

рый, как известно, после удаления яичников осуществляется в коре надпочечников или же образуется из андрогенных гормонов на периферии в других органах и тканях.

Мы отдаляем себе отчет, что такого рода данные, полученные в отдельных группах, в которые входили больные как репродуктивного, так и менопаузального возраста, нуждаются в конкретизации. Они указывают на необходимость проведения дальнейших исследований в этом плане, подбора большего числа больных в каждой из обозначенных групп с учетом состояния овариальной функции и результатов лечения. Тем не менее они показали, что после окончания лучевой терапии независимо от того, проводилась она самостоятельно или в качестве одного из компонентов комплексного лечения, перед или после операции, наступало истощение резервов коры надпочечников, что требует сочетания лучевого лечения с заместительной кортикоステроидной терапией.

Ростовский онкологический научно-исследовательский институт 5 сентября 2005 г.

УДК 618.146-006.6-036.2(048.8)

СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ (РШМ)

© 2005 г. Е.В. Приходько

By taking into account regional, age, race/ ethnicity, the paper analyzes cervical cancer morbidity and mortality in World and Russia in present time.

Рак шейки матки (РШМ) в настоящее время – одна из наиболее частых злокачественных опухолей женских гениталий. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире РШМ заболевают свыше 500 000 женщин, из них 79 % – приходится на развивающиеся страны, а умирают от РШМ около 200 000 женщин [1]. Несмотря на успехи в ранней диагностике и лечении, РШМ продолжает входить в число наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований и занимает пятое место в структуре всей онкологической патологии.

В развивающихся странах РШМ занимает первую ранговую позицию среди опухолей гениталий, а в экономически развитых странах является третьей по распространенности локализацией после рака тела матки и яичников [1].

В Африке, Центральной и Южной Америке, Азии (за исключением Японии) на долю РШМ приходится 20–30 % среди всей онкопатологии у женщин, в Северной Америке, Австралии, Северной и Западной Европе – 4–6 %.

Очень высокая заболеваемость РШМ наблюдается в некоторых латиноамериканских странах: в г. Кали (Колумбия) – 62,8 на 100 000 женщин,

в г. Ресифи (Бразилия) – 64,8 %_{ooo} [2–4]. Значительно ниже частота этого заболевания в Дании – 31,6, Канаде – 17,8 и особенно в США – 9,8. Наиболее низкий риск возникновения РШМ имеют европейские женщины в Израиле – 3,0 на 100 000 [1].

Широкая вариабельность заболеваемости РШМ наблюдается не только при сопоставлении данных по различным континентам, но и внутри них. Анализ заболеваемости этой патологии за 1970–1990 гг. в 10 регионах Европы (4 департамента Франции, по 2 провинции Испании и Италии, 2 – франкоязычных кантона Швейцарии) показал значительную выраженность географических различий (от 12,6 в провинции Наварра до 82,0 в департаменте Нижний Рейн). На указанных территориях ежегодно отмечается уменьшение заболеваемости РШМ в среднем на 3 %.

В Швеции стандартизованный показатель заболеваемости РШМ уменьшился с 1958 по 1987 г. почти в 2 раза.

В Индии РШМ занимает 1-е место среди женского населения (38,9 %_{ooo}), а в общей структуре онкологической заболеваемости – 2-е [4]. В Китае в структуре смертности от злокачественных новообразований женщин РШМ занимает 2-е место, хотя заболеваемость в этой стране наименьшая в мире 2,6 %_{ooo} [5].

Отмечаются разные уровни заболеваемости в различных этнических группах, объединенных одним ареалом проживания. У негров в ЮАР частота РШМ выше, чем у европейцев, и составляет 34–50 % всех случаев рака у женщин [6]. В Северной Америке РШМ также чаще встречается у темнокожего населения, чем у белых женщин [7, 8]. Изучение 4 этнических групп в Чикаго выявило очень высокую частоту данного заболевания у пуэрториканцев (в 2 раза выше, чем в Пуэрто-Рико) и негров (в 3 раза выше, чем у белого населения). Очень низкая заболеваемость РШМ отмечена у европейских женщин в Чикаго (4,1 на 100 000 населения).

В начале 60-х гг. РШМ на территории СССР был одним из наиболее распространенных форм онкологических заболеваний. На его долю приходилось более 13,0 % всех больных злокачественными новообразованиями [9]. К 1970 г. процент РШМ в структуре онкологической заболеваемости населения страны снизился до 7,9 % и со 2-го места (после рака желудка) он перешел на 4-е [10]. Сравнительный анализ по странам бывшего СССР за 1985–1998 гг. [11] показал, что РШМ находится на 2–7 местах в структуре заболеваемости, по 10,6 % в Туркмении и Таджикистане. Динамика этого показателя по экономическим районам стран СНГ неоднозначна. Самая низкая заболеваемость в Туркмении (8,5), а на Украине и в Киргизстане этот показатель достигает 13,1–13,6 %_{ooo} соответственно.

Темпы снижения заболеваемости РШМ также различны: в 1985 г. разница между наиболее высоким показателем в Киргизии (22,9 на 100 000 женского населения) и самым низким – Таджикистане (9,7) достигала

2,4 раза. За этот же период в Таджикистане заболеваемость РШМ снизилась очень незначительно (на 4,1 % за 13 лет), а в Киргизии на 40,2 %.

Авторы работы [12], изучив динамику заболеваемости РШМ за 30 лет в Киеве, пришли к выводу, что уровень заболеваемости снизился на 30 % (с 21,0 до 14,7 %ооо), в 90-х гг. показатели остаются достаточно стабильными (14,5–14,7 %ооо).

Л.Т. Мамедова и другие [13] отмечают, что в г. Баку РШМ занимает 1-е место в структуре онкогинекологической патологии, стандартизованный показатель заболеваемости несколько выше российского – 12,4 %ооо.

В Казахстане ежегодно заболевают этой формой рака 1000 женщин (интенсивные показатели на 100 000 жителей: 1995 г. – 5,8 %ооо, 1996 г. – 6,3) и имеется тенденция к росту данного заболевания (в 1997 г. – 6,4 %ооо, в 1998 г. – 6,5) [14].

В России в структуре общей онкологической заболеваемости опухоли гениталий составляют 14–20 %. Из них РШМ занимает 2-е место после РТМ. Стандартизованный показатель заболеваемости РШМ в 1998 г. по Российской Федерации составил 10,8 %ооо, с колебаниями от 6,2–6,4 %ооо в Чувашии и Мурманской области до 23,9–26,6 %ооо в Псковской области и Республике Алтай, общероссийский показатель летальности – 5,2 %ооо [11, 15].

Наиболее существенной тенденцией за период 1980–1999 гг. является снижение удельного веса данного заболевания в общей структуре онкологических новообразований с 5,5 до 2,7 %. Однако эта динамика отнюдь не свидетельствует об улучшении качества проводимого цитологического скрининга, доля больных, выявленных на профилактических осмотрах в 1999 г., по сравнению с уровнем 1985 г. снизилась на 38 %. Редким явлением считается диагностика новообразований в преинвазивной стадии (cancer *in situ* составляет в среднем не более 10 % от всех диагностированных опухолей шейки матки) [16].

За последние годы в России отмечено увеличение количества случаев первично регистрируемой запущенности процесса. По данным статистических исследований за 1998 г., РШМ III–IV ст. выявляется в среднем у 41,3 % больных [16], несмотря на визуальную локализацию заболевания.

Значительна и летальность в течение года (21 %), что свидетельствует о поздней диагностике заболевания и неадекватном лечении данной злокачественной патологии.

По возрастной характеристике больных РШМ отмечается, что наиболее часто он выявляется в возрасте 40–60 лет [17]. У пациенток до 35 лет частота возникновения этого новообразования составляет 1,6–10 %.

В последние годы на фоне общего снижения заболеваемости РШМ в некоторых странах наблюдается новое явление – рост (как относительный, так и абсолютный) частоты данного заболевания в молодом возрасте [18–20]. Анализ 30-летней динамики распространения РШМ в Европе [21] показал, что с начала 70-х гг. незначительно увеличилась распространен-

ность этого заболевания среди молодых (до 39), достигнув в последние годы 20 % от общего количества заболевших. При этом на возраст до 29 лет и моложе приходилось 4,8 % больных.

На фоне неуклонного снижения заболеваемости во всех возрастных группах у молодых россиянок происходил ее относительный рост в среднем на 2 % [22, 23]. Статистические исследования, проводимые в Республике Беларусь, также свидетельствуют, что за последние годы заболеваемость РШМ у женщин в возрасте до 35 лет увеличилась в 1,7–1,8 раза при относительно стабильном уровне общей заболеваемости [24].

Таким образом, анализ изученных нами эпидемиологических исследований позволил отметить следующие крайне неблагоприятные тенденции последнего десятилетия XX в.: при общем стабильном постоянстве уровня заболеваемости увеличивается число случаев РШМ у женщин репродуктивного возраста, среди которых чаще отмечается III–IV стадии опухолевого процесса и реже I стадия [18, 19, 22, 24].

Проблема затрагивает наиболее активную, социально-значимую часть женского населения нашей планеты и приобретает в будущем большое значение. В этой связи требуется более тщательный пересмотр скрининговых программ с выявлением групп риска на основе современных вирусологических и биологических методов исследования, а также широкое внедрение в практическое здравоохранение схем лечения больных РШМ III–IV стадии на основе эффективных, с включением различных режимов и сочетаний цитостатической терапии, методов.

Литература

1. World Health Report. 1997 // WHO, Geneva, 1998.
2. Flores-Luna L. et al. // Salud Publica Mex. 2000. Vol. 42. № 3. P. 242–251.
3. Mohar A., Frias-Mendivil M. // Cancer Invest. 2000. Vol. 18. № 6. P. 584–590.
4. Shanta V. et al. // J. Indian Med. Assoc. 2000. Vol. 98. № 2. P. 49–52.
5. Chen J., Sankaranarayanan R., Shen Z. // Zhonghua ZhongLiu Za Zhi. 1998. Vol. 20. № 3. P. 202–206.
6. Lomaliga P., Smith T., Guidozzi F. // Gynec. Oncol. 2000. № 3. P. 460–463.
7. Brooks S. F. et. al. // Gynecol. Oncol. 2000. Vol. 79. № 1. P. 107–115.
8. Friedell G.H. et al. // J. Ky. Med. Assoc. 2000. Vol. 98. № 9. P. 398–405.
9. Мерабишвили В.М. Тенденция заболеваемости населения РШМ // Ранняя диагностика, лечение предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки и диспансеризация женского населения: Тез. докл. Псков; Ленинград, 1985. С. 116–118.
10. Заридзе Д.Г. // Арх. патологии. 1992. № 3. С. 5–10.
11. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ в 1998 г. М., 2000.
12. Клеветенко М.П., Гуслицер Л.И., Пак Л.В. Рак женской половой сферы: динамика заболеваемости в г. Киеве 70-е–90-е годы // Онкология 2000: Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. Киев, 2000. С. 6.

13. Мамедова Л.Т., Амирасланов А.Т., Марданян Ф.А. // Клин. геронтология. 2000. № 5–6. С. 56–58.
14. Тулеутаева З.К., Хамзин А., Шуляк В.В. Сравнительная оценка результатов комбинированного и комплексного лечения больных РШМ // Онкология 2000: Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. Киев, 2000. С. 1079.
15. Трапезников Н.Н. и др. // Онкология. 2000. Т. 2. № 1–2. С. 6–11.
16. Чиссов В.И. и др. // Казан. мед. журн. 2000. № 4. С. 241–249.
17. Peterson F. Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. Stockholm, 1991.
18. Максимов С.Я., Бахидзе Е.В., Косников А.Г. // Сб. науч. статей: Диагностика и лечение опухолей. СПб., 1997. С. 133–144.
19. Glark M.A. // Eur. J. of gynaecol. oncol. 1991. Vol. 12. P. 36.
20. Fischer U., Raptis G., Gessner W. // Zentralbl. Gynakol. 2001. Vol. 123. № 4. P. 198–205.
21. Levi F. et al. // Eur. J. Cancer. 2000. Vol. 36. № 17. P. 2266–2271.
22. Васильева Ю.Я. Оптимизация методов лечения РШМ у больных молодого возраста: Дис. ... канд. мед. наук. Ростов н/Д, 1998.
23. Королев В.С., Горбунов В.Я., Слюсарь Н.Н. // Здравоохранение. 1999. № 1. С. 29–31.
24. Матылевич О.П. Лечение РШМ I-II стадии у больных молодого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Минск., 2001.

Ростовский онкологический научно-исследовательский институт 5 сентября 2005 г.

УДК 618.146-006.6-053.86/.88:616-008.1-07

СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ГОНАДНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

© 2005 г. Е.В. Приходько

The state of pituitary and ovarian systems was studied 136 of patients with cervical cancer in menopausal period. The dynamics of hormonal balance dependent on menopausal stage (before 5 years; after 5 years) and stage of cancer are presented.

Эндокринные аспекты рака шейки матки являются важным фактором как при исследовании данного заболевания, так и при выборе правильных методов его лечения. Непосредственное отношение к этому органу имеют, прежде всего, гормоны гипофизарно-гонадной системы. Наибольшую роль в функциональной активности половой сферы женщин играют эстрогены. Эстрadiол секретируется только в яичниках клетками theca interna фолликула или клетками желтого тела. Образуются они из холестерина, проходя следующие стадии: холестерин C-21-стериоиды → C-19-сте-