

УДК 618.1-006(470.67)

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Шихнабиева Н. Д.

*ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России, Махачкала, Россия (367010, Махачкала,
пл. Ленина, 1), e-mail: DGMA.ru*

Анализирована заболеваемость злокачественными новообразованиями половых органов у женщин Республики Дагестан в зависимости от стадий заболевания за 10 лет (1997–2006 гг.). Установлено, что рак женских гениталий в 50,7 % случаев диагностировался в поздних (III–IV) стадиях. Наибольший удельный вес поздних стадий заболеваемости (27,8 %) выявлялся у жительниц сельской местности, у городских жительниц показатель составил 23,0 %. Среднемноголетний интенсивный показатель с III–IV стадиями заболеваемости по сельской местности составил 10,0 на 100 000 женского населения, по городам – 8,5. Максимальная доля поздних стадий приходилась на возрастные группы до 18 лет (65,2 %) и 70 лет и старше (64,9 %). Высокий уровень запоздалых случаев онкогинекологических больных, прежде всего, связан с отсутствием надежной системы ранней диагностики и проведения необходимых мероприятий по профилактике рака.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, заболеваемость, запущенность.

THE DETECTION OF MALIGNANT NEOPLASMS SEXUAL SERVICES IN WOMEN OF DAGESTAN WITH THE STAGE

Shihnabieva N. D.

The Dagestan state medical academy

Analyzed the incidence of malignant neoplasms of female genital mutilation in the Republic of Dagestan according to the stages of the disease for 10 years (1997-2006). It is established, that the cancer of female genitals in 50,7 % of cases was diagnosed in late (III-IV) stages. The greatest relative density of late stages of disease (27,8 %) came to light at inhabitants of a countryside, at city dwellers the indicator has made 23,0 %. Intensive indicator with III-IV disease stages on a countryside has made 10,0 on 100 000 female population, on cities - 8,5. The maximum share of late stages fell to age groups till 18 years (65,2%) and 70 years and is more senior (64,9%). High level of overdue cases oncological patients, first of all, is connected with absence of reliable system of early diagnostics and carrying out of necessary actions for cancer preventive maintenance.

Key words: malignant new growths, disease, neglect.

Введение

Злокачественные новообразования (ЗН) женской половой сферы являются сложной и чрезвычайно актуальной проблемой онкологии, обусловленной стабильно высокой заболеваемостью и смертностью больных. Среди всех злокачественных опухолей, выявленных у женского населения России в 2008 году, ЗН женских гениталий (рак тела матки, шейки матки и яичников) составили 17,3 %, а в структуре общей онкологической смертности – 32,4 % [2]. В динамике показатели, как заболеваемости, так и смертности от ЗН женских половых органов имеют тенденцию к росту [1; 2; 3; 6; 7]. Столь неутешительная статистика обусловлена, прежде всего, запоздалой диагностикой ЗН данной локализации. В амбулаторно-поликлинических условиях из числа с впервые в жизни установленным диагнозом гениталь-

ного рака от 60 до 70 % составляют больные с распространенными формами (III–IV стадии) заболевания [4].

Цель исследования: анализ ЗН половых органов у женщин РД в зависимости от стадий заболевания за 10 лет (1997–2006 гг.).

Материал и методы исследования

Источниками исследования были учетно-отчетные документы Республиканского онкологического диспансера Министерства здравоохранения РД – контрольная карта диспансерного наблюдения больного ЗН женских половых органов (Ф. №030-6/У) и медицинская карта стационарного больного (история болезни). Пофамильно были выкопированы все учтенные случаи рака женских гениталий за 1997–2006 гг.

Рассчитывали интенсивные показатели (ИП) заболеваемости ЗН на 100 000 женского населения в целом по РД, по городам, по сельским административным районам и по этническим группам за каждый год, по пятилеткам (за 1997–2001, 2002–2006 гг.) и за 1997–2006 гг. ИП по пятилетиям условно обозначили как среднегодовые, а за 1997–2006 гг. – как среднедолголетние. При расчете ИП использовали данные ежегодной численности населения республики (Госкомстат РД). Для расчета выживаемости на популяционном уровне использовался актуарийный (динамический) метод с учетом вероятной продолжительности жизни и использованием таблиц смертности населения. За начало точки отсчета взята дата начала заболевания.

Все материалы проведенного анализа обработаны статистическими методами и приемами, принятыми в эпидемиологии неинфекционных заболеваний [5].

Результаты исследования и их обсуждение

За анализируемый период всего был зарегистрирован 2581 случай заболеваемости ЗН половых органов у женщин (1251 или 48,5 % – у городских женщин и 1330 или 51,5 % – у сельских жительниц). Доля зарегистрированных случаев рака половой сферы у женщин с 0 стадией составила 1,0 %, с I стадией – 11,0 %, со II стадией 37,3 %, с III стадией – 41,3 % и IV стадией – 9,4 %.

Выявляемость преинвазивного рака и I–II стадий опухолевого процесса объективно отражает уровень ранней диагностики ЗН. В период с 1997 по 2006 г. отмечалось незначительное увеличение частоты так называемых «ранних» (0–I–II) стадий рака женских половых органов (в 1-м пятилетии – 48,7 %, а во втором – 49,8 %).

Как известно, III и IV стадии ЗН визуальных локализаций, в частности, рака шейки матки, относят к запущенным стадиям заболевания, а при раке тела матки и раке яичников к запущенным формам относят больных с IV стадией. Тем не менее, III–IV стадии заболевания следуют рассматривать как поздние стадии онкологического процесса. Среди анализируе-

мых нами больных удельный вес с более поздними стадиями ЗН женских половых органов составил 50,7 %.

Среднемноголетний ИП с III–IV стадиями распространенности ЗН половой сферы у женщин по РД составил 10,9 на 100 000 женского населения. ИП с III стадией (8,9) в 4,5 раза был выше такового с IV стадией (2,0) заболевания. В то же время за анализируемые 10 лет ИП заболеваемости с III стадией имел тенденцию к снижению (с 9,7 в 1997 г. до 8,2 в 2006 г. или на 15,5 %), тогда как с IV стадией вырос в 2,5 раза (с 1,1 до 2,7 или на 145 %) (рис. 1).

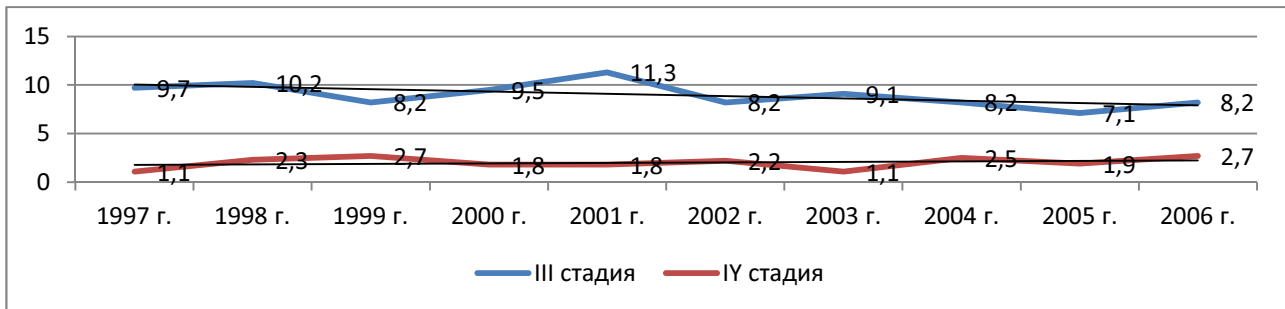


Рис. 1. Годовые ИП с III и IV стадиями ЗН женских половых органов за 1997–2006 гг.

Наиболее высокий ИП онкогинекологической заболеваемости с поздними стадиями по республике был зарегистрирован в 2001 году – 13,1 на 100 000 женского населения. Прирост III–IV стадий за анализируемый (с 1997 по 2006 г.) период был незначительным – 0,9 %, в то же время среднегодовой показатель заболеваемости с поздними стадиями по пятилетиям снизился с 11,8 до 10,2, т.е. на 13,6 %, что является положительной тенденцией.

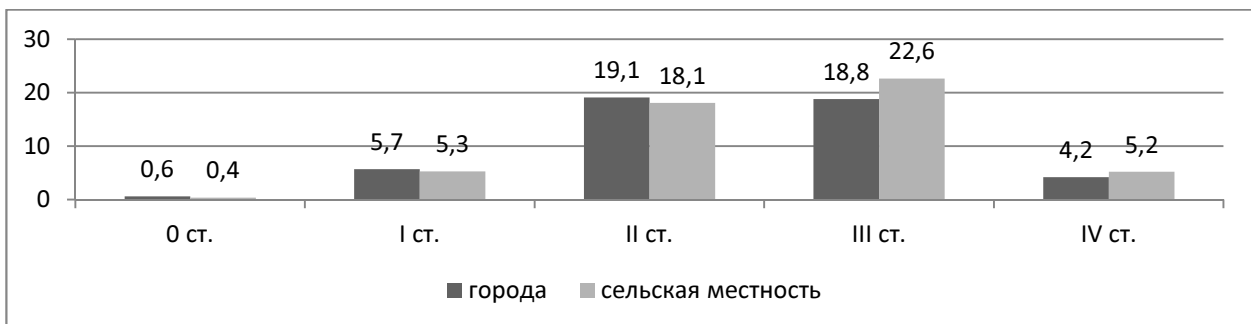


Рис. 2. Распределение случаев ЗН женских половых органов по стадиям (в %) в сельской местности и по городам РД за 1997–2006 гг.

Анализ ЗН женских половых органов по стадиям в зависимости от места жительства показал, что доля запоздалых случаев у жительниц сельской местности выше, чем у жительниц городов. Из общего числа впервые выявленных больных за анализируемый период (2581 случаев) на долю III–IV стадий в сельской местности приходилось 27,8 % (с III стадией – 22,6 % и с IV стадией – 5,2 %), а в городах 23,0 % (с III стадией – 18,8 % и с IV стадией – 4,2 %) (рис. 2). Среднегодовое количество ИП заболеваемости ЗН женских половых органов с III–IV стадиями по городам составил 8,5 на 100 000 женского населения, по сельской местности – 10,0. Эти данные свидетельствуют о том, что в сельской местности работа, направленная на профилактику и раннее выявление онкогинекологических заболеваний, поставлена несколько хуже, чем в городах республики.

Наиболее высокий показатель III–IV стадий ЗН женских половых органов отмечался в следующих административных районах сельской местности: Бабаюртовском (17,1 на 100 000 женского населения), Кумторкалинском (16,2), Кизилюртовском (13,6), Дербентском (11,7), Ногайском (11,1), Кизлярском (11,0), Каякентском (10,8), Хасавюртовском (10,7), Казбековском (16,1), Буйнакском (12,0), Сулейман Стальском (11,3), Сергокалинском (11,2), Чародинском (16,9), Кулинском (14,4) и Гунибском (12,0).

За анализируемый период наибольший рост среднегодовых по пятилетиям ИП с поздними стадиями ЗН половых органов у женщин выявлялся в Кумтуркалинском (с 9,2 до 22,4), Магарамкентском (с 7,3 до 11,1), Казбековском (с 13,2 до 18,6), Сулейман Стальском (с 7,2 до 14,8), Чародинском (с 10,4 до 22,6), Ахвахском (с 6,8 до 11,3), Шамильском (с 4,6 до 13,0), Курахском (с 5,8 до 10,3) и Новолакском (с 5,7 до 10,2) районах.

Среди жительниц с впервые выявленными ЗН женских половых органов максимальная доля III–IV стадий наблюдалась у женщин в возрастных группах до 18 лет и 70 лет и старше – соответственно 65,2 % и 64,9 %. В возрастной группе 30–39 лет удельный вес поздно диагностированных больных составляла 43,7 % (ниже, чем в остальных группах).

Среднегодовое количество ИП онкогинекологической заболеваемости с III–IV стадиями принимало максимальные значения в старших возрастных группах: в возрасте 50–59 лет (35,1 на 100 000 женского населения), 60–69 лет (33,9) – 70 лет и старше (34,1). За исследуемый период значительный рост среднегодовых ИП по пятилетиям отмечался у женщин в возрасте 50–59 лет – на 22,7 (с 30,9 в 1997–2001 гг. до 37,9 в 2002–2006 гг.), а в других возрастных группах было зарегистрировано снижение показателей общей запущенности, особенно в возрастных группах – 18–29 лет (45 %), 30–39 лет (16,2 %) и 40–49 лет (33,2 %).

Среднегодовые ИП с поздними стадиями распространенности ЗН половых органов у женщин преобладали в сельской местности в возрастных группах 30–39 лет (8,3 на 100 000

женского населения против 7,7) и 40–49 лет (24,9 против 24,3), в городах – во всех остальных возрастных группах (особенно в возрасте 70 лет и старше – 44,4 против 28,7).

За рассматриваемый период наблюдалась четкая тенденция к увеличению доли обращений на поздних стадиях опухолевого процесса у жительниц сельской местности в возрасте 60–69 лет (с 19,4 в 1996 г. до 33,6 в 2006 г. или на 73,2 %), 50–59 лет (соответственно с 27,7 до 35,1 или на 26,7 %) и у жительниц городов в возрасте 60–69 лет (с 29,4 в 1996 г. до 36,4 в 2006 г. или на 23,8 %) и 70 лет и старше (соответственно с 21,0 до 50,4 или на 26,7 %).

При анализе выживаемости онкогинекологических больных было установлено: при I стадии заболевания показатель 5-летней наблюдаемой выживаемости составил соответственно 75,9 %, при II стадии – 71,0 %, при III стадии – 44,4 %, при IV стадии – 21,3 %. Около 67,8 % больных с I стадией и около 58,4 % со II стадией заболевания жили 10 лет и более. Весьма неутешительны результаты выживаемости больных при III и IV стадиях новообразования. Более половины (51,6 %) онкогинекологических больных с III стадией заболевания не живут свыше 4-х лет и $\frac{3}{4}$ (75,3 %) больных с IV стадией – более 2-х лет. Выживаемость больных с IV стадией резко уменьшается после первого года наблюдения: показатель одногодичной наблюдаемой выживаемости составил 45,5 %, 10-летней – 19,0 %.

Заключение. В РД отмечается довольно высокая доля поздней диагностики онкогинекологических заболеваний, которая имеет свои особенности, связанные с возрастом и местом проживания. Выживаемость больных ЗН женских половых органов определяется стадией заболевания. Высокий уровень запоздалых случаев онкогинекологических больных, прежде всего, связан с отсутствием надежной системы ранней диагностики и проведения необходимых мероприятий по профилактике рака. Для обеспечения раннего выявления ЗН половых органов у женщин необходимо совершенствование профилактических осмотров и диагностики.

Список литературы

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. – М.: РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2002. – 281 с.
2. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. Б. Петровой. – М., 2010.
3. Кулаков В. И., Тохиян А. А. Проблемы злокачественных новообразований репродуктивной системы в практике гинеколога // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – Вып. 1. Т. XLX. – С.9-12.

4. Марущак И. А. Научное обоснование комплекса мероприятий по ранней диагностике злокачественных новообразований репродуктивной системы у женщин (на примере г. Хабаровска): автореф. дис... канд. мед наук. – Хабаровск, 2006. – 20 с.
5. Петрова Г. В., Грецова О. П., Старинский В. В. и др. Характеристика и методы расчета статистических показателей, применяемых в онкологии: пособие для врачей. – М.: ФГУ МНИОИ им. П. А. Герцена Росздрава, 2005. – 39 с.
6. Сидоренко Ю. С. Нейроэндокринный статус больных раком шейки матки. – Ростов-на-Дону: ЗАО «Ростиздат», 2010. – 240 с.
7. Doll R. Epidemiology and Prevention of cancer. Some recent developments // J. Cancer Res. Clin. Oncol. – 1998. – № 114. – P. 447.

Рецензенты:

Маджидов М. Г., доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии с усовершенствованием врачей ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Махачкала.

Алиханова З. М., доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Махачкала.