

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

Мы отдаем 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 кортикостероидной 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 ‰ [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 ‰), 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 ‰ [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 ‰ 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 ‰), в 90-х гг. показатели остаются достаточно стабильными (14,5–14,7 ‰).

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 ‰.

В Казахстане ежегодно заболевают этой формой рака 1000 женщин (интенсивные показатели на 100 000 жителей: 1995 г. – 5,8 ‰, 1996 г. – 6,3) и имеется тенденция к росту данного заболевания (в 1997 г. – 6,4 ‰, 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 ‰, с колебаниями от 6,2–6,4 ‰ в Чувашии и Мурманской области до 23,9–26,6 ‰ в Псковской области и Республике Алтай, общероссийский показатель летальности – 5,2 ‰ [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 Zhonglin Za Zhi. 1998. Vol. 20. № 3. P. 202–206.
6. Lomaliga P., Smith T., Guidozi 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. // Клиническая 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. // Здоровоохранение. 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 menopause period. The dynamics of hormonal balance dependent on menopause 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. Эстрадиол секретируется только в яичниках клетками theca interna фолликула или клетками желтого тела. Образуются они из холестерина, проходя следующие стадии: холестерин С-21-стероиды → С-19-сте-