

## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ТЕНДЕНЦИЯХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

**В статье рассмотрены показатели заболеваемости раком органов репродуктивной системы (молочная железа, эндометрий, яичники, шейка матки) в г. Москве за 1999 год, проанализирована тенденция этих показателей за последние 10 лет, обоснована необходимость пересмотра принципов работы первичного звена акушерско-гинекологической службы (женских консультаций), предложена модель гинекологического диагностического центра.**

Основной целью медицины является увеличение средней и максимальной продолжительности жизни. Несмотря на огромный прогресс в фундаментальных и прикладных направлениях медицины, каждому виден тот разрыв, который существует между целью медицины и ее современными возможностями. Вероятно, на современном этапе развития в медицине необходимы интегральные, системные подходы, которые могут быть обеспечены динамичными механизмами внедрения. Наиболее актуален этот тезис в тех отраслях медицины, где высоки показатели заболеваемости и особенно смертности.

За последние 100 лет резко изменилась структура основных причин смертности [7] (рис. 1). Во второй половине XX века на первый план вышли хронические болезни и их осложнения, тогда как инфекционные болезни перестали играть доминирующую роль. В первую очередь это связано с социальным прогрессом и успехами медицины в области лечения инфекций. В целом эти два фактора способствовали увеличению средней продолжительности жизни на 8-15 лет [9, 10]. Достаточно динамично эти изменения проявились в женской популяции. Если принять во внимание, что репродуктивная функция у женщин обычно прекращается примерно в 50-летнем возрасте, то можно ожидать, что к 2005 г. каждая вторая – каждая третья женщина после наступления менопаузы проживет около 30 лет [8]. Несомненно, что наряду с изменениями в продолжительности жизни должна измениться и структура основных заболеваний и причин смертности у женщин. Так, анализируя повозрастную динамику онкологической заболеваемости,

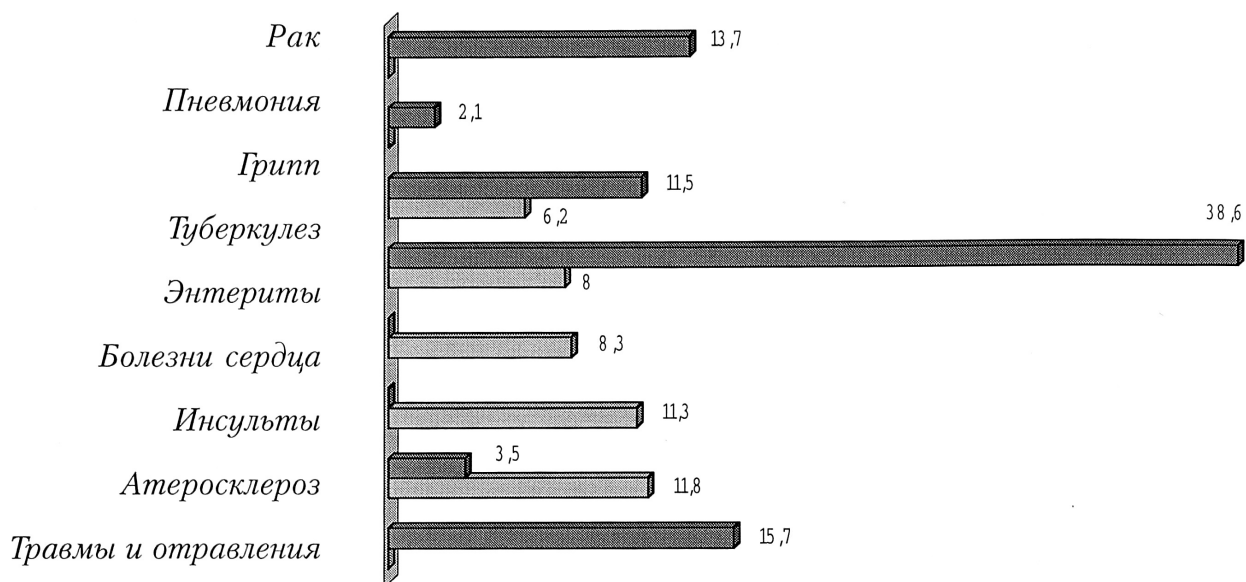
можно отметить, что основные изменения происходят в самой структуре, где за последние 20 лет отмечено достоверное увеличение гормонозависимых опухолей в среднем на 25-50% [2, 3]. Особенно ярко это проявилось на примере демографических показателей по г. Москва. Так, увеличение в общей популяции женщин старше 50 лет привело к резкому нарастанию гормонозависимых опухолей (рис. 2). Этот фактор сегодня достаточно очевиден и тенденция сохраняется.

За последние годы принципы, лежащие в основе проведения и интерпретации эпидемиологических исследований, развились в систему логически взаимосвязанных понятий, предлагающих достаточно конкретное планирование мероприятий по наиболее актуальному разделу.

Москва – мегаполис, где наиболее остро видны все проблемы заболеваемости и смертности от гинекологического рака, где существует хорошо отлаженная организационная структура первичной медико-санитарной помощи (поликлиники, женские консультации, медсанчасти, диспансеры), где финансово-экономическое обеспечение в здравоохранении чаще всего формируется из поливалентных источников. Иными словами, в рамках московского здравоохранения имеются все условия для внедрения самых передовых разработок, где динамично и адекватно можно перестраивать организационно-методологическую базу первичной и специализированной медицинской помощи с учетом первоочередных задач, возникающих перед здравоохранением.

Анализ заболеваемости раком органов репродуктивной системы за период 1990-1999 гг. по г. Москва показал, что заболеваемость

Рис.1. Болезни, являющиеся основными причинами смертности (по Стреллеру Б., 1964)



раком молочной железы увеличилась на 73,1% (с 49,8 на 100 000 женского населения в 1990 году до 86,2 в 1999 году) (рис. 3). При этом, если темпы роста с 1990 по 1995 гг. составили 39,4%, то за период 1995-1999 гг. они равнялись 24,2%. Аналогичная ситуация имела место и при раке эндометрия: заболеваемость увеличилась на 48,4% — с 18,6 в 1990 году до 27,6 в 1999 году. Здесь также необходимо отметить некоторое снижение темпов роста во второй половине 90-х годов.

В случае рака яичников также отмечено резкое увеличение заболеваемости (на 62%): с 12,9 в 1990 году до 20,9 в 1999 году.

Наметившаяся тенденция к снижению заболеваемости раком шейки матки в 70-80-х годах отмечена медленным и достоверным ростом за период 1990-1999 гг. (с 11,4 до 16,4, что составило 43,9%) преимущественно за счет II-III стадий заболеваний (45%) [4, 5, 6].

Наряду с ростом заболеваемости отмечено увеличение смертности по всем локализациям рака органов репродуктивной системы (рис. 4).

При этом значительно возросла летальность в течение первого года с момента установления диагноза (до 17,5%) (рис.5):

- для рака молочной железы — 12,8% (524 летальных исхода в

1999 году);

- для рака эндометрия — 16,5% (211 летальных исходов);

- для рака яичников — 36,8% (342 летальных исхода);

- для рака шейки матки — 20,9% (159 летальных исходов).

Анализ показывает, что наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (свыше 35,9%), при этом опухоли половых органов составляют 7,0% всех злокачественных новообразований у женщин [6].

За последнее десятилетие отмечено значительное нарастание

Рис. 2. Доля гормонозависимых опухолей в структуре онкологической заболеваемости в постменопаузе (по г. Москва, 1999)

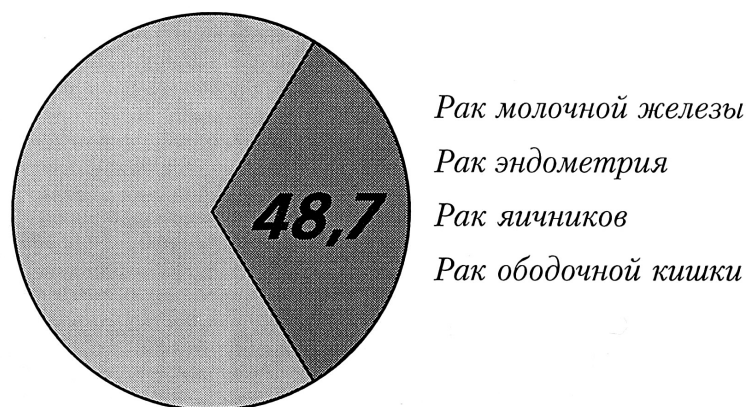
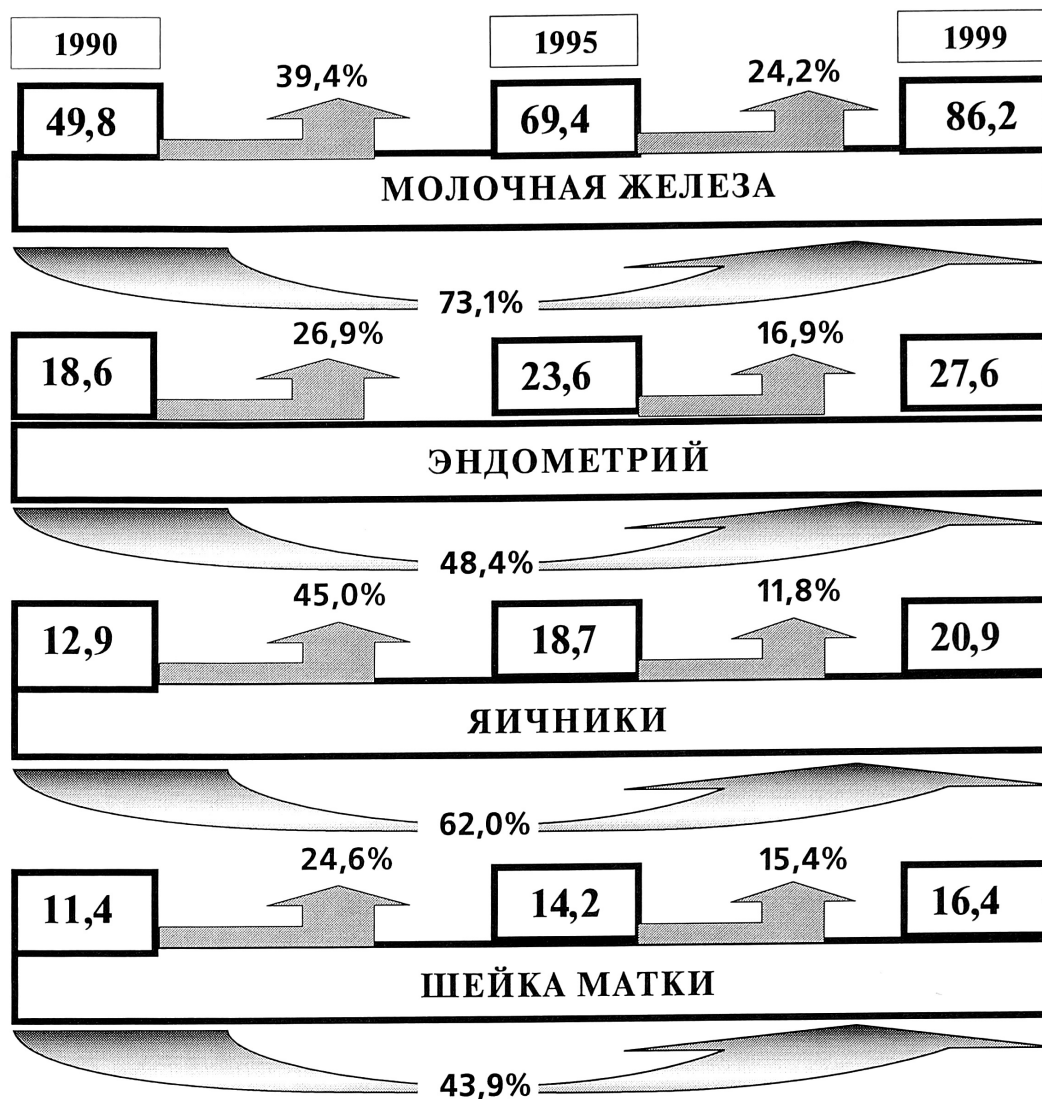


Рис. 3. Динамика заболеваемости злокачественными опухолями органов репродуктивной системы у женщин за период 1990–1999 гг.



в женской популяции гормонозависимых опухолей органов репродуктивной системы – в среднем на 28,8%. Наряду с ростом заболеваемости отмечена и отчетливая тенденция роста смертности от гинекологического рака. В 24,8% причинной смерти у женщин становится рак молочной железы.

Обращает на себя внимание то, что сегодня имеются достаточно эффективные методы ранней диагностики таких локализаций рака как шейка матки, эндометрий и молочная железа. Очевидно, что большинство пациенток, которые погибли в течение первого года с момента установления диагноза, имели запущенные формы заболевания, что свидетельствует

о низком уровне реализации скрининговых программ или программ по ранней диагностике гинекологического рака.

Иллюстрацией к сказанному является то, что из 4098 больных раком молочной железы в 1999 году (рис. 6) только в 18,8% наблюдений заболевание диагностировано в ходе так называемого профилактического осмотра; при раке эндометрия доля пациенток, выявленных в ходе профосмотра, составила 10,4%, при раке яичников – 9,6%, шейки матки – 17,4%.

Анализируя организационно-методическую базу, на которой строится сегодня ранняя диагностика, следует признать существенный разрыв между тем, что нарабатано научной медициной, и тем, как

это реализовано в рамках практического здравоохранения. Ретроспективный опрос 675 больных с III стадией рака органов репродуктивной системы установил, что за 6 месяцев до установления диагноза все пациентки обращались к врачам, причем в 68,4% наблюдений это были гинекологи!..

Анализ данных о 831 больной раком эндометрия, выявленной в 1987 году в Москве (мы убеждены, что за прошедшие годы ситуация не претерпела каких-либо положительных изменений), свидетельствует о том, что в течение первых трех месяцев с момента появления первичных симптомов болезни (атипические маточные кровотечения) к гинекологу обратились 58,8% пациенток, в то вре-

мя как заболевание в указанные сроки диагностировано лишь в 17,6% наблюдений [1]. Столь низкий процент эффективной первичной диагностики на этапе женских консультаций находит объяснения в следующем:

- только в 36,1% наблюдений предпринимается попытка морфологической верификации процесса;
- в 36,8% предпринимаются различные методы обследования, не имеющие прямого значения для диагностики причин атипических маточных кровотечений;
- в 17,8% рекомендуется медикаментозная терапия (в том числе и гормональная);
- в 5,5% рекомендуется динамическое наблюдение;
- в 5,1% рекомендуются консультации других специалистов (терапевт, эндокринолог, уролог, проктолог и др.);
- в 0,7% наблюдений пациентки отказываются от обследования.

Таким образом, на основе проведенного анализа можно сделать следующие выводы:

- очевиден интенсивный рост заболеваемости раком органов репродуктивной системы;
- основной пик заболеваемости наблюдается в возрасте 56-65 лет;
- на фоне роста заболеваемости

и смертности практически отсутствует скрининг, а мероприятия, используемые при профилактических осмотрах, ориентированы на выявление клинически выраженных форм злокачественного процесса;

- наконец, полностью отсутствуют научно обоснованные программы по профилактике злокачественных опухолей репродуктивных органов.

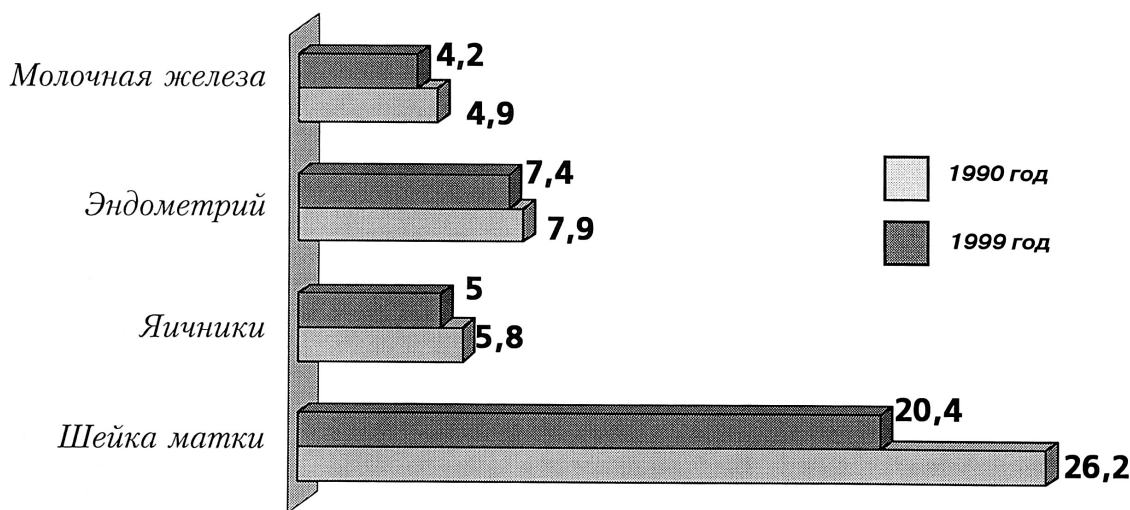
Общеизвестно, что принципы профилактики и ранней диагностики в отечественном здравоохранении строго ориентированы на первичную медико-санитарную помощь (поликлиники, женские консультации). Ее главные функции: выявление болезней, ранняя диагностика, вмешательство на ранних стадиях заболевания, снижение смертности, санитарное просвещение, профилактика болезней, программы скрининга и др. [9, 10]. Нет сомнений в том, что в тенденциях заболеваемости и смертности от рака органов репродуктивной системы в определенном смысле отражается уровень готовности первичного звена (женские консультации) к тем задачам и проблемам, которые существуют в современной онкогинекологии.

На протяжении многих десятилетий основные принципы акушер-

ско-гинекологической службы на уровне женских консультаций оставались практически неизменными, а перестройка в диагностическом разделе отечественного здравоохранения (организация диагностических центров) совершенно не затронула ее. Более того, возникшие за прошедшие годы проблемы финансирования в отечественном здравоохранении еще более усугубили реализацию этого направления.

Вместе с тем, здравоохранение всего мира столкнулось с необходимостью интенсификации диагностики. Это обусловлено тем, что современная диагностика, определяющая успех лечения, превратилась в сложное, государственного значения производство информации и стала самым дорогостоящим разделом здравоохранения. При этом продуктивность, например, всей амбулаторной диагностики, призванной выполнять основную часть диагностических процедур, остается чрезвычайно низкой, и нагрузка на нее не превышает 40-50%. Не менее 70% организованного потока пациентов обследуются в краевых, областных и крупных городских больницах с так называемого «нулевого цикла», хотя в составе этих учреждений не более 20-25% штата и средств диагностики прикреплен-

Рис.4. Сравнительные данные стандартизированных показателей смертности (на 100 000 населения) у женщин, больных злокачественными опухолями органов репродуктивной системы в 1990 и 1999 гг. ( по г. Москва)





ного к ним региона. В то же время основная часть диагностического потенциала распылена в системе поликлиник и настолько рассредоточена (особенно в акушерско-гинекологической сети), что возможности «индустриализации» работы, ресурсосбережения и контроля качества технических средств диагностики не реализуются. Как показала практика, преодоление многих проблем в области диагностики стало возможным после организационно-структурных изменений, которые произошли за последние 10 лет.

Мы прежде всего имеем в виду Приказ МЗ СССР №480 от 15 июля 1988 г. «Об организации медицинских диагностических цент-

ров».

Организация диагностических центров коренным образом изменила в ряде регионов не только качество и скорость диагностического процесса, но во многом повысила эффективность лечебных мероприятий на поликлиническом уровне: заметно снизилось дублирование диагностических процедур, повысилась селективность направления больных в специализированные и профилизованные лечебно-профилактические учреждения, увеличилась активность службы стационарной помощи, увеличилась экономическая эффективность использования диагностического оборудования. Кроме того, появилась возможность прогнозировать,

планировать и модернизировать диагностическую деятельность.

Таким образом, мы стоим перед объективным фактом необходимости коренного пересмотра спектра деятельности диагностического раздела этой службы. В противном случае мы не в состоянии положительно влиять и своевременно реагировать на рост заболеваемости и смертности от рака органов репродуктивной системы, какие бы эффективные методики ни внедрялись.

Давайте еще раз обратимся к аргументации высказанных позиций:

- за последние два десятилетия произошли значительные изменения в структуре женской заболе-

Рис. 5. Сравнительные данные заболеваемости (абс. число) и процент летальности на первом году с момента установления диагноза у женщин со злокачественными опухолями репродуктивной системы в 1999 (по г. Москва)

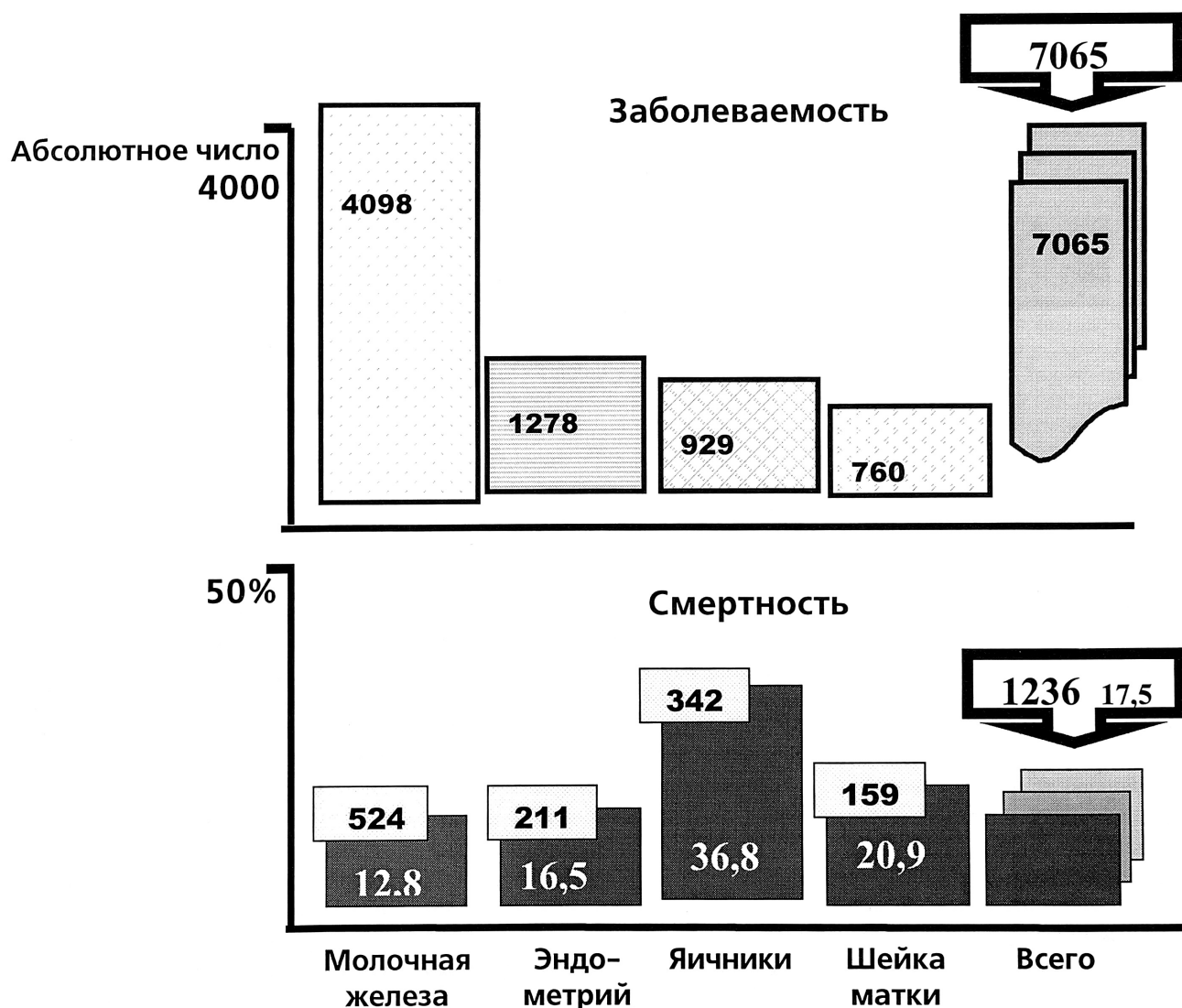
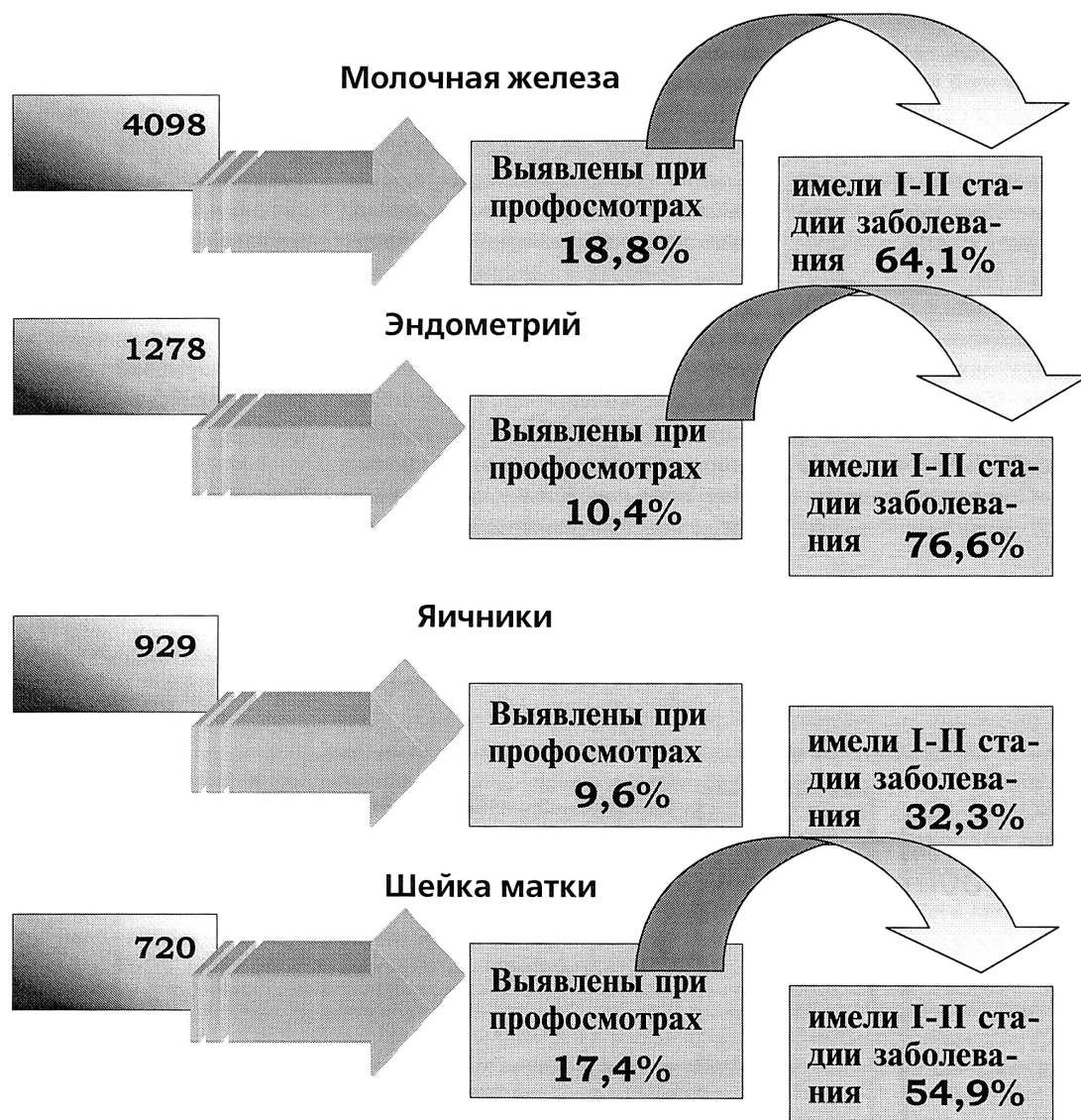


Рис. 6. Эффективность профилактических осмотров при злокачественных опухолях органов репродуктивной системы у женщин в 1999 году (по г. Москва)



ваемости и смертности;

- прогресс в современном медицинском приборостроении сегодня привел к необходимости отказа от ряда инвазивных методов диагностики, что предопределяет переориентацию диагностического процесса со стационара на амбулаторный этап;

- в структуре гинекологической помощи совершенно отсутствует направление, способное комплексно решать задачи, ассоциированные с пери- и постменопаузой, возрастом, где реализуются наиболее значимые в социальном плане заболевания, на долю которых сегод-

ня приходится более 70% женской смертности;

- один из важных разделов современной гинекологии – проблема дисфункциональных и органических заболеваний молочной железы – практически полностью оказалась за пределами внимания гинекологов.

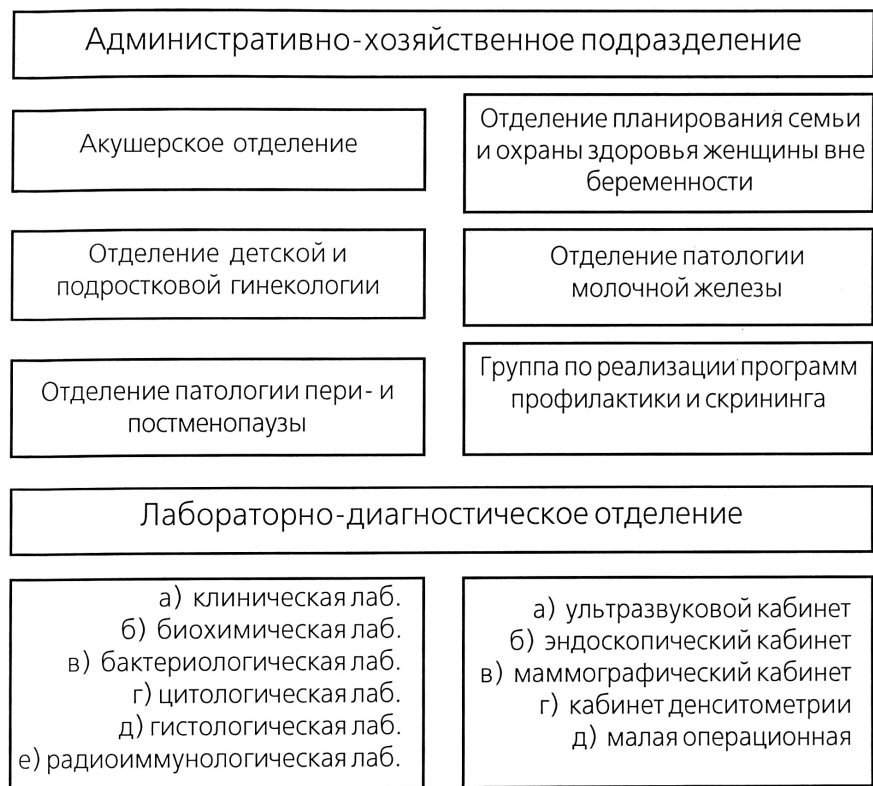
Вот основные аргументы нашей позиции в отношении необходимости перестройки работы амбулаторно-поликлинического звена акушерско-гинекологической помощи. Понятно, что однозначной модели в реформировании этого звена службы быть не может.

Необходимо учитывать специфические особенности структуры гинекологической заболеваемости регионов, численность женского населения, материально-техническую базу, уровень подготовки среднестатистического специалиста, отсутствие достаточного количества врачей ряда специальностей и т.д.

Но работу эту нужно начинать незамедлительно. Мы предлагаем два наиболее приемлемых направления:

- коренная перестройка структурно-методических принципов работы женских консультаций

Рис. 7. Структура регионального гинекологического центра



(однако затраты при этом подходе максимальные);

- формирование регионального (межрайонного, областного, краевого, республиканского) гинекологического диагностического центра на основе существующей базовой женской консультации (рис. 7).

#### Литература

1. Ашрафян Л.А. Стандартизованная диагностика рака эндометрия. Автореф. ... дисс. д-ра мед. наук. – Москва, 1989.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. М.: Медицина. – 1989, – 463 с.
3. Дильман В.М. Четыре модели медицины. М.: Медицина, 1987. – 287 с.
4. Злокачественные новообразования в России в 1980-1995 годах / Под ред. академика В.И. Чиссова, проф. В.В. Старинского, к.м.н. Л.В. Ременник.

Москва, 1998. – С. 168.

5. Злокачественные новообразования в России в 1998 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. академика РАМН В.И. Чиссова, профессора В.В. Старинского. Москва, 1999. – С. 284.

6. Состояние онкологической помощи населению России в 1999 году / Под ред. академика В.В. Чиссова и проф. В.В. Старинского. Москва, 2000. С. 175.

7. Стреллер Б. Время, клетки, старение: пер. с англ. – М.: Мир, 1964. – 251 с.

8. Hill K. The demography of menopause. *Maturitas*, 1996, 23: 113-127.

9. World Bank. World development report 1993: investing in health. New York: NY, Oxford University Press, 1993.

10. World health organization. Sixth report on the world health situation. Part 1. Global analyses. Geneva. – 1980.