обращает на себя внимание увеличение за последние 10 лет числа запущенных случаев (III–IV стадии) заболевания злокачественными новообразованиями шейки матки (с 42,7% в 1997 г. до 43,1% в 2006 г.).

Уровень показателя запущенности РШМ в течение 1997–2006 г. без динамики к снижению не свидетельствует об улучшении ранней диагностики РШМ в крае. Следовательно, каждая восьмая выявленная больная уже не подлежит радикальному лечению.

Значительная доля больных в инкурабельном состоянии и не подлежащая радикальному лечению выявлена в 2006 г. в Ейском (25,0%), Гулькевичском (27,3%), Динском (29,4%), Курганинском (22,2%), Тихорецком (23,1%) районах и в г. Армавире (22,2%), особенно в Новокубанском (33,3%), Приморско-Ахтарском (33,3%), Староминском (33,3%) и Щербиновском (50,0%) районах.

Согласно проведенному нами исследованию причины запущенности по РШМ в 1997–2006 г. в Краснодарском крае: неполное обследование больной – 3%, ошибка в диагностике – 11%, длительное обследование больного – 1%, скрытое течение болезни – 7%, несвоевременное обращение больной за медицинской помощью – 78% всех случаев запущенности. Как всегда, своевременность обращения больных

к врачам, особенно в случаях подозрения на рак, остается первостепенной проблемой.

Подтверждением недостаточного уровня диагностики РШМ является высокий показатель одногодичной летальности, который в 2006 г. в Краснодарском крае составил 14,8%. Как видно из таблицы 2, стабильность этого показателя на протяжении 10 лет (1997–2006 гг.) – факт тревожный, ибо он свидетельствует о том, что врачи поздно устанавливают правильный диагноз, учитывающий степень распространенности опухолевого процесса при РШМ. Он говорит и о недостаточном уровне подготовки как онкологов, так и врачей лечебной сети по диагностике злокачественных опухолей шейки матки, невысоком качестве работы смотровых кабинетов по раннему выявлению опухолей шейки матки, низкой эффективности проведения профилактических осмотров женского населения.

Подтверждением этого является соотношение показателей одногодичной летальности и запущенности (табл. 2), которая характеризует уровень несоответствия между долей больных с опухолевым процессом IV стадии и фактической запущенностью. Этот факт свидетельствует о весьма высокой частоте клинических ошибок в части оценки распространенности опухолевого процесса у больных. Практически во все годы рассматриваемого отрезка времени (за исключением 1998 и 2002 гг.) при определении стадии злокачественного процесса шейки матки показатель запущенности был занижен в 1,1–2,2 раза.

Указанный выше дисбаланс показателей зафиксирован в 2006 г. в Тимашевском, Темрюкском, Тихорецком, Белореченском, Горячключевском, Лабинском, Мостовском районах края.

За последние 10 лет отмечается значительный рост доли злокачественных новообразований шейки матки, выявленных в целом по краю в результате профилактических осмотров: с 23,5% в 1997 г. до 29,8% в 2006 г.

Наиболее высокий процент выявления РШМ на профосмотрах зарегистрирован в Красноармейском, Белоглинском, Павловском, Анапском, Апшеронском районах и г. Тихорецке и Новороссийске. Однако за этот период настораживает тот факт, что не выявлено

Таблица 2

**Соотношение показателей запущенности (З)  
и одногодичной летальности (ОЛ) больных РШМ,  
взятых на учет в 1997–2006 гг. в Краснодарском крае**

Годы	Одногодичная летальность анализируемого года (%)	Запущенность предыдущего года (%)	Индекс ОЛ/З
1997	14,8	10,7	1,4
1998	12,3	11,9	1,0
1999	12,8	11,6	1,1
2000	14,4	10,3	1,4
2001	16,4	7,4	2,2
2002	11,9	14,3	0,8
2003	18,2	12,2	1,5
2004	14,5	12,4	1,2
2005	14,1	11,3	1,3
2006	14,8	13,0	1,1

**Методы лечения больных РШМ  
в Краснодарском крае в 1997–2006 гг.**

Год	Количество больных, закончивших специальное лечение		Методы лечения				
	Абс.	На 100 впервые взятых на учет	Только хирургическое	Только лучевое	Только лекарственное	Комбинированное или комплексное (кроме химиолучевого)	Химиолучевое
1997	435	87,5	13,5	68,3	0,0	18,2	0,0
1998	516	88,4	13,8	67,5	0,0	18,7	0,0
1999	508	84,1	13,6	66,3	0,0	20,1	0,0
2000	490	90,2	13,5	55,1	0,0	28,6	2,8
2001	432	84,7	15,7	55,8	0,0	23,8	4,9
2002	357	82,3	22,1	50,4	0,0	23,2	4,2
2003	418	85,1	21,5	42,6	0,0	28,2	7,7
2004	420	82,0	11,4	51,7	0,0	31,4	5,5
2005	403	79,6	14,9	51,1	0,0	24,8	9,2
2006	395	78,5	22,0	43,8	0,0	27,6	6,6

ни одного случая злокачественных новообразований шейки матки при проведении профилактических осмотров в Калининском, Туапсинском и Щербиновском районах, очень низкие показатели выявляемости РШМ отмечались в Абинском, Белореченском, Курганинском, Новокубанском, Новопокровском, Северском, Славянском, Успенском районах.

Это связано с полным отсутствием в большинстве районов системы профилактических и скрининговых обследований женщин.

Сложившееся положение позволяет утверждать, что известные формы организации выявления злокачественных опухолей шейки матки, с одной стороны, формальны, а с другой – мало эффективны, т. к. проводятся без учета принятых при их выполнении стандартов: контроля результативности профилактических осмотров; уровня санитарной культуры населения; роли административных, экономических, организационных рычагов стимулирования выявления рака, которые отмечаются в основном на низком уровне.

Главным фактором снижения их эффективности явилось сокращение числа смотровых кабинетов в крае с 218 в 1997 г. до 109 в 2006 г. Вообще не работают смотровые кабинеты в Павловском и Кореновском районах, а также г. Туапсе; в Ейской ЦРБ смотровой кабинет работает на 0,25 ставки. В большинстве территорий края функционирует лишь по одному смотровому кабинету. Положительно решен данный вопрос в городах Краснодаре, Армавире, Новороссийске, Приморско-Ахтарском и Крыловском районах.

Необходимость полноценной деятельности женских смотровых кабинетов края тесно связана с решением проблемы цитологического скрининга РШМ. Мазки с шейки матки и цервикального канала в женском смотровом кабинете должны браться у 100% женщин вне зависимости от возраста или наличия видимой патологии. Однако этот принцип соблюдает-

ся далеко не во всех административных территориях Кубани. В ряде районов существует возрастной ценз на взятие мазков для скрининга РШМ. Так, в смотровом кабинете Абинской ЦРБ мазки берутся только у женщин старше 40 лет, в Мостовской ЦРБ – старше 30 лет. В ЦРБ Курганинского района мазки на атипичные клетки берут у 50% осмотренных, в горбольнице г. Тихорецка – у 20% осматриваемых, в смотровом кабинете Щербиновской ЦРБ – только при видимой патологии. В смотровом кабинете Отрадненской ЦРБ цитологические исследования проводятся выборочно по решению акушерки кабинета. В Тбилисской и Тимашевской ЦРБ цитологические исследования не производятся из-за отсутствия в районах цитологической службы. Своевременность выявляемости злокачественных опухолей, естественно, связана с качеством лечения больных.

Согласно данным таблицы 3 в 2006 г. закончили специальное лечение 78,5% больных РШМ, из них 27,6% получили комбинированное или комплексное лечение, 22,0% – хирургическое, 6,6% – химиолучевое, 43,8% – только лучевое.

При этом следует отметить значительное снижение показателей завершенности лечения за рассматриваемые годы (табл. 3). Несмотря на рост числа случаев РШМ, в 1997 г. процент завершенности специального лечения пациентов со злокачественными новообразованиями шейки матки составлял 87,5%, в 2006 г. данный показатель уменьшился до 78,5%.

В 2006 г. в Краснодарском крае 1,7% всех выявленных больных РШМ и 2,9% подлежащих специальному лечению отказались от него. В это число вошли 13,2% больных с опухолевым процессом I–II стадий.

В общей структуре контингентов больных, состоящих на учете в ГУЗ «Краевой клинический онкологический диспансер» ДЗ КК в 2006 г., на долю больных РШМ приходилось 6,1%.

С 1997 по 2006 г. численность контингентов по РШМ снизилась с 7698 до 7312, т. е. в 1,1 раза. Это значит, что около 0,3% женщин края страдают злокачественными новообразованиями шейки матки. Снижение показателя распространенности в расчете на 100 тыс. женского населения составило за 10 лет 13,1% (307,9 в 1997 г. и 267,6 в 2006 г.). Уменьшение численности контингентов больных связано не только с некоторым снижением заболеваемости, но в большей степени с ростом показателя запущенности. С 1997 по 2006 г. снизился и индекс накопления контингентов (отношение числа всех больных, состоящих на учете, к больным с впервые в жизни установленным диагнозом рака) при РШМ с 15,5 до 14,5. Такая тенденция является неблагоприятным фактором в отношении состояния онкологической помощи больным РШМ.

Состояние диагностики, лечения больных РШМ и качества их жизни нашло свое отражение в таком показателе, как удельный вес больных, состоящих на учете 5 лет и более. В целом по краю этот показатель составил 61,4%.

На основе базы данных Краевого популяционного ракового регистра мы оценили 6-летнюю наблюдаемую и относительную выживаемость больных, взятых на учет в 2001 г. Общее число наблюдений больных РШМ, заболевших за период 2001–2006 гг., составило 3124 случая заболеваний.

Оценка основного показателя эффективности онкологической помощи больным РШМ на популяционном уровне одно-, двух-, трех-, четырех-, пяти-, шестилетней выживаемости проведена также с учетом степени распространенности опухолевого процесса, метода лечения и типа лечебного учреждения.

Так, при анализе показателей выживаемости больных РШМ по стадиям опухолевого процесса шестилетняя наблюдаемая выживаемость в 2006 г. составила при I стадии 90,8%, при II стадии уже всего 66,3%, при III стадии – 48,5%, а при IV стадии – всего 21,0%. Однолетняя выживаемость выросла с 80,7% в 2001 г. до 82,3% в 2006 г., что говорит об улучшении качества проводимого специального лечения данной категории больных. Также необходимо отметить, что показатель однолетней выживаемости больных с I–II стадиями заболевания улучшился на 1,7%.

Обращают на себя внимание высокая частота шестилетних излечений у больных в I стадии заболевания, улучшение результатов лечения во II стадии, все еще неудовлетворительное положение при III стадии. Так, при Ia стадии заболевания при использовании хирургического метода лечения шестилетняя наблюдаемая выживаемость составила для жительниц края 92,6%, при Ib стадии опухолевого процесса в результате проведения хирургического и комбинированного методов лечения показатель шестилетней выживаемости находится на уровне 88,2%. Лечение больных во IIa стадии позволяет достичь шестилетней выживаемости в 70,5% случаев. При IIb стадии данный показатель снижается до 62,5%. В результате использования сочетанной лучевой терапии при III стадии РШМ показатель шестилетней выживаемости находится на уровне 48,5%. Запущенность опухолевого процесса при РШМ приводит к снижению данного показателя до 21,0%.

Проведенный анализ выживаемости онкогинекологических больных показал, что достигнутые на сегодняшний день достаточно высокие показатели

выживаемости больных РШМ на ранних стадиях, которые охватывают небольшое количество больных из общего числа случаев, все же нельзя признать удовлетворительными. Это диктует необходимость проведения разноплановых исследований, имеющих целью увеличить продолжительность жизни этой категории больных.

Таким образом, анализируя динамику показателей оказания специализированной онкологической помощи больным РШМ, мы пришли к выводу, что:

1. Совершенствование организационных форм профилактики РШМ в условиях общего экономического кризиса в стране возможно на основе перспективных направлений увеличения продолжительности жизни населения и снижения смертности от злокачественных опухолей, качественного изменения состояния онкологической помощи населению.

2. Основными мероприятиями, которые могут способствовать улучшению онкологической помощи больным РШМ, на наш взгляд, должны быть улучшения профилактической деятельности на уровне первичного звена здравоохранения:

- открытие смотровых кабинетов во всех без исключения амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- правильная и качественная профилактическая деятельность смотровых кабинетов;
- обязательное взятие мазков для цитологического исследования при всех видах медицинских осмотров;
- более совершенная система повышения квалификации врачей первичного звена по онкологии с проведением для врачей общей лечебной сети тематических семинаров по ранней диагностике и лечению рака женских половых органов.

3. Усиление организационно-методической деятельности и преемственности онкологических учреждений и учреждений всей системы здравоохранения края в рамках:

- совершенствования метода цитологической диагностики РШМ;
- внедрения метода открытого приема женского населения высококвалифицированными специалистами-онкогинекологами;
- установления факторов риска заболевания РШМ для формирования контингентов женщин и территорий с высоким риском заболевания РШМ;
- для совершенствования работы смотровых кабинетов разработка диагностической карты для формирования групп онкологического риска заболевания РШМ.

4. Разработка алгоритма организационных форм профилактики РШМ для органов здравоохранения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Комарова Л. Е. Профилактика и ранняя диагностика рака шейки матки // Практическая медицина. – 2009. – № 4 (36). – С. 15–16.
2. Новик В. И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг // Практическая онкология. – 2002. – Т. 3. № 3. – С. 156–165.
3. Хасанов Р. Ш., Шакиров К. Т., Габитова С. Е. и соавт. Подходы к организации цитологического скрининга рака шейки матки в Республике Татарстан // Практическая медицина. – 2009. – № 4 (36). – С. 106–109.

Поступила 11.08.2010