

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПО ОБЛАСТЯМ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

И.А. БЛИННИКОВА¹, В.О. ЛЕМЕШЕВСКИЙ¹ ✉, И.П. МЕРКУЛОВА¹

¹Белорусский государственный университет, Международный государственный экологический институт им. А.Д. Сахарова, г. Минск, Республика Беларусь

Во всех областях Беларуси наблюдается отсутствие роста и относительная стабильность частоты выявления новых случаев рака шейки матки (РШМ, $p < 0,05$). По состоянию на 2015 год, 67,4% случаев заболеваний РШМ выявлено на ранних стадиях опухолевого процесса. По гистологическому типу у пациенток чаще верифицируется плоскоклеточный РШМ – 85,9%. Инфицирование штаммами вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска выявлено у 94,7%. У 50,0% пациенток обнаружен один серотип. Наиболее распространёнными серотипами ВПЧ являются 16 и 31. У 73,8% пациенток были обнаружены ДНК других генитальных инфекций, а у 63,5% из них – два типа генитальных инфекций. Выявлен значительный риск заболевания уже в молодом возрасте и его стремительное увеличение к 45-54 годам. Сохранение роста заболеваемости РШМ в областях Беларуси обеспечено сельской зоной. Частота выявления заболевания на профилактических осмотрах составила 83,3%.

Ключевые слова: рак шейки матки, вирус папилломы человека, цервикальная интраэпителиальная неоплазия, инфекции, передающиеся половым путём, стандартизированные показатели, первичная заболеваемость, *Ureaplasma species*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*, *Herpes simplex virus I-II*.

Цитирование: Блинникова И.А. и др. Сравнительный анализ распространённости рака шейки матки у женщин по областям Республики Беларусь. Russian Scientist. 2018. т.2 №1: 39-51

Citing: Blinnikava IA et al. The comparative analysis of prevalence of cervical cancer at women on the areas of the Republic of Belarus. Russian Scientist. 2018.v.2 №1: 39-51

✉ lemeshonak@yahoo.com

Материал прошёл двойное слепое рецензирование.
The manuscript took a double-blind peer review.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF PREVALENCE OF CERVICAL CANCER AT WOMEN IN THE REGIONS OF REPUBLIC OF BELARUS

I.A. BLINNIKAVA¹, V.O. LEMIASHEUSKI¹ ✉, I.P. MERKULOVA¹

Belarusian State University, International Sakharov Environmental Institute, Minsk, Republic of Belarus

In all regions of Belarus, there is a lack of growth and relative stability in the frequency of detection of new cases of cervical cancer ($p < 0.05$). As of 2015, 67.4% of cases of cervical cancer detected in the early stages of the tumor process. According to the histological type, squamous cell carcinoma is more often verified in patients (85.9%). The strains of human papillomavirus (HPV) was detected in 94.7% of cases. In 50.0% of patients one serotype was found. The most common HPV serotypes are 16 and 31. 73.8% of patients had DNA of other genital infections, and 63.5% had two types of genital infections. A significant risk of the disease has been revealed at a young age and its rapid increase to 45-54 years. The preservation of the incidence of cervical cancer in the regions of Belarus is provided by the rural zone. The frequency of detection of the disease on preventive examinations was 83.3%.

Key words: cervical cancer, human papillomavirus, cervical intraepithelial neoplasia, sexually transmitted infections, standardized indicators, primary incidence rate, *Ureaplasma species*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*, *Herpes simplex virus I-II*.

Введение

Рак шейки матки (РШМ) – одно из наиболее распространённых злокачественных новообразований у женщин. В структуре злокачественных опухолей репродуктивной системы в Республике Беларусь РШМ занимает третье место и составляет 16%. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно регистрируется около 500 000 новых случаев и более 250 000 смертей от данного заболевания [1].

Пик заболеваемости РШМ приходится на возрастные группы женщин старше 50-60 лет. Однако в развивающихся странах около 80% случаев данное заболевание выявляется в возрасте 35 и более лет. В настоящее время во всём мире наблюдается резкий рост заболевания у женщин моложе 30 лет.

Несмотря на существование в настоящее время чёткой концепции о фоновых и предраковых процессах и РШМ, а также достаточно надёжного тестового контроля (цитологический, кольпоскопический), РШМ до настоящего времени остаётся одной из актуальных проблем онкогинекологии [1].

Материалы и методы исследования

Для проведения анализа использовались данные, полученные в учреждении здравоохранения «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н. Александрова» в отделении канцер-регистра по Брестской, Витебской, Гомельской, Гродненской, Минской, Могилёвской областям и городу Минск о заболеваемости пациенток за период с 2011 по 2015 год. Все пациентки, больные РШМ, включались в статистику ($n = 2679$) с обязательным морфологическим подтверждением диагноза.

Базовыми данными для определения динамики заболеваемости являются сведения о первых установленных случаях заболевания инвазивными формами РШМ, зарегистрированных и прошедших верификацию на основе морфологических и клинических данных онкологических учреждений областей Республики Беларусь. Регистрация случаев проводилась по месту прожива-

ния больных на момент заболевания. Данные представлены в виде интенсивных возрастных и стандартизованных показателей.

Под первичной заболеваемостью понимают совокупность новых, ранее не учтённых и впервые в данном году зарегистрированных при обращении населения за медицинской помощью случаев заболеваний. Критерий может служить одной из оценок эффективности реализации республиканских и региональных программ профилактики факторов риска возникновения заболеваний.

Показатель первичной заболеваемости рассчитывали по формуле 1 [2]:

$$\text{Первичная заболеваемость} = \frac{\text{Число заболеваний, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100000 \quad (1)$$

Среднегодовая численность населения

Доля больных с I–II стадиями злокачественных новообразований (ЗНО), выявленных при профилактических медицинских осмотрах, характеризует эффективность проводимых профилактических (скрининговых) медицинских осмотров населения. Расчёт величины показателя осуществляли по формуле 2 [2]:

$$\text{Доля больных с I–II ст. ЗНО} = \frac{\text{Число больных с I–II ст. ЗНО, выявленных при профилактических мед. осмотрах впервые в жизни в данном году}}{\text{Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО I–II ст}} \times 100 \quad (2)$$

Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО I–II ст

Показатель запущенности ЗНО является одним из основных критериев качества работы всех лечебно-профилактических учреждений и диагностических служб – рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, цитологической и др. Расчёт выполняли по формуле 3 [2]:

$$\text{Запущенность ЗНО} = \frac{\text{Число больных с IV и III ст. ЗНО}}{\text{Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО}} \times 100 \quad (3)$$

Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО

Все варьирующие количественные признаки результатов исследований подвергались статистической обработке [3] в компьютерной программе MS Office Excel.

Результаты исследований и их обсуждение

При анализе уровня первичной заболеваемости РШМ среди женщин областей Республики Беларусь было проведено сравнение показателей первично обнаруженной патологии за период времени с 2011 по 2015 гг. (рисунок 1).

Анализ первичной заболеваемости РШМ демонстрирует отсутствие роста и относительную стабильность частоты выявления новых случаев злокачественных новообразований шейки матки по всем областям Республики Беларусь ($p < 0,05$). А в некоторых областях (Гомельская, Минская и Могилевская области) даже наблюдается незначительное понижение числа заболевших женщин с 138, 151 и 145 случаев на 2,2, 2,6 и 29,7%, соответственно. Данный факт свидетельствует о том, что с каждым годом работа по вторичной профилактике РШМ путём своевременного выявления и лечения предраковых заболеваний ведется всё более интенсивно, и она начинает давать ожидаемые результаты. Поэтому необходимо продолжать вести непрерывную работу по изысканию эффективных профилактических мер для закрепления данного результата.

Определение стадии опухолевого процесса при РШМ имеет огромную важность для определения оптимальной тактики лечения, оценки необходимости проведения оперативного вмешательства или химиолучевого лечения. При этом особое внимание уделяется размеру опухоли, состоянию лимфоузлов и степени вовлечения околоматочной клетчатки (слой рыхлой соединительной ткани, окружающей матку; параметров). Клиническая классификация по степени распространённости опухолевого процесса основывается на результатах полного комплексного гинекологического обследования.

Исходя из вышесказанного, было проведено сравнение показателей степени распространённости опухолевого процесса за 2011 и 2015 гг. по каждой области республики Беларусь (рисунки 2 и 3).

Данные результаты свидетельствуют о том, что активное внедрение профилактических мер способствует росту выявления преинвазивного и РШМ начальных стадий. Согласно проведённому анализу, установлено, что, по состоянию на 2011 год, 73,6% случаев заболеваний РШМ в Республике Беларусь выявлено на ранних стадиях опухолевого процесса. Этот же показатель по состоянию на 2015 год составляет 67,4% от общего числа заболеваний РШМ. Данный факт отражает,

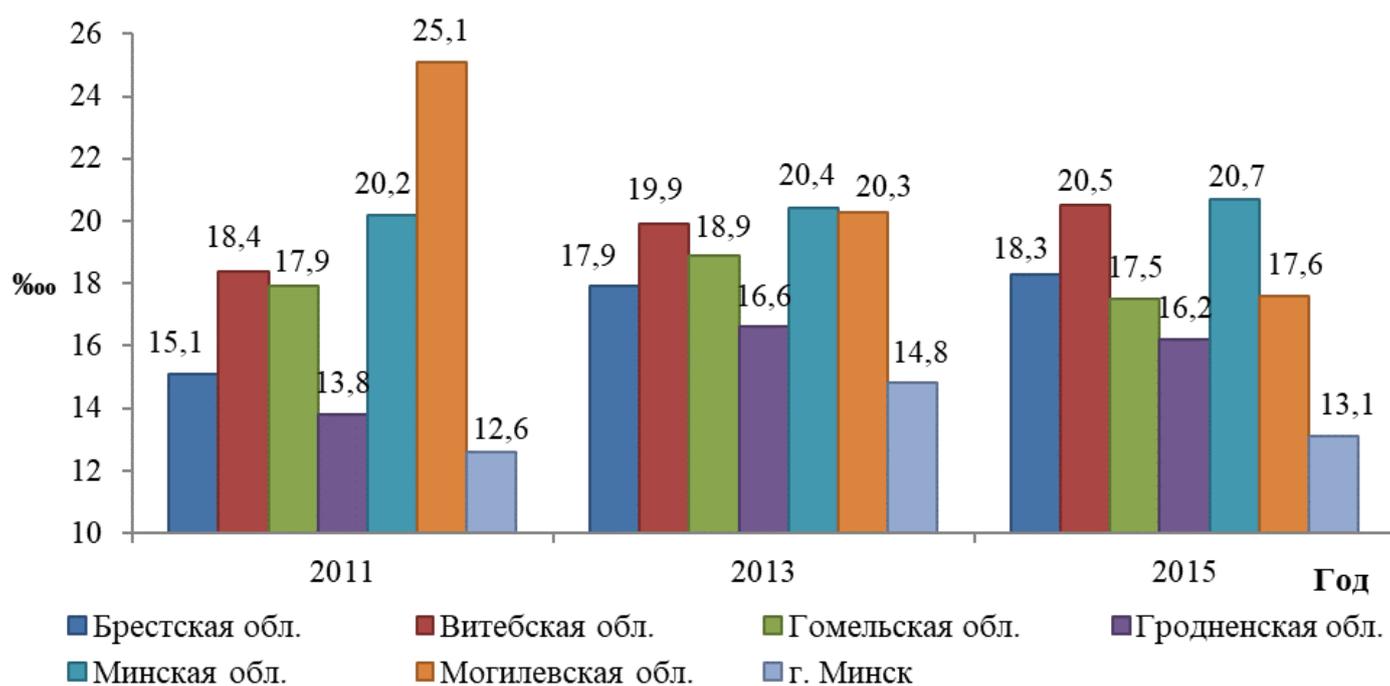


Рисунок 1 – Динамика первичной заболеваемости РШМ среди женщин областей Республики Беларусь (в ‰, 2011-2015 гг.)

Figure 1 – Dynamics of primary incidence of cervical cancer among women in the regions of the Republic of Belarus (in ‰, 2011-2015)

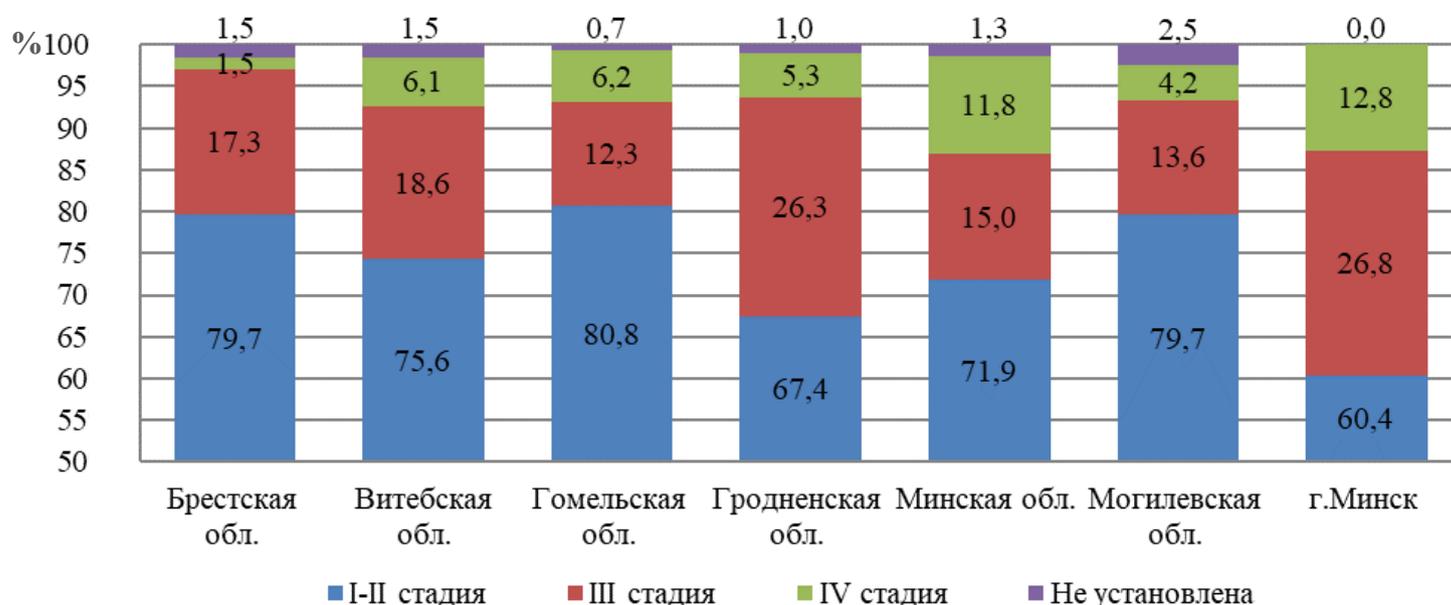


Рисунок 2 – Характеристика больных РШМ по степени распространённости опухолевого процесса (в %, 2011 г.)

Figure 2 – Characteristics of patients with cervical cancer by the degree of prevalence of the tumor process (in %, 2011)

что, несмотря на достигнутый уровень диагностики и лечения, работа по улучшению медицинской помощи женщинам со злокачественными образованиями шейки матки должна проводиться ещё более интенсивно.

Гистологическая структура опухоли – один из наиболее важных критериев при выборе плана лечения и для прогноза заболевания. В большинстве случаев выявляют плоскоклеточную форму (ороговевающую, образующую роговые жемчужины, и неороговевающую). В эндоцервиксе от-

носительно часто выявляют аденокарциному. Из-за исходной локализации аденокарциномы обычно удаётся диагностировать на более поздних стадиях, чем плоскоклеточный РШМ. Редкие формы РШМ (мелкоклеточную, светлоклеточную, мукоэпидермоидную и т.д.) выявляют только у 1–1,5% пациенток.

В зависимости от гистологического типа РШМ, распределение пациенток во всех областях республики было практически одинаковым как в 2011, так и в 2015 годах. Поэтому для анализа бы-

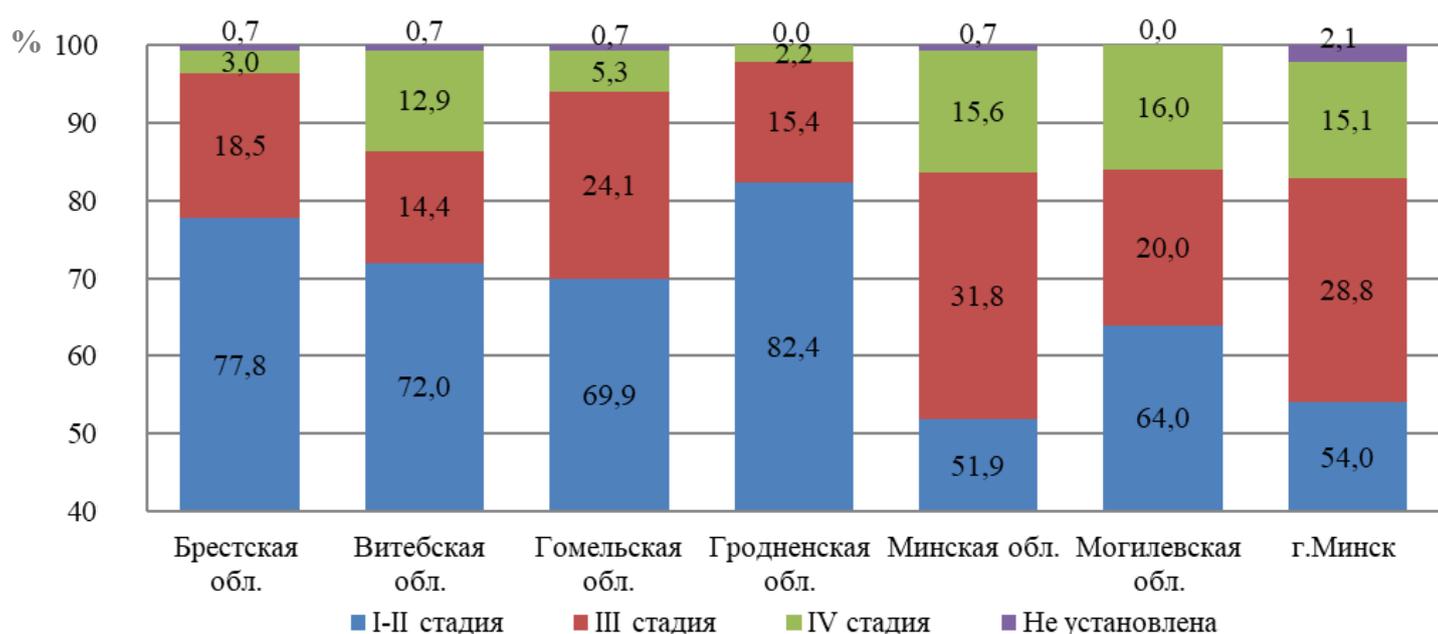


Рисунок 3 – Характеристика больных РШМ по степени распространённости опухолевого процесса (в %, 2015 г.)

Figure 3 – Characteristics of patients with cervical cancer by the prevalence of the tumor process (in %, 2015)

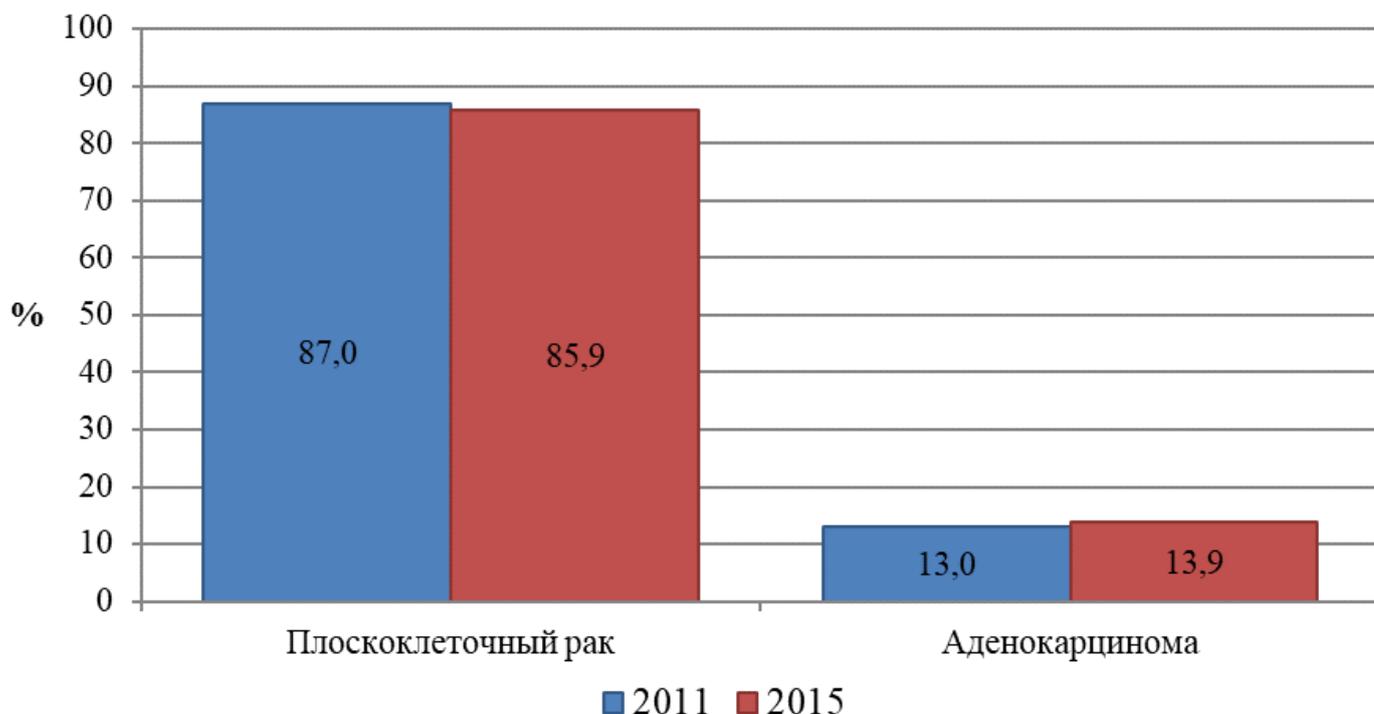


Рисунок 4 – Распределение пациенток по гистологическому типу РШМ (в %, 2011 г., 2015 г.)
Figure 4 – Patient distribution by histological type of cervical cancer (in %, 2011, 2015)

ли использованы общереспубликанские показатели (рисунок 4).

Выбор метода лечения зависит не только от стадии заболевания, гистологического типа опухоли, степени её дифференцировки, глубины прорастания мышечного слоя, распространения опухоли за пределы органа, наличия отдалённых метастаз, возраста больной и сопутствующих заболеваний. Степень дифференцировки опухоли (G)

определяется микроскопически и принимает значения I, II и III. Данный показатель отражает, насколько патологическая ткань отличается от нормальной ткани шейки матки, и позволяет предположить, как быстро будет прогрессировать опухолевый рост. Опухоли с меньшей степенью дифференцировки являются более злокачественными, имеют тенденцию к более быстрому росту и с большей вероятностью склонны к метастази-

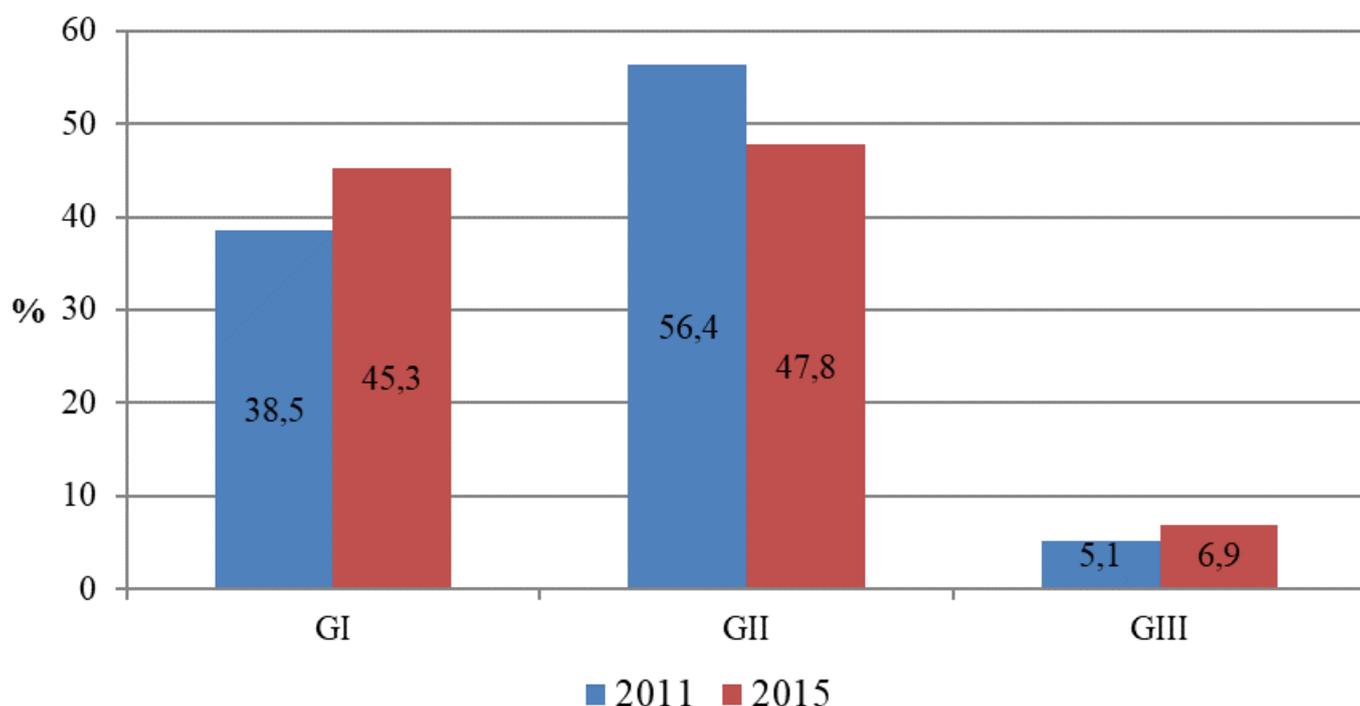


Рисунок 5 – Характеристика больных РШМ по степени агрессивности рака (в %, 2011 г., 2015 г.)
Figure 5 – Characteristics of patients with cervical cancer by the degree of cancer aggressiveness (in %, 2011, 2015)

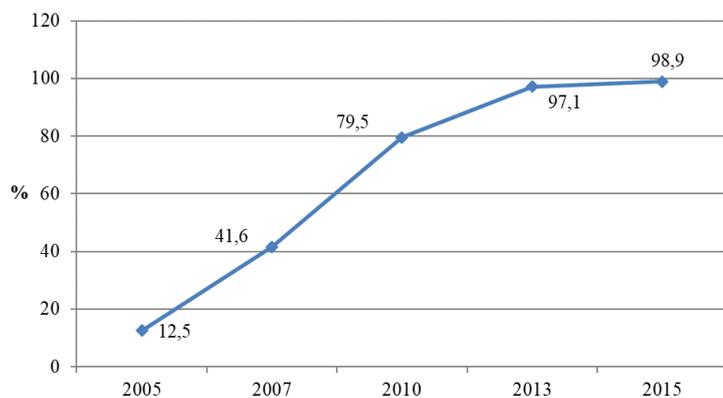


Рисунок 6 – Динамика роста выявления ДНК ВПЧ высокого канцерогенного риска (в %, 2005-2015 гг.)

Figure 6 – Dynamics of detection of HPV DNA with high carcinogenic risk (in %, 2005-2015)

рованию. Характеристика больных РШМ по степени агрессивности рака отражена на рисунке 5.

Согласно вирусному канцерогенезу РШМ, стало общеизвестным фактом, что персистенция вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска в клетках эпителия является условием для развития цервикальной интраэпителиальной неоплазии и РШМ. Существующие эпидемиологические данные по распространённости ВПЧ высокого канцерогенного риска и РШМ и соответствие их уровней доказали целесообразность использования определения ДНК ВПЧ высокого канцерогенного риска (теста на ВПЧ) в программах скрининга РШМ.

Молекулярно-генетический анализ ВПЧ имеет важную клиническую значимость, так как

определение ВПЧ помогает выделить группы женщин с высоким риском развития РШМ. Для решения этой задачи необходимо не только выявление ВПЧ, но и осуществление ВПЧ-генотипирования с количественной оценкой вирусной нагрузки, позволяющего дифференцировать серотипы “высокого” онкогенного риска и определять активную тактику ведения данной категории пациенток.

В Беларуси для определения ДНК ВПЧ высокого канцерогенного риска используется молекулярно-генетическая методика полимеразной цепной реакции [4].

В последние годы в республике сложилась положительная тенденция диагностики ДНК ВПЧ высокого канцерогенного риска у женщин при проведении профилактических осмотров (рисунок 6).

Эти меры приняты для определения группы риска и возможности ранней диагностики преинвазивного РШМ, что поможет повысить эффективность работы онкологической службы по профилактике РШМ.

В результате проведённого анализа эпидемиологических показателей пациенток, страдающих РШМ, по всем областям Республики Беларусь за период времени с 2011 по 2015 год инфицирование онкогенными штаммами выявлено у 94,7%, а у 5,3% пациенток они отсутствовали.

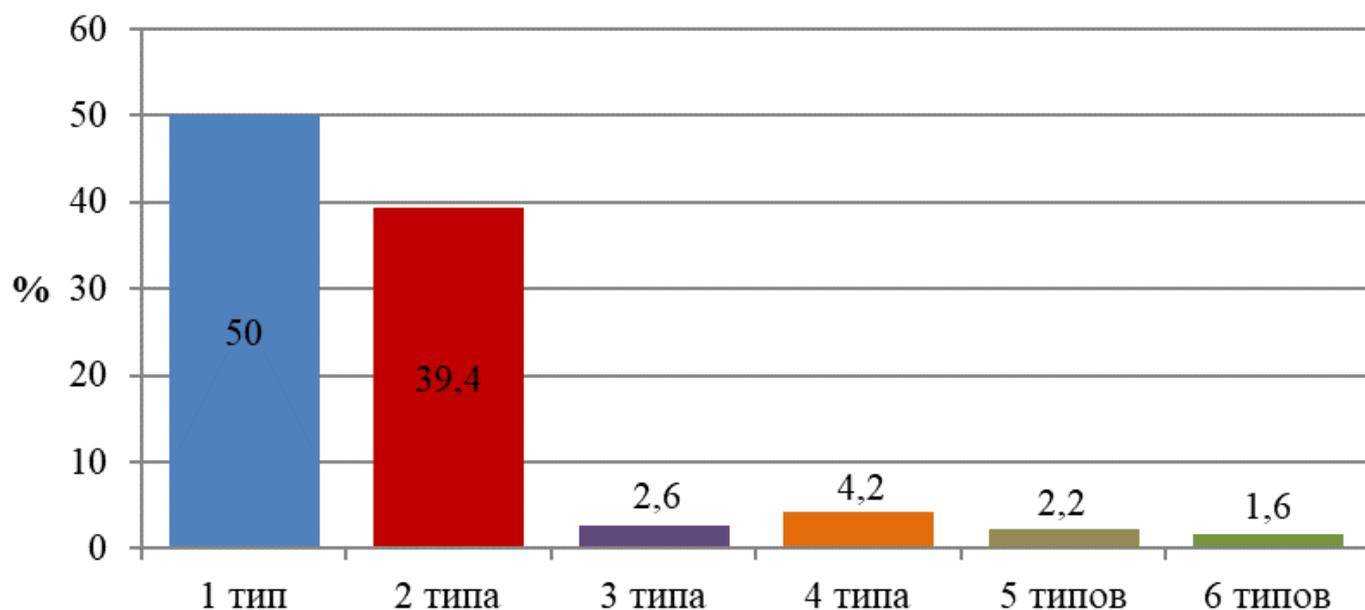


Рисунок 7 – Характеристика больных РШМ по количеству серотипов ВПЧ (в %, 2011-2015 гг.)
Figure 7 – Characteristics of patients with cervical cancer by the number of serotypes of HPV (in %, 2011-2015)

Распределение больных РШМ по количеству серотипов ВПЧ представлено на рисунке 7.

Можно предположить, что отрицательный результат теста на ВПЧ высокого канцерогенного риска является следствием недостаточности тест-системы. Это можно объяснить тем, что в настоящее время к ВПЧ высокого канцерогенного риска относятся 16 генотипов, а используемые стандартные тест-системы определяют только 12 генотипов ВПЧ (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59). Вероятно, в данном случае, патологические изменения были вызваны другими генотипами вируса, которые не выявляются используемой тест-системой. Таким образом, производство тест-систем отстаёт от потребностей здравоохранения. Однако в литературе описаны и ВПЧ-отрицательные поражения шейки матки [5].

Также было проведено исследование пациенток, страдающих РШМ, по всем областям Республики Беларусь в период времени с 2011 по 2015 гг. на серотипы ВПЧ, и результаты распределились следующим образом (рисунок 8).

Таким образом, у больных РШМ по всем областям Республики Беларусь в период времени

с 2011 по 2015 гг. ВПЧ высокого канцерогенного риска диагностирован в 95,7%, в преобладающем большинстве случаев выявлены один (50,0%) или два (39,4%) серотипа. Наиболее распространёнными серотипами вируса ВПЧ являются 16 и 31.

Наряду с доказанной ролью ВПЧ в генезе цервикального РШМ значимость других инфекционных агентов, как сопутствующих факторов развития РШМ, спорна.

Среди обследованных женщин отмечается различная частота обнаружения ДНК инфекционных агентов на слизистой шейки матки и цервикального канала. Так, среди всех женщин Республики Беларусь в период времени с 2011 по 2015 гг., страдающих РШМ, ДНК ВПЧ высокого канцерогенного риска диагностирована в 95,7%, случаев. Из них у 73,8% пациенток были обнаружены ДНК других генитальных инфекций (рисунок 9).

Наибольшая частота выявления как ДНК ВПЧ высокого канцерогенного риска, так и ДНК возбудителей других инфекций отмечается в группе молодого возраста (до 30 лет), т.е. у наиболее репродуктивно-активной части насе-

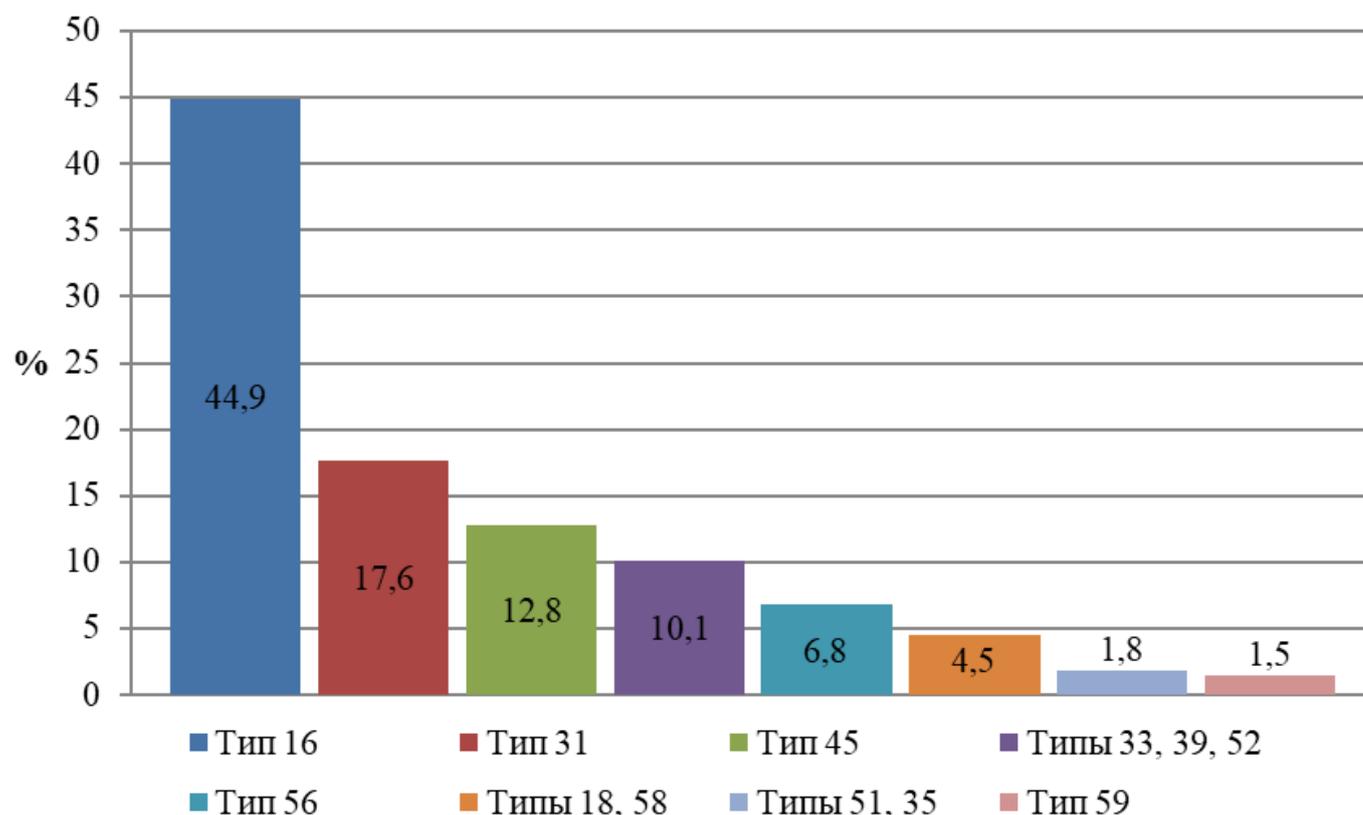


Рисунок 8 – Распределение генотипов ВПЧ у больных РШМ (в %, 2011-2015 гг.)

Figure 8 – Distribution of genotypes of HPV in patients with cervical cancer (in %, 2011-2015)

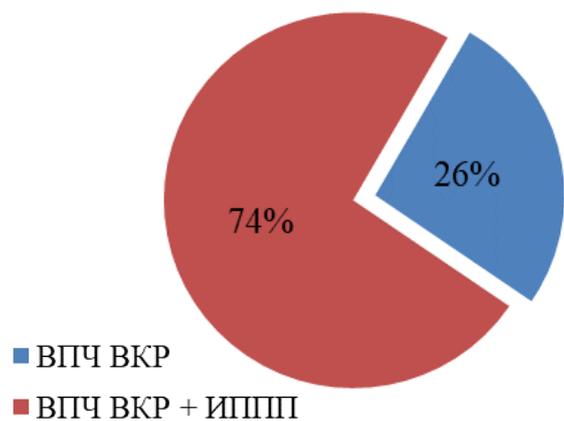


Рисунок 9 – Частота выявления ВПЧ и сопутствующих урогенитальных инфекций на слизистой шейки матки и цервикального канала (в %, 2011-2015 гг.)

Figure 9 – The incidence of HPV and associated urogenital infections on the cervical mucosa and cervical canal (in %, 2011-2015)

ния. Высокая инфицированность инфекциями, передающимися половым путём (ИППП), в этом возрасте создаёт предпосылки для ухудшения репродуктивного здоровья и невозможности реализации своих репродуктивных функций, что провоцирует демографическую нестабильность в стране. С возрастом инфицированность снижается, и частота определения ДНК ВПЧ высокого канцерогенного риска и ДНК других возбудителей половых инфекций приближается к минимальному значению после 50 лет.

Сопоставительный анализ ассоциации ДНК ВПЧ и ИППП показал, что у большинства боль-

ных РШМ по всем областям Республики Беларусь в период времени с 2011 по 2015 гг. диагностировано два типа генитальных инфекций (71,1%) (рисунок 10).

Также была проанализирована частота выявления ДНК каждого изучаемого инфекционного агента в отдельности, и было обнаружено, что у 73,8% пациенток, больных РШМ, были диагностированы ИППП: в преобладающем большинстве случаев (67,8 %) выявлялась *Ureaplasma species* (рисунок 11).

Высокая распространённость ВПЧ высокого канцерогенного риска и частота коинфицирования половыми инфекциями показывают ценность скрининга на ИППП ВПЧ-положительных пациенток с целью раннего выявления и лечения инфекций. Учитывая, что часто персистенция ассоциирована с носительством ИППП, своевременная элиминация инфекционных агентов предупреждает вероятный синергетический эффект коинфицирования на состояние и развитие цервикальных поражений, а возможно и персистирование ВПЧ [6, 7, 8].

Таким образом, вышеперечисленные особенности дают возможность рекомендовать обследование на ИППП, ВПЧ-положительных пациенток и обследования на ВПЧ женщин с диагностированными урогенитальными инфекциями и их

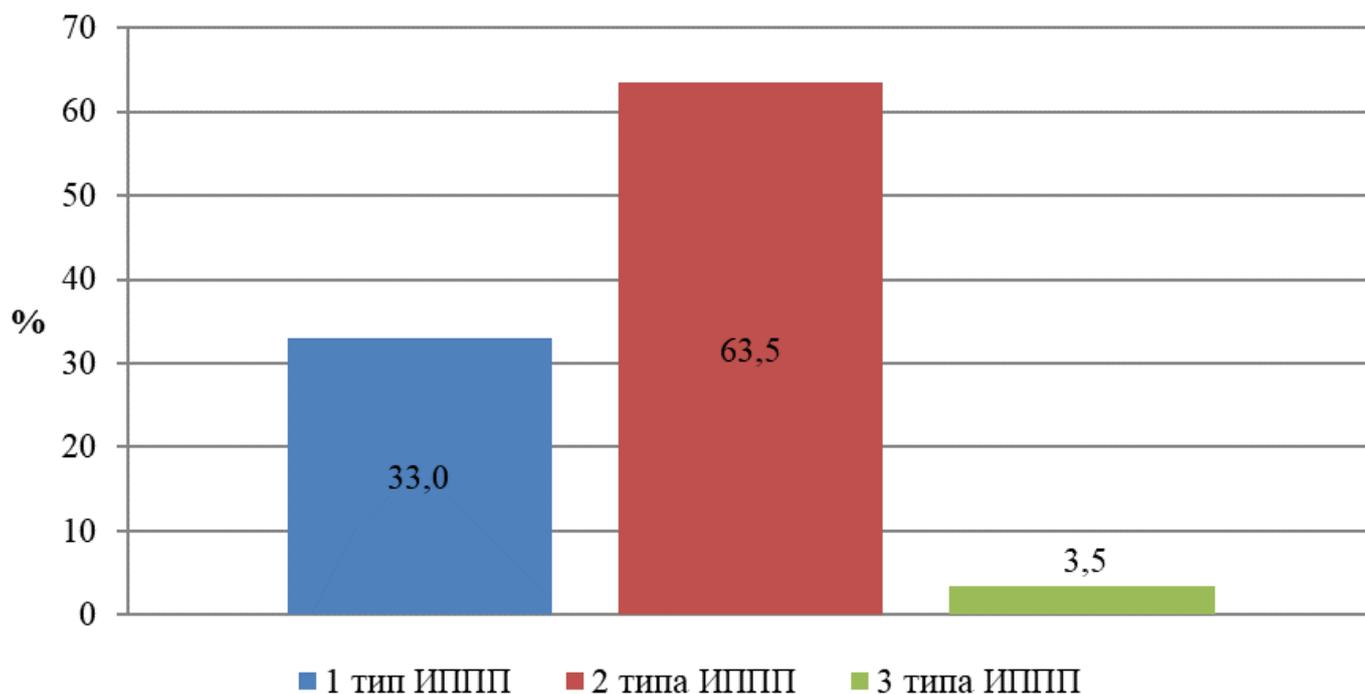


Рисунок 10 – Распределение количества ИППП у больных РШМ (в %, 2011-2015 гг.)

Figure 10 – Distribution of the number of sexually transmitted infections in patients with cervical cancer (in %, 2011-2015)

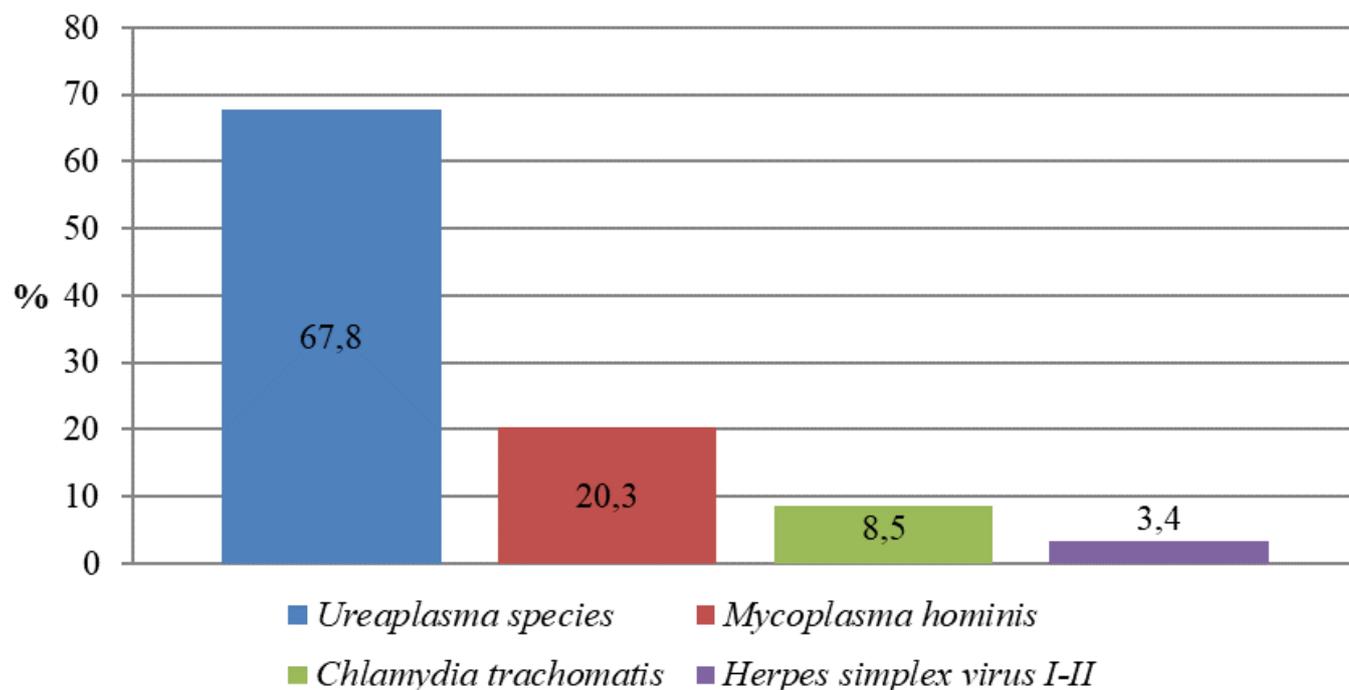


Рисунок 11 – Распределение частоты встречаемости ИППП у больных РШМ (в %, 2011-2015 гг.)
Figure 11 – Distribution of the incidence of sexually transmitted infections in patients with cervical cancer (in %, 2011-2015)

лечение, с целью уменьшения риска инициирования и прогрессирования злокачественной трансформации эпителия шейки матки. При назначении обследования женщин на ИППП в панель обследования должны быть обязательно включены: ВПЧ высокого канцерогенного риска, *Ureaplasma species*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*, *Herpes simplex virus*.

Возраст пациенток, включённых в исследование, варьировал от 17 до 89 лет. На диаграмме представлено распределение по возрасту больных РШМ по всей Беларуси по состоянию на 2011 и 2015 гг. (рисунок 12).

Проведённый анализ возрастных показателей заболеваемости выявил значительный риск

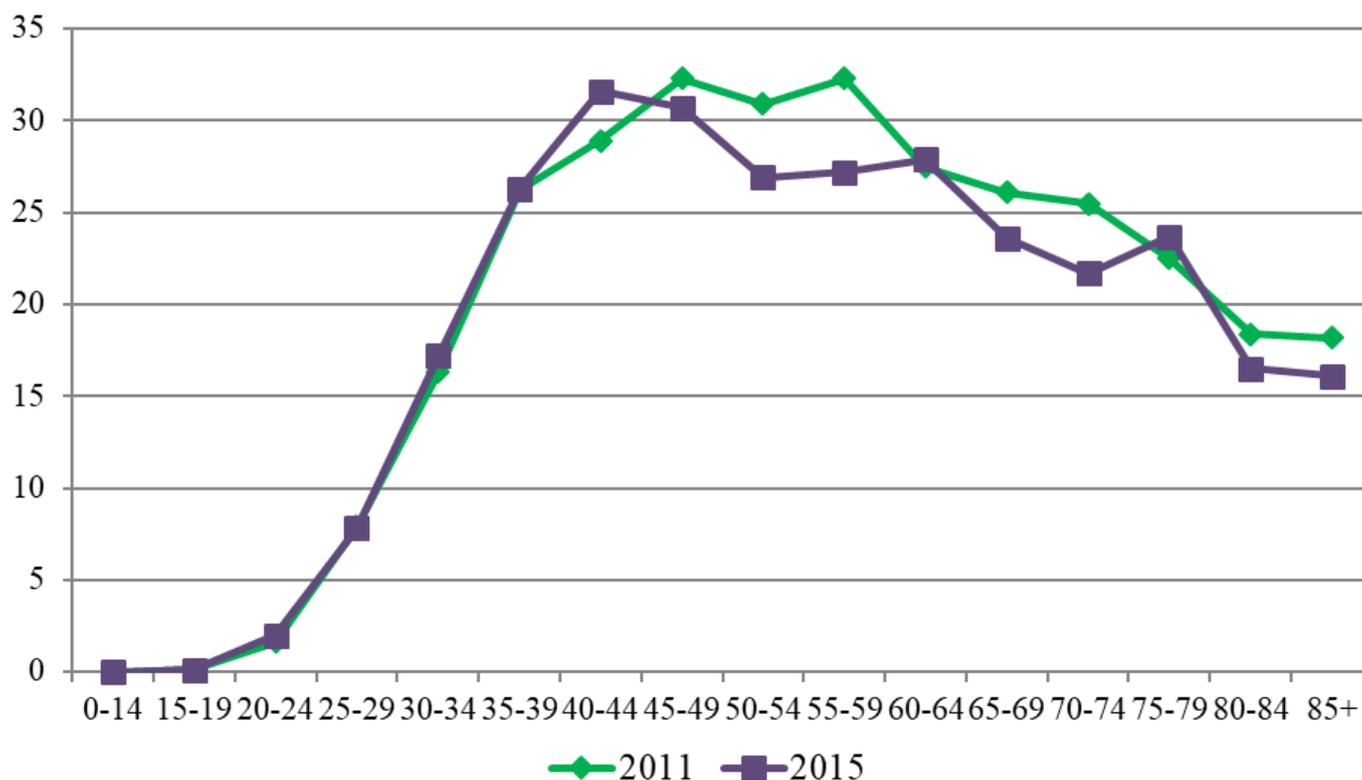


Рисунок 12 – Распределение пациенток, страдающих РШМ, по возрасту (в ‰, 2011 г., 2015 г.)
Figure 12 – The distribution of patients with cervical cancer by age (in ‰, 2011, 2015)

заболевания уже в молодом возрасте и его стремительное увеличение к 50 годам. Максимальная заболеваемость отмечается в возрастных группах 45-49 и 50-54 года. Как видно на диаграмме (рисунок 12), отмечается снижение заболеваемости РШМ пациенток среднего и пожилого возрастов в период времени с 2011 по 2015 гг.

Анализ возрастных показателей заболеваемости РШМ в Беларуси с 2011 по 2015 гг. визуализировал тот факт, что профилактические осмотры, с использованием цитологического исследования цервикальных мазков, позволили уменьшить заболеваемость, но только в пожилом возрасте.

Позитивная тенденция снижения заболеваемости РШМ в пожилом и среднем возрасте в республике сопровождается крайне негативным проявлением роста заболеваемости в молодом возрасте (35-39 лет).

Статистика «омоложения» заболеваемости свидетельствуют о более раннем поражении женщин ВПЧ высокого онкогенного риска и нарастающем эпидемиологическом неблагополучии в стране в отношении РШМ. При этом имеются небольшие различия по возрастному распределению заболеваемости женщин, страдающих РШМ

по областям республики. В Могилевской области заболеваемость женщин молодого возраста намного выше общереспубликанских показателей, а в Витебской и Гомельской областях – ниже, но при этом проблема «омоложения» РШМ не теряет своей актуальности.

Анализ показателей заболеваемости в зависимости от места проживания показал, что сохранение роста заболеваемости РШМ в областях Беларуси в 2011 году обеспечено сельской зоной.

Возрастное распределение обосновывает заключение о необходимости совершенствования и интенсификации скрининга РШМ среди женщин молодого и среднего возраста, особенно в сельской местности, где наблюдается большая частота заболеваемости женщин (рисунок 13).

По состоянию на 2015 год ситуация с заболеваемостью женщин в сельской местности немного улучшилась, но соотношение заболеваемости между городскими и сельскими женщинами сохранилось – большую часть заболевших составляют жительницы села. При этом в Гомельской и Могилевской областях показатели заболеваемости среди сельских жительниц с 2011 года возросли (рисунок 14).

Исходя из вышеизложенного, можно сде-

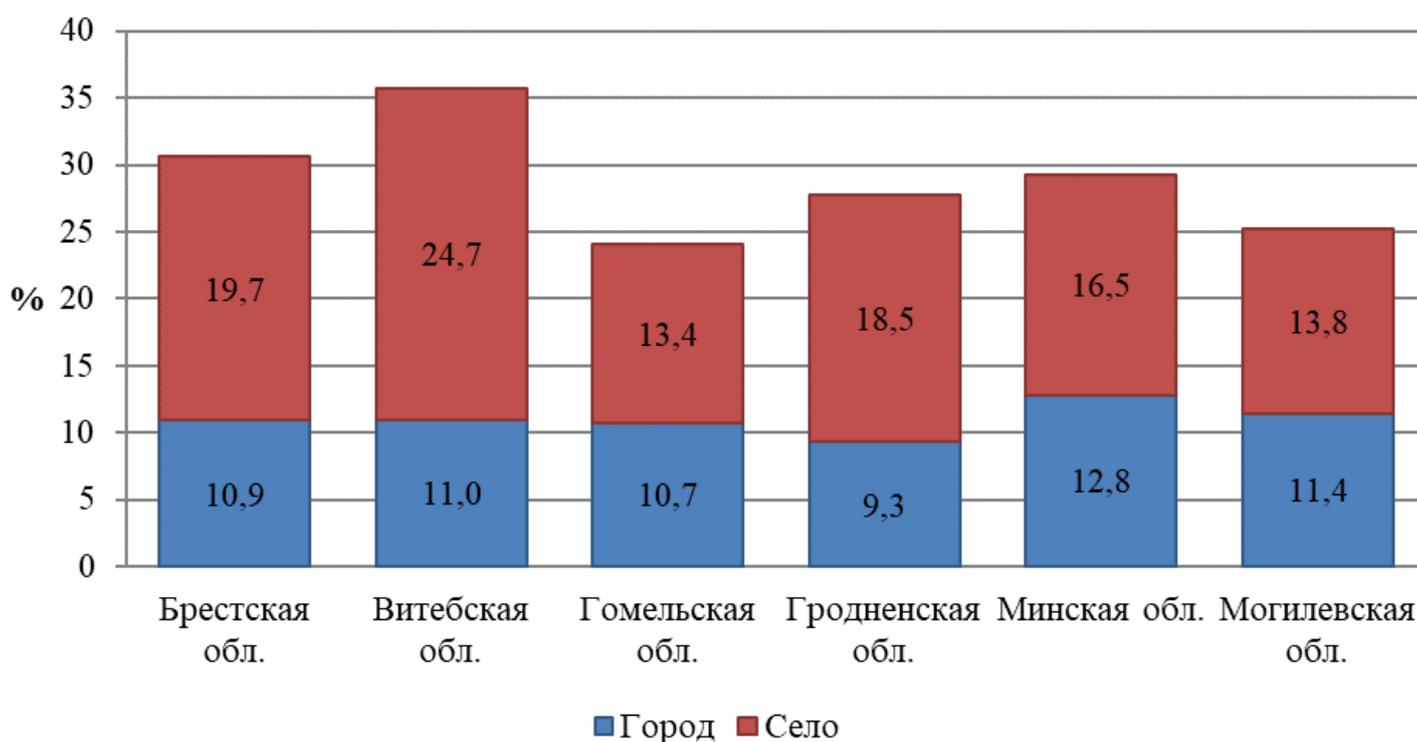


Рисунок 13 – Распределение городских и сельских жительниц среди пациенток, страдающих РШМ (в ‰, 2011 г.)

Figure 13 – Distribution of urban and rural women among patients with cervical cancer (in ‰, 2011)

лать вывод о неудовлетворительном состоянии превентивных мер в сельской местности по предотвращению распространения ВПЧ и других ИППП. Кроме того, высокая заболеваемость РШМ говорит о недостаточно хорошей организации ранней диагностики по выявлению и лечению преинвазивной патологии в сельской местности. Вероятнее всего, такой эффект можно объяснить тем, что успех первичной профилактики за счёт проводимой пропаганды безопасных половых отношений, доступности барьерных контрацептивов и превентивных мер борьбы с ИППП легче реализуется в условиях города.

Несмотря на все достижения, доля выявленных заболеваний на III-IV стадии распространённости опухолевого процесса из года в год остаётся практически неизменной, хотя большинство случаев РШМ выявляется на профилактических осмотрах (рисунок 15). Общереспубликанский показатель случаев заболеваемости РШМ, выявленных на профилактических осмотрах за данный период времени, составил 83,3%.

Самая низкая заболеваемость и смертность от РШМ в мире наблюдается в Финляндии (4,2‰ и 1,2‰) при распространённости ВПЧ высокого канцерогенного риска 7,5%, и соответствует европейской – 10,5% [5]. Такая ситуация объясняется внедрением в Финляндии программ направленного

цервикального скрининга и образовательных мероприятий с целью повышения медицинской грамотности населения [5]. Подобные программы существуют лишь в девяти странах Европы (Великобритании, Швеции, Финляндии, Дании, Нидерландах, Словении, Исландии, Норвегии и в крупных регионах Италии). Эффективность в снижении заболеваемости РШМ при использовании направленного скрининга составляет 75%. В большинстве стран обследование является добровольным и зависит от желания каждой женщины или её врача («оппортунистический скрининг») с уровнем эффективности около 43% [1]. Данный вид скрининга используется и в нашей стране.

Показатель доли больных с I-II стадиями злокачественных новообразований (ЗНО), выявленных при профилактических медицинских осмотрах, за период времени с 2011 по 2015 год по Брестской области составил 72,7%, Витебской области – 61,4 %, Гомельской области – 71,7%, Гродненской области – 59,7%, Минской области – 56,8%, Могилевской области – 70,2%, по городу Минску – 61,1%. Общереспубликанский показатель составил 64,8%. Данный критерий характеризует эффективность проводимых профилактических медицинских осмотров населения. По полученным данным можно сделать вывод, что про-

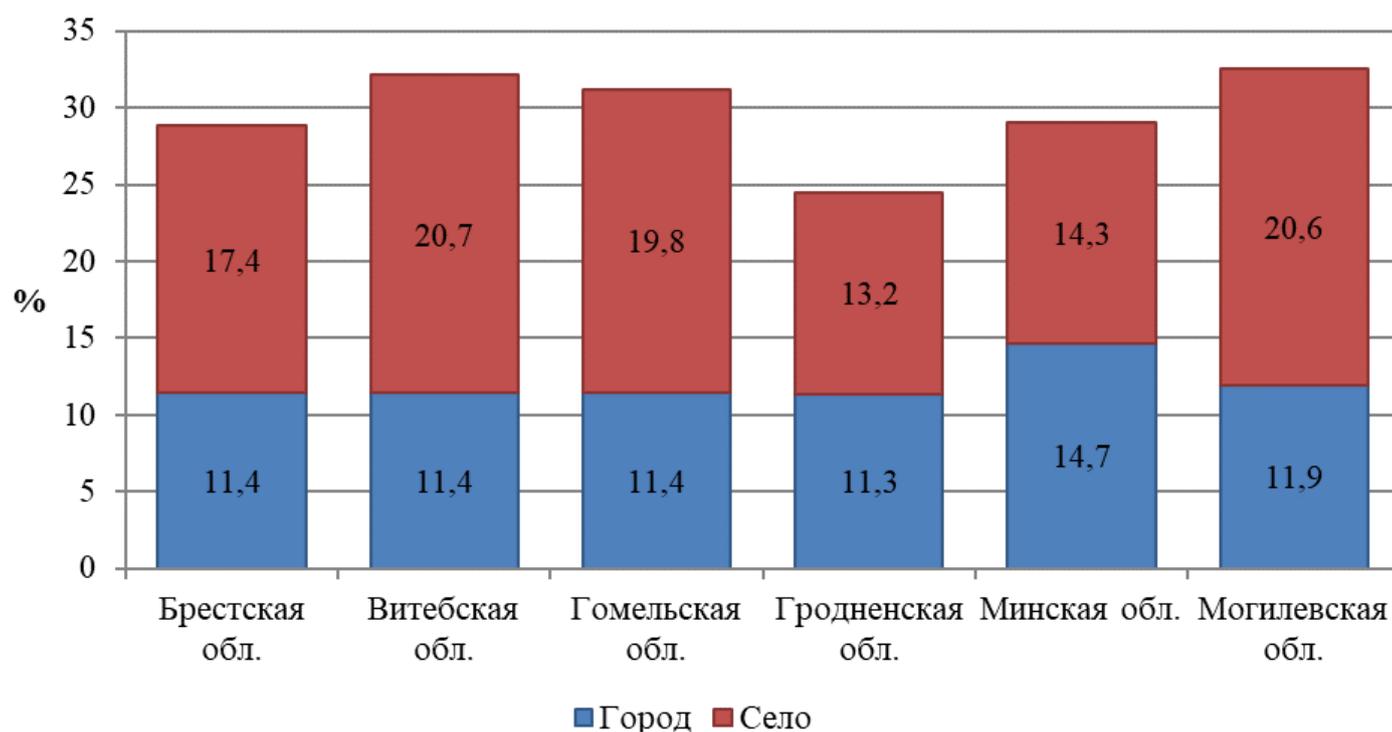


Рисунок 14 – Распределение городских и сельских жительниц среди пациенток, страдающих РШМ (в ‰, 2015 г.)

Figure 14 – Distribution of urban and rural residents among patients with cervical cancer (in ‰, 2015)

филактическая работа по выявлению РШМ находится на довольно высоком уровне, но, несмотря на это, её показатели далеки от идеала.

Анализ показателя запущенности ЗНО является одним из основных критериев качества работы всех лечебно-профилактических учреждений и диагностических служб. Его значение по состоянию на 2015 год в Брестской области составило 26,6%, Витебской области – 25,2%, Гомельской области – 31,2%, Гродненской области – 18,0%, Минской области – 30,7%, Могилевской области – 21,6%, в городе Минске – 25,8%. Возникшую ситуацию можно объяснить возможным формализмом проведения профилактических осмотров в некоторых учреждениях здравоохранения, отрицательно влияющих на развитие современной диагностики заболеваний шейки матки.

Заключение

На основании проведённого сравнительного анализа распространённости РШМ в областях Республики Беларусь за 2011-2015 гг. можно сделать следующие выводы:

Анализ первичной заболеваемости РШМ демонстрирует отсутствие роста и относительную

стабильность частоты выявления новых случаев ЗНО шейки матки по всем областям Республики Беларусь.

По состоянию на 2015 год, 73,6% случаев заболеваний РШМ в Республике Беларусь выявлено на ранних стадиях опухолевого процесса.

По гистологическому типу РШМ из года в год у подавляющего большинства пациенток верифицируется плоскоклеточный РШМ.

В результате проведённого анализа данных пациенток, страдающих РШМ, всех областей Республики Беларусь за представленный период времени инфицирование онкогенными штаммами ВПЧ выявлено у 94,7%. У 50,0% пациенток обнаружен один серотип.

Проведённый анализ возрастных показателей заболеваемости выявил значительный риск заболевания уже в молодом возрасте и его стремительное увеличение к 45-54 годам.

Анализ показателей заболеваемости в зависимости от места проживания показал, что сохранение роста заболеваемости РШМ в областях Беларуси в 2011 году обеспечено сельской зоной.

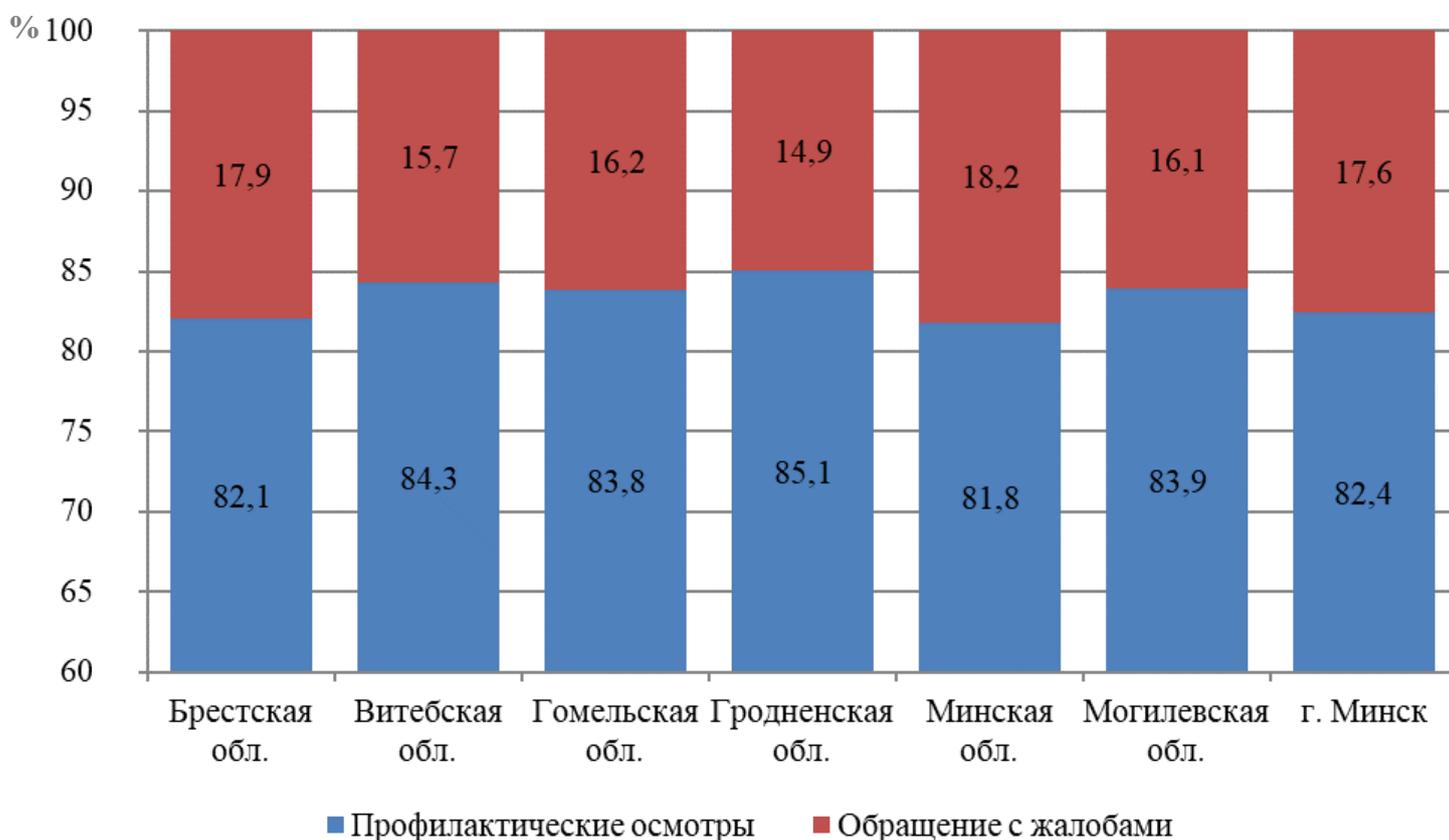


Рисунок 15 – Распределение пациенток, страдающих РШМ, по первичной причине обращения в учреждение здравоохранения (в %, 2011-2015 гг.)

Figure 15 – Distribution of patients with cervical cancer, for the primary reason for contacting a health facility (in %, 2011-2015)

По состоянию на 2015 год ситуация с заболеваемостью женщин в сельской местности немного улучшилась, но соотношение заболеваемости между городскими и сельскими женщинами сохранилось – большую часть заболевших составляют жительницы села.

Использованная литература:

1. Tanriverdieva E.K., Zhordania K.I., Zaxarova T.I., Prikodko E.V., Mamedova L.T. Zhelezisto-ploskokletochnyj rak shejki matki – kliniko-prognosticheskie karakteristiki zabolovaniya. Oпуxoli zhen. reпродуктивnoj sistemy. 2015. 1:97-101.
2. Medic V.A., Yuryev V.K. Public health and health. Moscow: Professional; 2009.
3. Grzhibovsky A.M. Analysis of nominal data (independent observations). Human Ecology. 2008. 6:58-68.
4. Algorithm for diagnosis and elimination of genital papillomavirus infection of high carcinogenic risk. Minsk: MZRB; 2011.
5. Ashrafyan L.A., Ovodenko D.L. Osnovnye trudnosti skringinga raka shejki matki. Akusherstvo i ginekologiya: Novosti. Mneniya. Obucheniya. 2018. 1:14-17.
6. Vergeichik G.I. The role of the human papillomavirus genotype in the development of epithelial dysplasia and preinvasive cervical cancer in women in the Republic of Belarus. Obstetrics and Gynecology. 2008. 2:44-46.
7. Chimitdorzhieva T. N., Pisareva L. F., Lyaxova N. P. Rak shejki matki: zabolovaemost i smertnost (literaturnyj obzor). Sibirskij nauchnyj medicinskij zhurnal. 2017. 37 (4):85-91.
- 8.8. Disney F.J., Kriseman W.T. Clinical oncogynecology. Moscow: Practical medicine; 2012.