

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

И.П. Мошуров¹, Б.Б. Кравец², Н.В. Коротких¹

¹ БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»

² Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Обоснованы управляемые организационные факторы снижения смертности от рака шейки матки, дифференцированные для онкологической службы и первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: рак шейки матки, смертность.

ORGANIZATIONAL RESERVES FOR THE DECREASE IN MORTALITY RATES FOR CERVICAL CANCER

I.P. Moshurov¹, B.B. Kravets², N.V. Korotkikh¹

¹ Budgetary Institution of the Healthcare of Voronezh region «Voronezh Regional clinical oncologic dispensary»

² N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy

Extrinsically-controlled organizational factors for the decrease in mortality rates for cervical cancer, differentiated for medical oncology service and the primary healthcare institutions are substantiated.

Key words: cervical cancer, mortality

Рак шейки матки остается одной из наиболее распространенных форм новообразований, занимая второе место по частоте и третье место по смертности от онкологических заболеваний у женщин. По данным Международного агентства по изучению рака (МАИР), в мире ежегодно регистрируется 555 100 новых случаев, и 309 800 женщин умирают от рака шейки матки [6].

С 1992 по 2010 г. доля рака шейки матки в структуре онкологической заболеваемости женского населения России сократилась с 5,9 до 5,3% [1, 2, 3, 4, 5]. Вместе с тем в возрастной группе от 15 до 39 лет удельный вес рака шейки матки был максимальным (19,7%). В возрастной группе 40–54 года он составил 9,1%, занимая второе место после рака молочной железы.

В Воронежской области (ВО) рак шейки матки (РШМ) в структуре онкогинекологических заболеваний стабильно занимает четвертое место после рака молочной железы, тела матки, яичников. Этот показатель в расчете на 100 000 населения в ВО ниже, чем по Российской Федерации. Также обращает на себя внимание его стабильность (рис. 1).

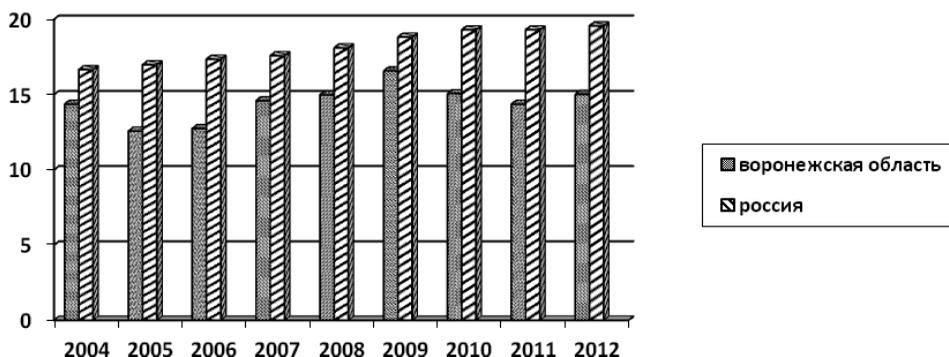
Морфологическая верификация — основной критерий надежности и достоверности диагноза. В нашей области морфологическая верификация РШМ несколько выше, чем в среднем по России (рис. 2).

Несмотря на рост заболеваемости раком шейки матки в области, показатель смертности с 2009 года имеет тенденцию к снижению (рис. 3).

Показатель смертности в разные годы колеблется. Только в 2010, 2011 годах он значительно снизился. Эти данные указывают как на дефекты статистики, так и на другие организационные упущения.

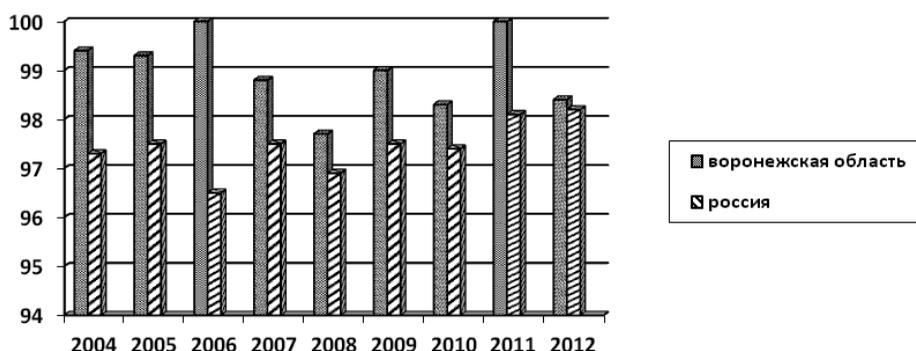
Большое значение имеет величина доли больных, умерших в течение года, которая по России составляет 17,2% в 2010 г., 20,3% в 2012 г., то есть каждая пятая женщина с впервые выявленным РШМ погибает на первом году после постановки диагноза. В ВО доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза, начиная с 2010 г. постепенно снижается (2010 г. — 14,9%; 2012 г. — 20,3%) [1] (рис. 4).

С целью выявления резервов снижения смертности от рака шейки матки нами сформирована причинно-следственная диаграмма (рис. 5).



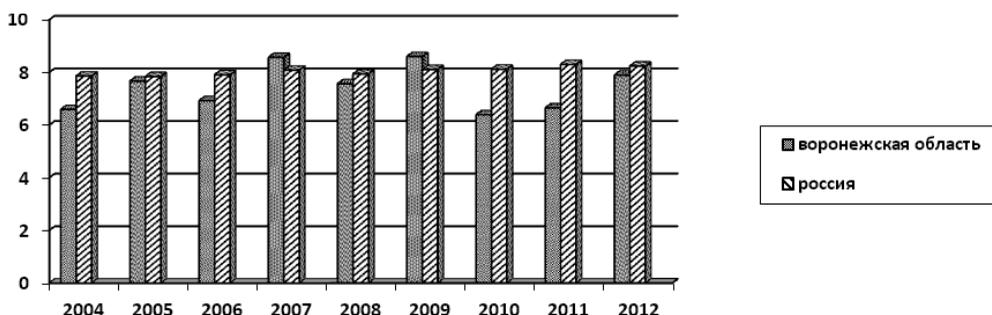
	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
ВО	14,36	12,57	12,74	14,59	14,97	16,57	15,06	14,36	15,02
Россия	16,65	16,98	17,35	17,58	18,10	18,82	19,30	19,30	19,56

Рис 1. Динамика заболеваемости раком шейки матки (на 100 000 населения)



	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
ВО	99,4	99,3	100,0	98,8	97,7	99,0	98,3	100,0	98,4
Россия	97,3	97,5	96,5	97,5	96,9	97,4	97,4	98,1	98,2

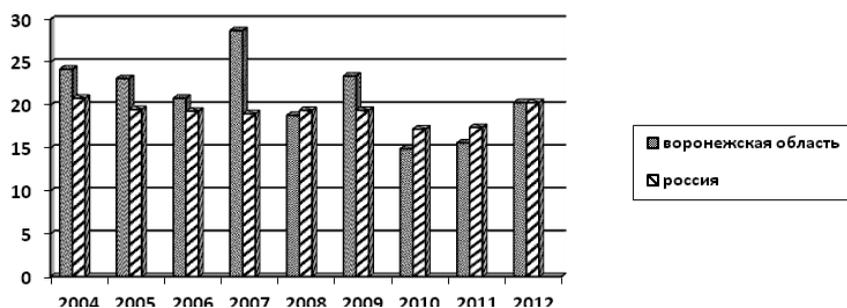
Рис. 2. Динамика показателя морфологической верификации рака шейки матки (%)



	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
ВО	6,59	7,67	6,93	8,57	7,57	8,6	6,39	6,65	7,9
Россия	7,86	7,84	7,91	8,08	7,94	8,11	8,12	8,3	8,24

Рис. 3. Динамика смертности от РШМ (на 100 000 населения)

Опухоли шейки матки



	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
ВО	24,2	23,1	20,8	28,7	18,8	23,4	14,9	15,6	20,3
Россия	20,8	19,5	19,3	19,0	19,4	19,4	17,2	17,4	20,3

Рис. 4. Динамика одногодичной летальности от РШМ (%)

В первую очередь смертность зависит от уровней заболеваемости. Ее снижение возможно за счет эффективности цитологического скрининга и диспансеризации предраковой и фоновой патологии шейки матки [3]. Анализ качества проводимого в области цитологического скрининга позволил выявить ряд дефектов. В ежеквартальных отчетах по данной программе отсутствует пофамильная информация по больным с предраковой и фоновой патологией, их дальнейшей маршрутизации и диагностике. В некоторых смотровых кабинетах ци-

тологическая выявляемость рака шейки матки равна 0, в заключениях цитологов нет указания на наличие в мазке цилиндрического эпителия. Тем не менее активная выявляемость РШМ стабильно выше в ВО по сравнению с Российской Федерацией и характеризуется постоянным ростом: в 2008 г. — 37,7%, в 2012 г. — 72,9%, против 28,2% и 31,1% по России (рис. 6).

Высокий уровень активного выявления привел к снижению удельного веса больных раком шейки матки III стадии и увеличению доли больных I–II стадиями. Показатель поздней

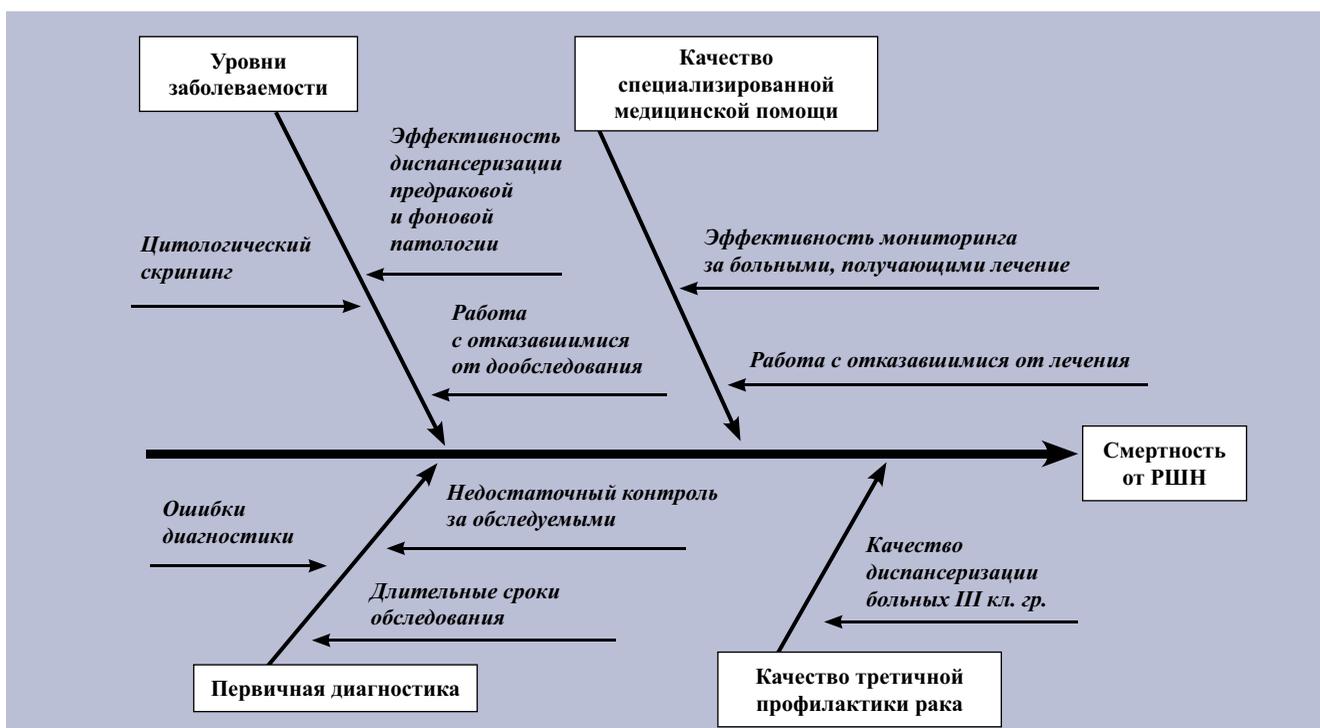
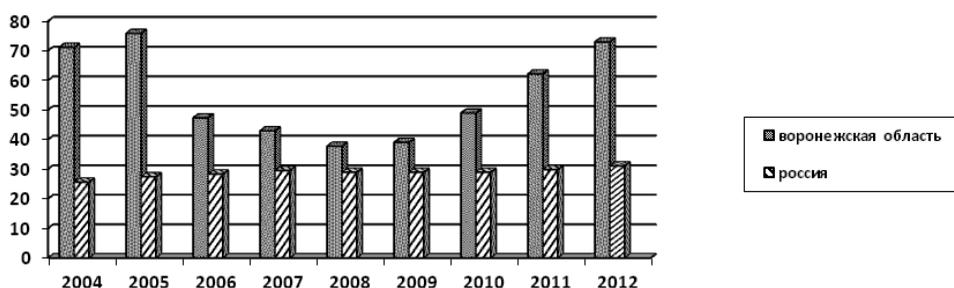


Рис. 5. Причинно-следственная диаграмма смертности от рака шейки матки



	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
ВО	71,1	75,8	47,3	42,9	37,7	39,0	48,9	62,1	72,9
Россия	25,6	27,4	28,3	29,5	28,9	28,2	28,9	29,8	31,1

Рис. 6. Динамика активного выявления рака шейки матки (%).

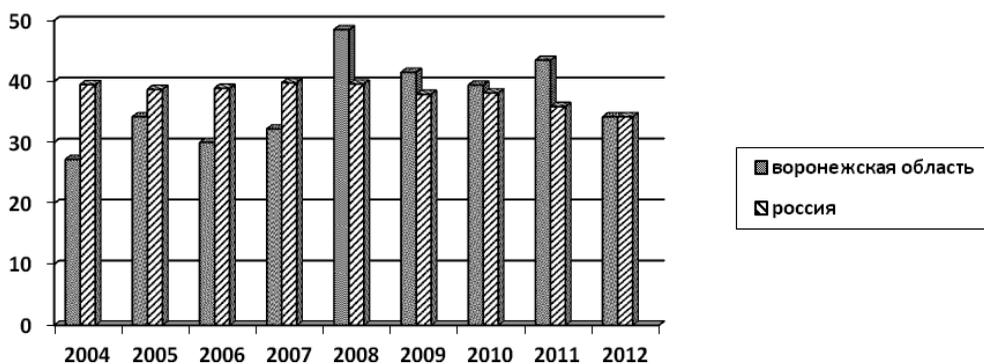
диагностики РШМ в нашей области за последнее десятилетие имеет тенденцию к снижению (2008 г. — 41,5%, в 2012 г. — 34,2%). Это связано с введением новых медицинских технологий и проведением на территории Воронежской области с 2011 года цитологического скрининга (рис. 7).

Приоритетны диспансерное обследование групп риска, в которые включаются лица с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки, и четкая маршрутизация этого контингента. Диспансеризация женщин с дисплазиями средней и тяжелой степени не всегда осуществляется в полном объеме. Особого внимания заслуживает мониторинг больных с выявленной патологией шейки матки. Отказы пациенток от дальнейшего обследования, повторного вз-

ятия мазка на онкоцитологическое исследование, а также от посещения онкологического диспансера приводят к запущенности процесса.

Снижение уровня смертности от РШМ зависит от качества первичной диагностики. Ошибки первичной диагностики возникают от недостаточного профессионализма врачей, отсутствия преемственности между врачами гинекологами и онкологами. Длительные сроки обследования, ненадлежащий контроль над больными в процессе обследования ведут к прогрессированию заболевания.

Уровни смертности от РШМ безусловно связаны с качеством специализированной помощи этой категории больных. Медицинская эффективность специализированной онкологической помощи населению — управляемый



	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
ВО	27,2	34,2	30,0	32,2	48,5	41,5	39,4	43,5	34,2
Россия	25,6	27,4	28,3	29,5	28,9	28,2	28,9	29,8	31,1

Рис. 7. Динамика поздней диагностики рака шейки матки (%).

Методы лечения РШМ в Воронежской области

Методы лечения	Годы							
	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011	2012
Только хирургический, %	1,3	3,2	6,5	4,5	0	6,9	4,4	4,3
Только лучевая терапия, %	89,9	85,3	66,7	80,9	79,1	63,8	63,2	47,9
Комбинированный или комплексный, %	8,7	11,6	26,9	12,4	17,3	23,1	25,4	31,9
Химиолучевое, %	0	0	0	2,2	3,6	6,2	7,0	16,0

фактор снижения смертности от злокачественных новообразований. Внедрение в практическую деятельность современных медицинских технологий, минимизация сроков уточняющей диагностики, индивидуализация планов лечения больных, широкое использование стационарозамещающих технологий в целом обеспечивают реализацию системы непрерывного повышения качества.

В БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер» за последние 10 лет значительно выросло качество оказания специализируемой медицинской помощи больным РШМ (табл. 1). Комбинированное или комплексное лечение в 2004 г. получали лишь 8,7% пациенток, в 2012 г. — 32%. Химиолучевое лечение в 2012 г. получили 16% больных (в 2004 г. — 0).

Уязвимое звено в этом процессе — недостаточный мониторинг больных II клинической группы. Ряд женщин отказываются от лечения, другие его прерывают. Поэтому на первом плане работа с ними и их родственниками.

Особое место в резервах снижения смертности от РШМ занимает третичная профилактика — полноценная диспансеризация больных III клинической группы (радикально пролеченных). Это соблюдение сроков и объемов диспансерного обследования, полноценная поддерживающая терапия, своевременное выявление прогрессирования процесса с последующим адекватным лечением.

Основные индикаторы снижения смертности от РШМ — показатели результативности онкологической помощи (табл. 2).

Анализ десятилетней информации позволил сформировать комплекс мероприятий по снижению смертности от РШМ с дифференциацией по специализированной онкологической службе и общей лечебной сети (рис. 8).

Таким образом, управляемые факторы снижения смертности от РШМ — оптимизация вторичной и третичной профилактики рака, онкологической помощи, мониторинга за больными, подлежащими специализированному лечению.

Показатели результативности онкологической помощи больным РШМ в Воронежской области

Показатели	Годы								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Одногодичная летальность, %	24,2	23,1	20,8	28,7	18,8	23,4	14,9	15,6	20,3
5-летняя выживаемость, %	80,2	80,7	81	80	78,8	76,9	74,4	74,4	73
Индекс накопления контингентов, %	16,1	18,3	17,3	14,8	14,2	12,7	13,4	13,7	13,1



Рис. 8. Управляемые факторы снижения смертности от РШМ

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы // Онкогинекология. — 2012. — № 1. — С. 18–25.
2. Злокачественные новообразования в России в 2004–2011 гг. (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М., 2013.
3. Паянуди Ю.Г., Комарова Л.Е., Козаченко В.П., Кузнецов В.В., Кашиурников А.Ю., Жордания К.И. Скрининг рака шейки матки. Взгляд клинициста // Онкогинекология. — 2013. — № 1. — С. 35–42.
4. Статистика злокачественных новообразований в России и в странах СНГ в 2008 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. — 2010. — Т. 21. — № 2 (прил. 1). — 160 с.
5. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М., 2013.
6. Global cancer statistics / A. Jemal, F. Bray, M.M. Centeretal // CA Cancer J Clin. — 2011. — Vol. 61(2). — P. 69–90.