ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Озабоченность устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости во всем мире, в том числе и в России, обусловливает повышенное внимание к этой области медицины.

Для реального улучшения состояния здоровья населения, необходимо повышение эффективности существующих (Президентская программа «Здоровье») и внедрение новых программ профилактики и своевременной диагностики фоновых, доброкачественных и злокачественных новообразований. Так, в странах Евросоюза, в результате внедрения в жизнь программы «Европа против рака», направленной на первичную профилактику злокачественных новообразований, смертность от этого заболевания за 10 лет снизилась на 15%.

Одной из главных причин высокой смертности при онкопатологии является несвоевременная диагностика рака гениталий из-за недостаточной распространенности в нашей стране скрининговых программ по раннему выявлению рака репродуктивных органов.

Недостаточное внимание врачей общей практики к ряду клинических симптомов злокачественных новообразований связано с наличием у женщин ряда соматических заболеваний, являющихся более частыми причинами смерти. Это приводит к тому, что женщины обращаются к терапевтам, кардиологам, неврологам, которые, как правило, считают имеющиеся у пациентов симптомы проявлениями соматического заболевания или возрастной инволюции и не испытывают при этом должной онкологической настороженности.

Имеются единичные исследования, анализирующие коморбидность у пациенток со злокачественными новообразованиями гениталий и свидетельствующие о широкой распространенности сопутствующей и предшествующей онкопроцессу патологии у данного контингента больных: сосудистая патология имеет место у 64,8% больных с онкопатологией гениталий, сахарный диабет 2 типа - у 17,7%, ожирение - у 66,3% пациенток раком гениталий.

Актуальными являются вопросы изучения динамики заболеваемости раком органов репродуктивной системы женского населения Бурятии. Оно необходимо для уточнения патогенеза, формирования групп риска, рационального планирования, активного выявления, лечения и реабилитации больных с этой онкопатологией, составляющих в настоящее время 39,0% совокупной онкологической заболеваемости женщин республики.

Нужен график: среди всех женщин Бурятии: 39,0% - онкологической заболеваемости гениталий.

У истоков становления онкологической статистики подсчет экстенсивных показателей заболеваемости шейки матки показал, что наша республика относится к территории повышенного риска рака шейки матки. Удельный вес рака половых органов в то время был равен 13,7, занимая в ранговом распределении злокачественных опухолей у женщин 3 место. Однако, за изучаемый временной интервал, в результате разнонаправленной динамики рака указанных форм, рак шейки матки с 3-го на 4 место. Доля этих разновидностей рака в общей онкологической заболеваемости женского населения стала равной 7,59%.

В результате неуклонного снижения популяционная частота рака шейки матки снизилась с 25,6 до 13,5, т.е. в 1,9 раза. В результате вышеуказанной тенденции различие в заболеваемости раком шейки матки Бурятии и России в последней декаде этого столетия составили в 1,25 раза. Вместе с тем вероятность развития рака тела матки у женщин Бурятии в 2 раза ниже таковой в России. Так, к примеру, в 1996 году грубые и стандартизованные показатели рака тела матки в Бурятии были равны 6,46 и 5,53, то в России - 17,61 и 11,84. В 2012году частота рака яичников в Бурятии была равна 9,76 в интенсивных показателях, в России -17,61, в стандартизованных - 8,44 и 9,82. В структуре гинекологического рака опухоли яичника занимает 2 место, опухоли тела матки - 3 место, составляя 30,7% и 20,2% всех опухолей женских половых органов. Незначительная часть приходится на рак плаценты и влагалища.

При анализе повозрастной заболеваемости рака гениталий и ее динамики у женщин республики за указанный долговременный период выявлены особенности, имеющие теоретическое и практическое значение.

Таким образом, масштаб и характер проблем, связанных с онкологическими заболеваниями органов репродуктивной системы у женщин, диктуют необходимость более пристального внимания к организационно-методологическим аспектам оказания лечебной помощи женщинам с предшествующей и сопутствующей соматической патологией. Для решения этих вопросов требуется междисциплинарный подход, разработка которого и стала предметом настоящего исследования.

Цель исследования: повышение эффективности информированности женщин о значении ранней диагностики злокачественных новообразований гениталий.

Задачи исследования:

Оценить частоту и характер доброкачественных заболеваний женских половых органов.

Изучить нозологическую и синдромальную коморбидность у пациенток раком женских половых органов, поступающих в многопрофильный стационар по поводу обострения соматических заболеваний.

Провести анализ частоты выявления злокачественных новообразований женских гениталий при проведении аутопсии в случае летального исхода, не связанного с прогрессированием опухолевого процесса, в соматическом стационаре.

Изучить полноту, регулярность и эффективность профилактических осмотров женщин в женских консультациях по результатам анкетирования.

Оценить информированность женщин и врачей общей практики о ранней диагностике и профилактике доброкачественных и злокачественных новообразований гениталий.

Научная новизна: Изучены причины смерти больных с доброкачественными и злокачественными новообразованиями гениталий в терапевтическом стационаре.

Впервые разработана анкета-опросник для выяснения информированности женщин и врачей общей практики по вопросам ранней диагностики и профилактики доброкачественных и злокачественных новообразований гениталий.

Впервые, с помощью корреляционного анализа установлено, что основной причиной смерти почти 33% женщин, поступающих в многопрофильный стационар по экстренным показаниям, являются злокачественные новообразования. При этом доля злокачественных опухолей органов женской репродуктивной системы (рак яичников, тела и шейки матки) составляет 16,7% случаев.

Впервые установлено, что прижизненная диагностика рака гениталий у больных, находящихся в общесоматических отделениях стационара, составляет 81,5%, в остальных случаях (18,5%) диагноз злокачественных новообразований в женских половых органов впервые устанавливается при аутопсии.

Практическая значимость: высокая частота встречаемости злокачественных новообразований гениталий у больных с широким спектром коморбидной патологии требует более тщательного информирования как самих женщин, так и врачей общей практики, о необходимости регулярных осмотров гинекологом, подробном сборе акушерско-гинекологического анамнеза, периодическом проведении кольпоскопии, цитологического исследования мазков, выполнения ультразвукового исследования органов малого таза, а также других специальных методов обследования.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

.1 Рак женских половых органов, классификация, диагностика, лечение

Злокачественные опухоли репродуктивной системы являются наиболее частыми в структуре онкологической заболеваемости женщин. Суммарная доля этих опухолей составляет 35%. У большинства женщин с диспластическими изменениями покровного эпителия и раком вульвы, влагалища и шейки матки обнаруживается ДНК вируса папилломы человека. Таким образом, в настоящее время получены убедительные серологические и молекулярно-биологические доказательства этиологической роли НР-вирусной инфекции в развитии этих заболеваний.

Рак шейки матки.

Это одна из наиболее частых локализаций опухолей женской репродуктивной системы. Рак шейки матки входит в число наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований и занимает 1-е место в сфере онкогинекологии развивающихся стран и 2-е место в экономически развитых странах после рака тела матки. Шейка матки выстлана эпителием двух видов: канал выстлан цилиндрическим эпителием, влагалищная часть шейки матки покрыта плоским эпителием. Рак может развиться из обоих видов эпителия. В этиопатогенезе рака шейки матки ведущую роль играют экзогенные факторы, в частности доказано влияние особенностей половой жизни.

Факторами риска считаются раннее начало половой жизни, ранние роды, частая смена половых партнеров, отказ от барьерных контрацептивов. Высокие показатели заболеваемости раком шейки матки, например, отмечены в группах с низким социальноэкономическим уровнем. Из предопухолевых заболеваний наиболее частым является полип шейки матки. В одних случаях полип может быть фоновым заболеванием, а в других, если установлена атипическая пролиферация эпителия, это же заболевание следует отнести к предраковым и провести более радикальное лечение. Ведущим этиопатогенетическим фактором является генитальная папилломавирусная инфекция. Вирус папилломы человека персистирует в эпителии шейки матки. Наиболее уязвима зона перехода многослойного плоского эпителия в цилиндрический. В настоящее время идентифицировано более 100 типов вируса папилломы человека, из которых 34 поражают аногенитальную область. Вирусы делят на три группы по способности провоцировать дисплазию и рак шейки матки. Чаще всего при раке шейки матки обнаруживают вирус папилломы человека типов 16 и 18 (HPV-16, HPV-18). Это вирусы высокого риска, вторая группа низкого риска реже ассоциируется со злокачественной опухолью (вирусы 6, 11, 42 и др.). Из них вирусы 6 и 11 часто вызывают развитие остроконечных кондилом. Развитие рака шейки матки у ВИЧ-инфицированных женщин свидетельствует о крайне не благоприятном прогнозе. Трансформация нормального эпителия шейки матки в диспластический, а затем развитие преинвазивного рака - процесс длительный (занимает около 10-15 лет). Клинические проявления на стадии дисплазии эпителия и рака in situ отсутствуют. Диагностируются эти состояния только морфологически. В 1/3 случаев может без лечения наблюдаться регрессия дисплазии и даже рака in situ.

Большинство опухолей локализуется в наружном шеечном эпителии и достигает значительного объема. В процессе роста такие опухоли распространяются на влагалище. При эндофитном характере роста опухоль распространяется на цервикальный канал. Отмечаются и смешанные формы опухолевых разрастаний. Первые проявления болезни часто наблюдаются в виде белей и «контактных» кровянистых выделений из половых путей, не связанных с менструациями. Кровянистые выделения в менопаузе являются весьма подозрительными на наличие опухолевой патологии и требуют срочного обследования. Местно распространенный рак шейки матки вызывает явления дизурии и нарушение акта дефекации. Выделения из половых путей имеют неприятный запах из-за присоединившейся инфекции. В дальнейшем формируются ректовагинальные и мочепузырно-вагинальные свищи. Опухоли метастазируют в лимфатические узлы и гематогенно. Лимфоузлы первого порядка расположены в малом тазу, при их блокаде метастазами может возникнуть ретроградный лимфоток и развиваются метастазы в паховых лимфоузлах. Затем могут определяться метастатические лимфоузлы в более отдаленных регионах и даже в надключичных зонах. Гематогенные метастазы отмечаются в легких, печени и костях.

Клиническая стадия опухолевого процесса должна быть установлена до начала лечения, новые данные, установленные в процессе лечения, не должны влиять на оценку стадии процесса. Клиническая классификация по TNM имеет большое значение, так как большинство пациентов получает только лучевое лечение. Стадия устанавливается при тщательном клиническом исследовании, включающем кольпоскопию, выскабливание шейки матки, гистероскопию. Обследованию подлежат и соседние органы - мочевой пузырь и прямая кишка, для чего выполняются цистоскопия и ректороманоскопия, при необходимости производится биопсия из подозрительных участков. Для исключения отдаленных метастазов необходима рентгенография грудной клетки, сканирование костей скелета. В диагностике этой локализации рака имеет значение визуальное и пальпаторное исследование. Причем следует иметь в виду, что и на визуально неизмененной слизистой шейки матки могут обнаруживаться в цитологическом мазке признаки тяжелой дисплазии и даже cancer in situ. В таких случаях выполняется кольпоскопия. Наиболее полную картину в начальных стадиях заболевания удается получить при гистологическом исследовании препаратов после ножевой биопсии, конизации или ампутации шейки матки. При распространенных формах заболевания, кроме уточнения морфологического строения опухоли, исследуется местное распространение опухоли, степень распространенности метастазов. Выполняются УЗИ, КТ, цистоскопия, ректороманоскопия, при необходимости обследуются органы брюшной полости. Современные методики ультразвуковой диагностики - трансвагинальное и трансректальное исследование - существенно уточняют представления о распространенности процесса.

Клиническая классификация рака шейки матки .

Т - первичная опухоль.

Тх - определить распространенность первичной опухоли невозможно.

Tis - преинвазивная карцинома (carcinoma in situ).

T0 - первичная опухоль не определяется.

Т1 - опухоль распространяется на тело матки.

Т2 - опухоль распространяется за пределы матки, но не поражает стенку таза и нижнюю треть влагалища.

Т3 - опухоль поражает стенку таза и/или нижнюю треть влагалища, а также все случаи рака шейки матки с гидронефрозом и нефункционирующей почкой.

Т4 - опухоль распространяется за пределы малого таза, поражает слизистую мочевого пузыря или прямой кишки, прилегающие органы и ткани.- регионарные лимфатические узлы.- недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.- нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.- обнаружены метастазы в регионарных лимфатических узлах.

М - отдаленные метастазы.

Мх - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

М0 - нет признаков отдаленных метастазов.

М1 - имеются отдаленные метастазы.

Каждая стадия Т имеет несколько дополнительных градаций в зависимости от глубины инвазии и распространения на тело матки и соседние анатомические структуры. Для лечения и прогноза эти критерии имеют большое значение. В случае хирургического лечения рака шейки матки результаты гистологического исследования используют для оценки патоморфологической стадии опухоли по тем же признакам, что и клиническая классификация, но данные гистологического исследования не могут изменить клиническую стадию рака шейки матки.

Чаще всего по морфологической структуре рак шейки матки имеет строение плоскоклеточного (70-80%), реже аденокарциномы (10-20%) и у 10% диагностируется низкодифференцированный рак. Наихудший прогноз имеют мелкоклеточный, нейроэндокринный и светлоклеточный рак. Другие формы злокачественных опухолей составляют около 1%. Важное значение приобрел метод МРТ, позволяющий визуализировать все органы малого таза и выявить рас- пространение на параметральную клетчатку, регионарные лимфатические узлы, оценить состояние соседних органов. Особенно важное значение МРТ имеет в оценке эффективности лучевой терапии, диагностике рецидива и метастазов.

Традиционными способами лечения рака шейки матки в настоящее время являются хирургический, лучевой и их комбинация. При микроинвазивном раке адекватной является электроконизация матки. В остальных случаях объем операции зависит от распространенности процесса. В стадии разработки находятся методы химиотерапии.

РАК ТЕЛА МАТКИ.

Рак тела матки, так же как и рак молочной железы, относится к гормонозависимым опухолям. Чаще эта опухоль встречается у женщин старше 50 лет, но отмечается явная тенденция к появлению опухоли у более молодых женщин. В возникновении опухоли придается значение наличию в анамнезе гиперпластических процессов эндометрия, нарушениям менструального цикла. Отсутствие родов в анамнезе и поздняя менопауза также в несколько раз увеличивают опасность развития рака тела матки. Нарушения гормонального статуса в виде ожирения (источник эстрогенов), заболевание диабетом, наличие в анамнезе других гормонозависимых опухолей (например, рака молочной железы), проведение гормонального лечения по какому-либо поводу существенно повышают опасность заболевания.

Клинические проявления у большинства женщин сводятся к появлению обильных, ацикличных кровянистых выделений из половых путей. В ряде случаев отмечается длительное бессимптомное течение опухолевого процесса. У пожилых женщин может возникнуть стенозирование цервикального канала за счет роста опухоли. В таком случае кровь скапливается в полости матки (гематометра). При развитии гнойной инфекции (пиометра) развивается соответствующая клиническая картина: боли внизу живота, лихорадка, незначительные гнойные выделения из половых путей.

В диагностике рака тела матки большое значение придается наличию сопутствующих заболеваний, тщательному сбору анамнеза, оценке клинических проявлений. Кроме исследований УЗ, КТ, МРТ, используются специфические исследования: цитологическое исследование аспирата из полости матки, гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание матки, гистеросальпингография. Ультразвуковое исследование для получения максимальной информации используют с применением трансабдоминальных, трансвагинальных датчиков. Все более значимым становится при раке тела матки применение опухолевого маркера СА-125. Этот маркер используется также в качестве теста, определяющего течение заболевания и динамический контроль за больной.

Рак, развившийся на фоне гиперэстрогенового статуса, считают более благоприятным, чем рак, развившийся на фоне возрастной атрофии эндометрия. Во втором случае рак имеет более низкую дифференцировку, чаще встречается в позднем менопаузальном периоде. Рак тела матки обычно имеет строение аденокарциномы. Типичен экзофитный вариант роста. Важно определить точную локализацию опухоли и глубину ее инвазии. При глубине инвазии более чем на 1/2толщины тела матки, риск развития метастазов очень высок (у половины больных). Различают три степени дифференцировки аденокарциномы: высоко дифференцированный, умеренно дифференцированный и низко дифференцированный рак. Развитие метастазов в лимфатические узлы зависит от степени дифференцировки и глубины инвазии в миометрий. Метастазы в регионарные лимфатические узлы - важный фактор прогноза развития рака тела матки. Важным прогностическим фактором является наличие опухолевых эмболов в лимфатических щелях миометрия. Этот фактор отражает высокую вероятность регионарных метастазов. Вместе с тем риск отдаленных метастазов не зависит от глубины инвазии опухоли в миометрий. Даже при отсутствии инвазии в миометрий может обнаруживаться обсеменение опухолевыми клетками брюшной полости. При клиническом обследовании отмечается значительный процент ошибок в оценке поражения регионарных лимфатических узлов. Для надежности оценки истинного распространения опухоли рекомендуется проводить хирургическую патоморфологическую оценку регионарных лимфоузлов для всех больных раком тела матки.

Клиническая классификация рака тела матки (используется только для верифицированного процесса). Т - первичная опухоль.

Тх - определить распространенность первичной опухоли невозможно.

Tis - преинвазивная карцинома (carcinoma in situ).- первичная опухоль не определяется.

Т1 - опухоль ограничена пределами матки.

Т2 - опухоль поражает шейку матки, но не выходит за пределы матки.

Т3 - опухоль поражает серозную оболочку матки и/или придатки (непосредственное распространение или метастазы). Возможно обнаружение опухолевых клеток в асцитической жидкости или в смывах из брюшной полости.

Т4 - опухоль поражает прилегающие органы и ткани: слизистую мочевого пузыря и/или толстой кишки.- регионарные лимфатические узлы.- недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.- нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.- обнаружены метастазы в регионарных лимфатических узлах.

М - отдаленные метастазы.

Мх - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

М0 - нет признаков отдаленных метастазов. М1 - имеются отдаленные метастазы.

У подавляющего большинства женщин лечение рака тела матки начинают с хирургического метода. Во время лапаротомии производят смывы из брюшной полости для цитологического исследования, проводят ревизию органов брюшной полости и малого таза и выполняют экстирпацию матки с придатками. Особенностью данной локализации опухоли является тот факт, что истинное распространение опухоли устанавливается после изучения удаленного препарата. После операции стадия процесса часто меняется в сторону увеличения, что существенно влияет на выбор последующего лечения: удаление лимфатических узлов, вид и объем лучевой терапии, включение химио- и гормонотерапии.

При распространенных формах заболевания, рецидивных опухолях и метастазах в качестве адъювантной гормонотерапии в отечественной практике применяют гормонотерапию. Эффективность гормонального лечения зависит от степени дифференцировки опухоли, стадии опухолевого процесса, а также от содержания рецепторов эстрадиола и прогестерона в опухолевых клетках. Химиотерапия в комплексе с лучевой терапией применяется у больных диссеминированным раком эндометрия, при рецидиве и метастазах.

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ.

Рак яичников составляет 4-6% от злокачественных опухолей женщин. В основном он диагностируется у женщин старших возрастных групп. На возраст 55 лет и старше приходится 2/3 всех случаев рака яичника. Заболеваемость раком яичников значительно колеблется в разных регионах России - от 11 до 17 на 100 тыс. населения. Отмечается тенденция к нарастанию рака яичников. За последние 10 лет заболеваемость увеличилась на 8,5%. Смертность от этого заболевания остается высокой. 5-летняя выживаемость составляет не более трети заболевших.

Причины развития опухолей яичников неизвестны. Определенная роль принадлежит гормональным нарушениям и генетической предрасположенности. Для рака яичников было проведено исследование изменения рациона питания у 30 тыс. женщин в сторону уменьшения содержания животных жиров (не более 20% калорийности дневного рациона), увеличения содержания овощей и фруктов. Наблюдение в течение 4-х лет показали, что изменение процента заболеваемости не произошло, но в следующие 4 года уровень заболеваемости снизился на 40%. Хотя данные исследования не признаны достоверными, предварительные выводы однозначно указывают на направленность общей индивидуальной профилактики: необходимо увеличивать содержание растительных антиоксидантов в ежедневном пищевом рационе.

Замечено, что больше риск развития опухолей у бесплодных женщин, а также у женщин, применявших гормональные препараты, стимулирующие овуляцию, и перенесших рак молочной железы. Кроме спонтанных, примерно в 54% встречаются опухоли, обусловленные генетическими повреждениями. В семьях с такими генетическими проблемами могут случаться чаще только опухоли яичников или в сочетании с раком молочной железы, или с другими опухолями (рак прямой кишки, рак почки и др.).

Источником рака яичника являются кисты, развивающиеся из отшнуровавшегося инвагинированного мезотелия. Клетки этих кист дифференцируются как в трубный, так и эндоцервикальный эпителий. Герминогенные опухоли развиваются из зародышевых клеток. Встречаются стромальные опухоли яичников, которые имеют мезенхимальную природу. У женщин с герминогенными опухолями яичников возможно повышение уровня таких онкомаркеров, как α-фетопротеин и хорионический гонадотропин.

Факторами прогноза опухолей яичников являются гистологическое строение и степень дифференцировки опухоли. В настоящее время онкологическая практика располагает достаточно эффективными химиопрепаратами, используемыми в лечении опухолей яичников. От гистологического строения опухоли зависит тактика химиотерапии. Важным фактором прогноза, который можно оценить только в процессе лечения, является скорость регрессии опухоли в процессе химиотерапии.

Степень распространения опухоли устанавливают на основании данных клинического и инструментального обследования. Объективные трудности ранней диагностики рака яичников приводят к тому, что начальные проявления заболевания практически не известны. В дополнение к этим данным в диагностике используют лучевые методы исследования: КТ, МРТ, ПЭТ. При наличии выпота в плевре проводят его цитологическое исследование, но главным в постановке адекватного диагноза является хирургическое вмешательство и изучение биоптатов, взятых из разных отделов брюшной полости. Для исключения метастазирования или распространения опухоли производят лапаротомию или лапароскопию и выполняют биопсию из наиболее распространенных очагов метастазирования: сальник, брыжейка, диафрагма, брюшина, а также тазовые и парааортальные лимфоузлы. Сложность в установлении уровня метастазирования очевидна, если учесть, что в парааортальной зоне находится 80-120 лимфатических узлов и каждый из них может быть поражен микрометастазом при отсутствии внешних изменений. Для оценки стадии заболевания, соответствующей Т1N0М0, необходимо, чтобы были исключены опухолевые разрастания во всех перечисленных биоптатах, поэтому даже при ранних стадиях рака яичников очень часто развиваются рецидивы и метастазы. От скорой реализации метастазов в известной мере предупреждает адъювантная химиотерапия.

Самым частым вариантом отдаленного метастазирования служит брюшина, включая сальник, а также висцеральную и париетальную брюшину внутренних органов. Достаточно характерно поражение поверхности диафрагмы и печени, однако в соответствии с классификацией FIGO поражение в пределах брюшной полости не относят к отдаленным метастазам.

Отдаленное метастазирование отмечается в печень, легкие, кости скелета, надключичные и подмышечные органы. К отдаленному метастазированию относят карциноматоз брюшины. По аналогии с иными опухолями женской половой сферы окончательную стадию рака яичников устанавливают во время основного лечения. В последующем стадия не подлежит изменению, несмотря на получение дополнительной информации. Классификация рака яичников хирургическая, необходимо подтверждение диагноза.

Клиническая классификация рака яичников .

Т - первичная опухоль

Тх - определить распространенность первичной опухоли невозможно.- первичная опухоль не определяется.

Т1 - опухоль поражает яичник (один или оба).

Т2 - опухоль поражает малый таз.

Т3 - имеются метастазы по брюшине за пределами малого таза. N -регионарные лимфатические узлы.- недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.- нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.- обнаружены метастазы в регионарных лимфатических узлах.

М - отдаленные метастазы.

Мх - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

М0 - нет признаков отдаленных метастазов. М1 - имеются отдаленные метастазы.

Метастатические опухоли яичников встречаются достаточно часто. Замечено, что метастазы в яичниках не всегда выявляются даже при целенаправленном исследовании. Метастазы Крукенберга из ЖКТ составляют большинство метастазов. Кроме того, в яичники могут метастазировать рак поджелудочной железы, рак молочной железы, рак матки.

Существуют лабораторные методы диагностики рака яичника и др. Определяется мутантный ген и его РНК-продукт. Полимеразная цепная реакция мутантных генов в ДНК позволяет выявить опухоль еще на доклинической стадии при объеме 0,01 см3. Для этих реакций используют.

. Онкогены - дефектные гены регуляции клеточного деления, семейства ras и myc, антиапоптозных факторов bcl-2.

. Антионкогены - гены-супрессоры опухолевого роста (гены факторов апоптоза), наиболее известен белок р53. Его повреждение отмечается при большинстве опухолевых заболеваний. Дефект антионкогенов приводит к потере их противоопухолевой функции.

Известны десятки генов-супрессоров опухолевого роста, но наибольшее диагностическое значение имеют мутации гена белка р53. Почти столь же распространены в опухолях дефекты другого гена-супрессора опухолевого роста - гена белка р16.

Молекулярно-генетический анализ онкогенов ras и myc, антиапоптозных факторов bcl-2 и антионкогенов р53 и р16 позволяет выявить большинство опухолей человека.

Ранним и постоянным признаком малигнизации является развитие состояния генетической нестабильности, что вызывает мутации в микросателлитных ДНК - второй вид онкомаркеров. Наконец, для опухолей характерно нарушение метилирования ДНК, которое заключается в изменении карты метилирования, поэтому еще одним видом молекулярно-генетических маркеров может стать анализ сайтов метилирования в опухолевой ДНК.

В современном лечении рака яичников задействованы все специальные методы противоопухолевого лечения. Хирургическое лечение считается основным. Оно применяется как в самостоятельном плане, так и в комплексе с другими методами. Чаще всего лечение начинают с операции, которая позволяет установить распространенность и структуру опухоли, при этом хирурги стремятся к максимальному объему хирургического вмешательства. Целью хирургического вмешательства является удаление максимально возможного объема первичной опухоли и ее метастазов. Брюшную полость вскрывают срединным лапаротомным доступом, который позволяет ревизовать все отделы брюшной полости и максимально полно удалить опухолевую ткань яичника. Если полное удаление опухоли невозможно, удаляют большую ее часть. Показано, что выживаемость больных в значительной степени коррелирует с размерами оставшихся после операции метастазов. Во всех случаях оптимальный объем операции - экстирпация матки с придатками и удаление большого сальника с последующей лучевой терапией.

Тактика лечения рака яичников предусматривает несколько вариантов показаний к неоднократным хирургическим вмешательствам. Первичная циторедуктивная операция подразумевает удаление максимально возможного объема опухоли и метастазов перед началом лекарственной терапии. Большинство хирургов считает не целесообразной даже паллиативную операцию больным с метастазами в печень и легкие. Современные химиопрепараты позволяют проводить эффективную химиотерапию даже в IV стадии заболевания.

Указанные хирургические вмешательства целесообразны только при использовании химиопрепаратов. Системная химиотерапия является стандартом лечения больных распространенным раком яичника. Используются препараты платины в комбинации с другими цитостатиками (циклофосфамид, доксорубицин) и препараты таксанового ряда.

Предусмотрен вариант лечения с так называемой промежуточной циторедуктивной операцией после короткой индукционной химиотерапии, обычно 2-3 курса. Выполнение операции на данном этапе является приемлемым, если первая операция была пробной. Диагностическая повторная лапаротомия производится для оценки остаточной опухоли, у больных без клинических проявлений заболевания после химиотерапии. Вторичные циторедуктивные операции выполняют при локализованных рецидивах, возникших после комбинированного лечения. Паллиативные операции в основном производят для облегчения состояния больной, например при кишечной непроходимости на фоне прогрессирования заболевания или спаечной болезни.

Большинство злокачественных опухолей яичников чувствительны к применению лучевой терапии, однако преимущественно ее используют с паллиативной целью для лечения рецидива и метастазов. Лучевое лечение используют в нескольких вариантах. Внутрибрюшинно используются радиофармпрепараты, например коллоидный 32Р, или применяют наружное облучение брюшной полости и ретроперитонеального пространства.

Неудовлетворительные результаты лечения больных раком яичников заставляют искать новые способы терапии. Апробируются различные режимы гипертермии, вакцинотерапии, генной терапии, ингибиторов ангиогенеза.

РАК ЖЕНСКИХ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА.

К наружным половым органам относят половые губы и промежность. Опухоли этой локализации относятся к наружным. Они доступны визуальному осмотру и мануальному обследованию. Тем не менее эти опухоли часто диагностируются в распространенной стадии из-за позднего обращения женщин к врачу. Средний возраст больных раком вульвы к моменту выявления заболевания самый большой (68 лет) в сравнении с возрастом, при котором выявляются опухоли репродуктивной системы других локализаций. Это болезнь женщин пожилого и старческого возраста. Патогенез развития заболевания связан с гормональной перестройкой, происходящей в климактерическом или постменопаузальном периоде. Опухоль часто развивается на фоне дистрофических процессов крауроза и лейкоплакии. На этом фоне имеют значение также другие факторы риска, такие как папилломавирусная и ВИЧ-инфекция, ожирение, артериальная гипертония, сахарный диабет, курение. Самым распространенным типом рака наружных половых органов является плоскоклеточный рак. Рак этой области может распространяться на влагалище, мочеиспускательный канал, задний проход, лонную кость.

Наиболее частыми субъективными симптомами являются раздражение и зуд вульвы, наличие опухоли или болезненной язвы и упорные болевые ощущения, может быть болезненное мочеиспускание. Клинические проявления опухоли зависят от локализации образования. При осмотре первичная опухоль определяется в виде экзофитного образования с папилломатозной поверхностью или трещины разной глубины с инфильтрированными краями ярко-розового цвета или белесоватая. Иногда отмечаются гнойные выделения с примесью крови, при наличии метастазов пальпируются увеличенные паховые лимфатические узлы. Отдаленное метастазирование отмечено в легкие, печень, кости.

Клиническая классификация рака вульвы.

Т - первичная опухоль.

Тх - определить распространенность первичной опухоли невозможно.

Tis - преинвазивная карцинома (carcinoma in situ). T0 - первичная опухоль не определяется.

Т1 - опухоль распространяется в пределах вульвы и/или промежности <=2 см в наибольшем измерении.

Т2 - опухоль распространяется в пределах вульвы и/или промежности >2 см в наибольшем измерении.

Т3 - опухоль любого размера, распространяется на нижнюю часть уретры и/или влагалище, или анальное кольцо.

Т4 - опухоль любого размера, распространяется на слизистую оболочку верхней части мочеиспускательного канала и/или мочевого пузыря, и/или прямой кишки, и/или фиксирована на костях таза.- регионарные лимфатические узлы.- недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.- нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.- обнаружены метастазы в регионарных лимфатических узлах с одной стороны.- обнаружены метастазы в регионарных лимфатических узлах с двух сторон.

М - отдаленные метастазы.

Мх - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

М0 - нет признаков отдаленных метастазов.

М1 - имеются отдаленные метастазы.

Важными показателями для прогноза заболевания являются размеры первичной опухоли, состояние регионарных лимфоузлов, кото- рое исследуется при патоморфологическом исследовании. Стадия рака наружных половых органов включает данные хирургических находок.

Опухоли влагалища.

Влагалище выстлано плоским эпителием, в котором имеются слизистые железы, интерстициальные, меланоцитарные элементы, что определяет значительное многообразие возникающих здесь опухолей. Доброкачественные опухоли (фиброма, миома, фибромиома) встречаются редко, чаще развиваются ретенционные кисты. Доброкачественные образования протекают бессимптомно, обнаруживаются только при профосмотрах. Клинические проявления возникают только при явлениях воспаления и значительном объеме новообразования, провоцирующих невозможность половой жизни, нарушение функции мочевого пузыря, прямой кишки. Доброкачественные опухоли требуют хирургического лечения.

Самым распространенным вариантом рака является плоскоклеточный рак. Только около 10% опухолей имеют строение аденокарциномы. Различают язвенную, экзофитную и эндофитную формы рака влагалища. Опухоль может распространяться на соседние органы и ткани - параметральную клетчатку, мочевой пузырь, ректовагинальную перегородку и прямую кишку. Метастатические опухоли чаще всего имеют своим источником рак шейки матки.

Самым значимым фактором прогноза служит анатомическая стадия опухоли, которая отражает глубину инвазии в окружающие ткани и наличие метастазов. Лимфогенные метастазы при поражении верхних отделов влагалища отмечаются в тазовых лимфоузлах. При поражении нижних отделов влагалища метастазирование, как при раке вульвы, отмечается в паховых лимфатических узлах. В поздних стадиях отдаленные метастазы отмечаются в отдаленные органы - легкие и кости.

Диагностика осуществляется при внимательном гистологическом исследовании, кольпоскопии. Взятие прицельной биопсии вери- фицирует диагноз. При ранних стадиях рака (интраэпителиальной и I стадии) больные подвергаются хирургическому вмешательству. Во всех остальных стадиях проводится сочетанная лучевая терапия (дистанционное облучение в сочетании с внутриполостным введением радиоактивных препаратов или близкофокусной рентгенотерапией). При локализации опухоли в верхней и средней трети влагалища дистанционная гамма-терапия проводится на область подчревных, крестцовых, наружных и общих подвздошных лимфоузлов.

Саркома влагалища встречается редко, в основном у девочек до 5 лет (рабдомиосаркома). Опухоль развивается крайне злокачественно. Гистологически различают веретеноклеточную, круглоклеточную и полиморфноклеточную структуру опухоли. При инфильтративной форме проводят сочетанное лучевое лечение в полном объеме. При узловой форме используется хирургическое лечение с последующим облучением или только лучевое. Лучевое лечение можно сочетать с полихимиотерапие. Прогноз неблагоприятный.

Метастазы во влагалище отмечаются в области передней стенки влагалища и в нижней его трети. Метастазы во влагалище подвергаются лучевому лечению обычно с хорошим эффектом.

1.2 Статистика и эпидемиология злокачественных новообразований женской половой сферы

Злокачественные опухоли женских половых органов занимают особое место в клинической онкологии: они являются наиболее часто встречающимися злокачественными новообразованиями у женщин.

Ежегодно в мире регистрируется 12,7 млн. новых случаев рака, из них более 1 млн. приходится на заболевания женской половой сферы<http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0577/analit04.php>. В России в 2010 г. число вновь выявленных заболеваний женских половых органов достигло 47,7 тыс. (17% от числа всех злокачественных опухолей).

Анализ данных о состоянии онкологической помощи больным раком женских половых органов показал, что в 2010 г. в России доля морфологически верифицированных диагнозов при раке яичников (89,1%) была ниже по сравнению с долей рака шейки (97,4%) и тела (96,5%) матки. Распределение больных раком яичников по стадиям достоверно отличается от их распределения при раке шейки и тела матки, характеризуясь вдвое меньшей долей I-II стадий среди больных с впервые в жизни установленным диагнозом и преобладанием III-IV стадий заболевания (табл. 1). Одним из путей снижения смертности от злокачественных новообразований является скрининг - выявление бессимптомного рака путем массовых профилактических осмотров населения. Ранняя диагностика злокачественных опухолей вульвы, вагины и шейки матки возможна с помощью простейших методов обследования - осмотра и пальпации. Раннее распознавание опухолей эндометрия (тела матки) также не требует сложных методов обследования. Менее доступными для ранней диагностики являются лишь опухоли яичников. Несмотря на то, что профилактические осмотры играют значительную роль при диагностике рака шейки матки (выявляется 28,9% заболевших в России), за последние 10 лет доля больных, выявленных при их проведении, увеличилась всего на 5%, значительно ниже доля при раке тела матки (12,2%) и яичников (10,2%). На 100 вновь выявленных больных раком шейки матки приходилось 44 умерших; минимальным этот показатель был в группе больных раком тела матки (31), максимальным - при раке яичников (59).

Таблица 1.

Показатели состояния онкологической помощи больным раком женских половых органов в России (2000-2010 гг.)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Локализация |
|  | шейка матки | тело матки | Яичники |
|  | 2000 | 2005 | 2010 | 2000 | 2005 | 2010 | 2000 | 2005 | 2010 |
| Морфологическая верификация диагноза, % | 96,0 | 97,5 | 97,4 | 94,7 | 96,5 | 96,5 | 83,1 | 85,7 | 89,1 |
| Выявляемостьна профосмотрах, % | 23,9 | 27,4 | 28,9 | 9,7 | 11,2 | 12,2 | 7,8 | 8,9 | 10,2 |
| Распределение вновь выявленных больных по стадиям процесса: |
| I-II | 58,8 | 59,5 | 59,8 | 74,3 | 77,0 | 78,6 | 32,3 | 34,5 | 35,3 |
| III | 28,4 | 29,0 | 29,0 | 14,1 | 13,1 | 12,1 | 37,9 | 38,6 | 40,7 |
| IV | 10,7 | 9,7 | 9,1 | 7,5 | 6,6 | 2,9 | 26,2 | 23,9 | 21,7 |
| не установлена | 2,0 | 1,8 | 2,1 | 4,1 | 3,4 | 2,9 | 3,7 | 3,0 | 2,3 |
| Летальность на первом году с момента установления диагноза, % | 20,5 | 19,5 | 17,2 | 14,5 | 11,9 | 10,9 | 33,0 | 28,7 | 26,3 |
| На 100 вновь выявленных больных приходится умерших | 61 | 52 | 44 | 38 | 33 | 31 | 68 | 62 | 59 |
| Находились под наблюдением на конец года, тыс. | 169,0 | 156,6 | 159,8 | 138,7 | 164,1 | 196,9 | 64,8 | 75,2 | 89,5 |
| Из них 5 лет и более, % | 72,4 | 70,1 | 67,8 | 59,6 | 60,2 | 60,3 | 54,6 | 56,0 | 56,2 |
| Индекс накопления контингентов | 14,1 | 12,5 | 11,2 | 9,6 | 10,0 | 10,5 | 5,8 | 6,4 | 7,3 |
| Летальность контингентов, % | 4,3 | 4,2 | 4,0 | 4,1 | 3,4 | 3,0 | 12,0 | 9,8 | 8,2 |

Летальность на первом году с момента установления диагноза рака тела матки (10,9%) была в 2,3 раза ниже, чем при раке яичников (26,3% соответственно). Сравнение доли больных с опухолями IV стадии и летальности на 1-м году с момента установления диагноза говорит о занижении доли больных с опухолями IV стадии: отношение этих показателей при раке шейки составляло 1,9; при раке тела матки - 1,7; при раке яичников - 1,2. За период с 2000 по 2010 г. отмечено незначительное снижение доли IV стадии.

Сравнительная оценка состояния онкологической помощи в динамике и в различных регионах сопряжена с большими трудностями из-за обилия анализируемых показателей. В связи с этим был разработан кумулятивный критерий, позволивший свести в одно числовое значение множество частных показателей деятельности службы, к которым относятся морфологическая верификация диагноза, выявляемость на профилактических осмотрах, ранняя выявляемость заболеваний, индекс накопления контингентов, их летальность и т.д.

По кумулятивному критерию состояние онкологической помощи больным раком яичников находится на самом низком уровне (0,71) по сравнению с другими локализациями злокачественных новообразований женской половой сферы (0,96-0,98). Это обусловлено низкой верификацией диагноза, большой долей заболеваний IV стадии, высокой одногодичной летальностью, летальностью контингентов и максимальным числом умерших в расчете на 100 заболевших.

В онкогинекологии наиболее подробно изучены и идентифицированы так называемые предраковые состояния и заболевания, поиск которых путем систематических массовых профилактических осмотров стал наглядным примером значения этой формы профилактики и ранней диагностики злокачественных опухолей. В США после внедрения массового скрининга стали чаще выявляться опухоли insitu, чем инвазивные формы. В 2010 г. в России было выявлено 4867 (в 2000 г. - 2343) больных с преинвазивным раком. Основная масса таких больных (2939) имела локализацию в шейке матки: 21 на 100 больных инвазивным раком этой локализации.

Рак шейки матки.

В 2010 г. в России было зарегистрировано 14,7 тыс. больных раком шейки матки (табл. 2). За период с 2005 по 2010 г. прирост абсолютного числа заболевших составил 13,9%. Его доля в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России снизилась с 7,0% (в 1989 г.) до 5,3% (в 2010 г.) (5-е ранговое место); в возрастной группе 15-39 лет среди всех злокачественных новообразований у женщин максимальна доля злокачественных новообразований шейки матки (22,4%), в 40-54 г. она составляет 9,4% (2-е место после рака молочной железы) (табл. 3).

Таблица2.

Динамика заболеваемости раком женских половых органов в России, 1989-2010 гг.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Локализация | Годы наблюдения |
|  |  | 1989 | 1993 | 1996 | 1999 | 2002 | 2005 | 2010 |
| Абсолютное число вновь выявленных заболеваний (в тыс.) | Шейка матки | 13,5 | 11,6 | 11,8 | 12,2 | 12,3 | 12,9 | 14,7 |
|  | Тело матки | 11,0 | 11,9 | 13,8 | 14,5 | 15,0 | 17,1 | 19,8 |
|  | Яичники | 9,9 | 10,6 | 10,8 | 11,4 | 11,7 | 12,3 | 13,1 |
| Доля в структуре заболеваемости, % | Шейка матки | 7,0 | 5,8 | 5,5 | 5,4 | 5,3 | 5,2 | 5,3 |
|  | Тело матки | 5,7 | 5,9 | 6,5 | 6,4 | 6,5 | 6,8 | 7,1 |
|  | Яичники | 5,1 | 5,3 | 5,1 | 5,0 | 5,1 | 4,9 | 4,7 |
| Средний возраст заболевших (лет) | Шейка матки | 58 | 58 | 56 | 55 | 55 | 54 | 52 |
|  | Тело матки | 61 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
|  | Яичники | 58 | 59 | 58 | 59 | 58 | 59 | 59 |
| Показатель заболеваемости раком: стандартизованный\* | Шейка матки | 12,4 | 10,6 | 10,7 | 11,1 | 11,4 | 12,3 | 14,3 |
|  | Тело матки | 9,6 | 10,2 | 11,7 | 12,1 | 12,5 | 13,9 | 15,7 |
|  | Яичники | 9,3 | 9,6 | 9,8 | 10,1 | 10,3 | 10,7 | 11,2 |

\* Мировой стандарт, десятилетние возрастные группы.

Таблица3.

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России в разных возрастных группах (2010 г.)\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ранг | Все возрасты | Возраст, годы |
|  |  | 0-14 | 39 | 40-54 | 55-69 | 70-84 | 85+ |
| I | Рак молочной железы (20,5%) | Лейкозы (29,9%) | Рак шейки матки (22,4%) | Рак молочной железы (29,6%) | Рак молочной железы (23,0%) | Рак молочной железы (14,6%) | Рак молочной железы (12,6%) |
| II | Рак тела матки (7,1%) | Опухоли ЦНС (17,9%) | Рак молочной железы (17,7%) | Рак шейки матки (9,4%) | Рак тела матки (9,7%) | Рак ободочной кишки (9,4%) Рак желудка (8,7%) Рак прямой кишки (5,8%) | Рак ободочной кишки (9,7%) Рак желудка (8,9%) Рак легкого (5,2%) |
| III | Рак ободочной кишки (6,9%) | Лимфомы (9,8%) | Лимфомы (9,3%) | Рак тела матки (8,6%) | Рак ободочной кишки (6,8%) |  |  |
| IV | Рак желудка (6,2%) | Рак почки, мезотелиальныхи мягких тканей (по 7,4%) | Рак щитовидной железы (8,4%) | Рак яичников (7,2%) | Рак желудка (5,4%) Рак прямой кишки, яичников (по 4,9) |  |  |
| V | Рак шейки матки (5,3%) | Опухоли костей и суставных хрящей (4,3%) | Рак яичников (7,4%) | Рак щитовидной железы (4,6%) |  | Рак тела матки (5,0%) | Рак поджелудочной железы, прямой кишки ( по 4,7%) |

\* Исключены немеланомные новообразования кожи.

Ежегодно в мире регистрируется 529,4 тыс. больных раком шейки матки (9% среди всех злокачественных новообразований у женщин) и 274,9 тыс. умерших. Широкое распространение рака шейки матки отмечено в развивающихся странах, на которые приходится 78% случаев, а его доля достигает 15% от числа всех злокачественных новообразований у женщин (в развитых странах - 4,4%). Настораживает прирост заболеваемости раком шейки матки в России (с 12,4 на 100 тыс. женского населения в 1989 г. до 14,3 на 100 тыс. в 2010 г. - 15,3%) в то время как в странах Запада, где проводится массовый скрининг, позволяющий диагностировать предраковые состояния и ранние формы рака, показатели заболеваемости (и смертности) значительно снизились за последнее десятилетие. Средний возраст заболевших в России снизился на 6 лет: с 58 (в 1989 г.) до 52 лет (в 2010 г.). Максимальные возрастные показатели заболеваемости раком шейки матки зарегистрированы в возрастной группе 50-64 года (31-32 на 100000), тела матки - в возрастной группе 60-64 года (91,9 на 100000), яичников - в возрастных группах 60-74 и 70-74 года (40-41 на 100000) (рис. 1). Анализ динамики возрастных показателей заболеваемости в России с 1990 по 2010 г. выявил некоторую тенденцию к снижению частоты случаев рака шейки матки в возрастных группах 60-69 лет и 70 лет и старше и к росту числа заболеваний раком тела матки и яичников во всех возрастах (табл. 3).



Рисунок 1. Возрастные показатели заболеваемости раком женских половых органов в России в 2010 г. (на 100 тыс. женского населения)

Более 6,2 тыс. больных ежегодно умирает от рака шейки матки в России (4,6% среди всех злокачественных новообразований у женщин) (табл. 4). Средний возраст умерших составляет 58 лет (в 1991 г. - 64 года). Смертность от рака шейки матки в среднем по России в 2010 г. (5,2 на 100000) была в 2,8 раза ниже, чем заболеваемость (14,3 на 100000). У женщин в возрасте от 15 до 40 лет рак шейки матки является основной причиной смерти среди всех больных злокачественными новообразованиями, достигая 19,5%; в 40-54 года рак шейки матки переходит на 2-е место (9,7%).

Среди 50 стран мира самые высокие показатели смертности от рака шейки матки зарегистрированы в Зимбабве (43,1 на 100000), Мали (25,4 на 100000) и Колумбии (18,2 на 100000); минимальные (менее 3 на 100000) - в Австралии, США, Канаде, Финляндии, Греции, Италии. В развивающихся странах мира стандартизованные показатели смертности были в 3 раза выше, чем в развитых странах (9,8 и 3,2 на 100000).

Показатели выживаемости варьируют: хорошие прогнозы отмечены в странах с низким риском рака шейки матки (в США - 72%<http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0577/analit04.php>, в европейских странах - 60%). Даже в развивающихся странах, в которых чаще диагностируются более распространенные (запущенные) случаи рака шейки матки, выживаемость достигает 48%; самые низкие показатели - в Восточной Европе. Показатели выживаемости в зависимости от степени распространенности процесса представлены в табл. 5.

Таблица 4.

Показатели 5-летней относительной выживаемости больных злокачественными новообразованиями, выявленными в США в 1999-2005 гг. (%)\*

|  |  |
| --- | --- |
| Локализация | Процесс |
|  | Всего | в том числе: |
|  |  | I | II | III |
| Шейка матки | 72 | 93 | 59 | 18 |
| Тело матки | 85 | 96 | 70 | 19 |
| Яичники | 46 | 94 | 73 | 29 |

\* Степень распространенности процесса:

1. локализованный;

2. переход на окружающие ткани, регионарные метастазы;

. отдаленные метастазы.

Рак тела матки.

Географическое распределение рака тела матки аналогично распространению рака яичников. Для него характерно большее ежегодное число новых случаев (188,8 тыс. в мире), чем смертей, что может объясняться наиболее благоприятным прогнозом. В России ежегодно регистрируется более 19,8 тыс. больных раком тела матки. За период с 2005 по 2010 г. прирост абсолютного числа заболевших составил 15,6%. Средний возраст заболевших раком тела матки в России составлял в 2010 г. 62 года (умерших - 68 лет). Соотношение рака эндометрия и рака шейки матки в европейских странах и США составляет от 1:2 до 1:7.

В развитых странах мира заболеваемость раком тела матки (12,9 на 100000 женского населения) была в 2,2 раза выше, чем в развивающихся (5,9 на 100000). В странах СНГ заболеваемость раком тела матки колебалась от 4,5-9,9 на 100000 (в Азербайджане, Кыргызстане, Казахстане и Армении) до 15,7-20,2 на 100000 (в России, Беларуси и на Украине). За период с 1989 по 2010 г. стандартизованные показатели заболеваемости в России увеличились с 9,6 до 15,7 на 100000 (прирост составил 63,5%).

В структуре заболевших доля рака тела матки достигала 7,1%. В России он занимал 3-е ранговое место после молочной железы и шейки матки в возрастной группе 40-54 года (8,6%) и 2-е место в возрастной группе 55-69 лет (9,7%); с увеличением возраста он переходит на 5-е место в 70-84 года и его доля сокращается до 5%.

Показатели заболеваемости раком тела матки в 2010 г. увеличились во всех возрастных группах, начиная с 25 лет. Они были максимальные в возрастной группе 60-64 года (91,9 на 100000). Интенсивность роста заболеваемости с возрастом хорошо характеризует индекс накопления возрастного пика заболеваемости к уровню заболеваемости в возрасте до 50 лет, например, в 45-49 лет. При злокачественных новообразованиях женских половых органов он колебался от 1,0 при раке шейки матки до 3,7 при раке тела матки и 1,7 - при злокачественных новообразованиях яичников.

Среди 50 стран мира самые высокие показатели смертности от рака тела матки (5-7 на 100000) в Чехии, Словакии, Кыргызстане, Кубе и Азербайджане, низкие - в Китае, Японии, Мали, Уганде (0,4-1,2 на 100000).

Злокачественные новообразования яичников.

Ежегодно в мире регистрируется 225,5 тыс. новых случаев злокачественных новообразований яичников и 140,2 тыс. смертей от него, в США - 22,3 тыс. и 15,5 тыс., в России - 13,1 тыс. и 7,8 тыс. За период с 2005 по 2010 г. прирост абсолютного числа заболевших составил 6%. Во многих странах эта патология занимает среди злокачественных новообразований 5-е ранговое место. Злокачественные опухоли яичников встречаются у женщин всех возрастных групп, начиная с младенчества. В России доля рака яичников среди злокачественных новообразований колебалась от 4,9% (в 55-69 лет) до 7,2% (в 40-54 года) и 7,4% (в 15-39 лет). Показатель заболеваемости достигал наибольшего значения (41,2 на 100000) в возрастной группе 60-64 года. В Англии, Дании, Финляндии, Чехии, Швеции заболеваемость этой формой рака составляла 9-15 (на 100 тыс. женского населения, мировой стандарт). В развитых странах мира заболеваемость раком яичников была в 1,9 раза выше, чем в развивающихся (9,4 и 5,0 на 100000).Стандартизованные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями яичников в России увеличились на 20,4% (с 9,3 на 100000 в 1989 г. до 11,2 на 100000 в 2010 г.).

В 2010 г. в России от рака яичников умерло 7,8 тыс. больных (5,8% среди всех злокачественных новообразований у женщин). В структуре умерших от злокачественных новообразований рак яичников стоит на 5-м месте. Максимальна доля умерших в возрастной группе 40-54 года (9,2%, 3-е ранговое место); с увеличением возраста она сокращается до 6,8% в возрастной группе 55-69 лет и 4,5% в возрастной группе 70-84 года. Доля умерших от рака яичников составляла 35% среди всех злокачественных новообразований женских половых органов. Средний возраст заболевших в России составлял 59 лет (умерших - 64 года).

.3 Причины, предрасполагающие факторы рака женских половых органов

Злокачественные опухоли женских половых органов могут развиваться на влагалищной части шейки матки, в канале шейки. Значительно реже они возникают в полости матки, в просвете маточных труб, в яичниках, на слизистой оболочке влагалища и наружных половых органов .

На основании данных экспериментальных исследований и клинических наблюдений ученые пришли к выводу, что только некоторые факторы имеют значение в развитии злокачественных опухолей женских половых органов.

Общеизвестно, что раком шейки матки чаще болеют многорожавшие женщины. Некоторые ученые считают рак шейки матки болезнью матерей. По данным сотрудников клиники Мейо (США), из 828 женщин, больных начальным раком шейки матки, только 17,8% были нерожавшими, 20% рожали один раз, 53% -от 3 до 5 раз и более 6 родов было у 8,9% женщин. Однако необходимо уточнить, что в развитии патологических процессов в шейке имеет значение не столько сама родовая травма, сколько последствия этой травмы (вывороты слизистой оболочки, разрывы шейки), которые способствуют развитию злокачественных опухолей.

Не меньшее значение, чем механическая травма, имеют воспалительные процессы в шейке матки.

Вследствие особенностей строения половых органов женщины-, микробы легко проникают в канал шейки матки. Аборты, роды, особенно протекающие вне больничной обстановки, половая жизнь способствуют этому. Правильнее будет сказать, что не сами разрывы, а присоединившаяся инфекция, которая вызывает хроническое воспаление, является неблагоприятным фактором, способствующим развитию опухоли.

Не менее важное значение в развитии злокачественных опухолей женских половых органов имеет возраст, вернее, старение организма. Изменения общего обмена веществ в организме женщины, возрастное снижение защитных способностей соединительной ткани, увядание половых желез свойственно климактерическому периоду женщины. А так как именно в этот период чаще всего развиваются злокачественные опухоли половых органов, то их появление трудно отделить от процессов, наступающих со старением женского организма.

1.4 Основные факторы риска возникновения рака половых органов женщин

Несмотря на высокие адаптационные способности женского организма, последние десятилетия наблюдаются неуклонный рост гинекологических заболеваний, связанных с нарушением функции репродуктивной системы. Эти заболевания представляют собой ответ организма женщины на неспецифические патогенные воздействия окружающей среды. Наиболее часто нарушение функции репродуктивной системы встречаются в периоде половой зрелости (18-45 лет).

Больные с воспалительными заболеваниями половых органов составляют 60-65% пациенток, обратившихся в женскую консультацию, в этой возрастной группе.

Рост воспалительных заболеваний половых органов женщин, является следствием возрастающей миграции населения, урбанизации, изменения полового поведения молодежи, проституции.

Несвоевременное воспалительных заболеваний женской половых органов приводит к хронизации процесса и является причиной бесплодия, внематочной беременности, тазовых болей, причиняющих страдания и инвалидизирующих женщин в возрасте социальной активности.

Частота воспалительных процессов возрастает, если учесть, что они нередко сопутствуют эндометриозу, злокачественным новообразованиям и другим заболеваниям половых органов.

Травмы при родах, абортах, заболевания передающиеся половым путем, химические и физические факторы, применяемые для контрацепции, возрастные и гормональные сдвиги, заболевания желез внутренние секреции и грают важную роль в возникновении предопухолевых заболеваний шейки матки в период половой зрелости и пременопаузы. В периоде половаого созревания, пременопаузы и перименопаузы имеется предрасположенность к развитию гиперпластических процессов эндометрия. Патологические пролиферативные изменения слизистой оболочки тела матки, относятся к одному из самых распространенных гинекологических заболеваний. Гиперпластические процессы эндометрия могут возникать самостоятельно или сочетаться с другой патологией (миома матки, эндометриоз, опухоли яичника).

Миома матки - самая распространенная доброкачественное опухолевидное образование из гладкомышечных элементов. Встречается у 20% женщин, старше 30 лет, до 40 % у3 женщин старше 40 лет. Наиболее часто миома матки обнаруживают у городских женщин. В последнее время стали выявлять и у более молодых женщин (25-30 лет). Кровотечение в менопаузе (пост климатическое кровотечение) - нередкий симптом по поводу которого женщина обращается к врачу. Это нарушение требует весьма серьезного внимания, поскольку оно у значительной части женщины, может быть связано с наличием злокачественной опухоли (шейки матки, тела матки, влагалища или вульвы), а также при неопухолевых заболеваниях этих отделов (эрозия шейки матки, выступающие полипы шейного канала, атрофические кольпиты). Если в этот период врач не проводит полного обследования женщины или женщина не обращается к врачу, это ведет к запоздалой диагностике злокачественных новообразований женских половых органов. Особенно важным вопросом является дальнейшая судьба женщины, у которой после обследования было исключены наличие злокачественной опухоли. Эти женщины, как и те, которые уже имеют длительный срок возрастной аменореи (отсутствие месячных) должны находится на диспансерном учете женских консультаций. Каждая женщина должна помнить, что она обращаться к врачу должна не только тогда, когда потеря крови будут исчисляться литрами, а когда в этот период появится первое кровомазание или появится кровь при половом акте.

Что должна знать каждая женщина, чтобы себя уберечь от злокачественных заболеваний женских половых органов.

Фактором риска называется состояние или заболевания женских половых органов, способствующее развитию злокачественных новообразований.

Факторы риска возникновения рака шейки матки:

инфекционно-воспалительные заболевания: заболевания шейки матки, вызванные вирусной инфекцией (вирус герпеса типа II, вирус плоских кондилом, вирус папилломы человека), хламидиями, микоплазмами.

Сексуальный фактор: ранняя половая жизнь, брачная нестабильность, частая смена партнеров, частые аборты.

Мужской фактор: заболевания передающиеся половым путем

Возрастные и гормональные сдвиги, заболевания желез внутренней секреции, состояния иммунодефицита.

Факторы риска возникновения рака яичников:

К группе риска относятся женщины:

С нарушением менструальной и детородной функции, ранним и поздним началом менструации, бесплодием

пациентки с миомой матки и эндоментриозом, хроническими осумкованными воспалительными процессами придатков

пациентки с малочисленными кровотечениями в постменопаузе, ранним или поздним наступлением менопаузы, гиперэстрогенемия

особое значение имеет отягощающая наследственность по раку опухоли яичников в анамнезе, облучение, профвредности

ранее оперированные по поводу опухолевидных процессов и доброкачественных опухолей яичников, миомы матки с оставлением 1 или 2 яичников

получавшие гормоны или облучение с целью подавления эстерогенной функции яичников

Факторы риска возникновения рака тела матки:

наличие у пациенток гипертонической болезни, алиментарно-конституционное ожирение, сахарный диабет ,

эндокринопатии: дисфункцианальные маточные кровотечения, доброкачественные опухоли матки и яичников, миома, эндометриоз, гормональное бесплодие

атипическая гиперплазия, аденоматозные полипы

Фоновые заболевания женских половых органов:

эрозия шейки матки

псевдоэрозия

лейкоплакия

полип цервикального канала

аденоматоз

Предраковые заболевания женских половых органов - дисплазия шейки матки.

Дисплазия шейки матки не имеет типичных клинических признаков, нередко протекают без выраженных симптомов. Обычно она возникает на фоне существующих патологических процессов. У некоторых больных дисплазия существует на малоизмененной шейке матки и выявляется только при кольпоскопии. Дисплазии могут существовать длительное время. При тяжелой дисплазии существует риск возникновения рака шейки матки. Если женщина даже 1 раз в год будет профилактически посещать женскую консультацию у нее никогда не будет рака шейки матки. Дорогие женщины не упускайте такую возможность, сохраняйте свое здоровье!

1.1

1.5 Современное состояние онкологической помощи женщинам со злокачественными новообразованиями половых органов и пути ее совершенствования

Совершенствование системы мероприятий, направленных на раннее выявление онкологических процессов и их профилактику является одной из приоритетных задач современного здравоохранения. Злокачественные новообразования являются одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества. Раннее выявление и, как следствие, раннее начало лечения таких больных способствуют значительному увеличению продолжительности жизни пациентов. Значительную роль в раннем выявлении и лечении онкологических заболеваний играет лучевая диагностика и лучевая терапия (ЛДЛТ). За последние годы в этой области широко внедряются высокотехнологичные методы и новые технологии.

Использование новых технологий требует организационных мероприятий, в т.ч. формирования специальных подразделений. Решение этих вопросов требует научно-организационного системного подхода.

Цель исследования заключается в разработке комплекса экономически обоснованных мероприятий по оптимизации обеспечения онкологических больных высокотехнологичными методами ЛДЛТ.

Для достижения указанной цели нами поставлены следующие задачи:

. Проанализировать динамику и медико-социальную значимость злокачественных новообразований в Санкт-Петербурге.

. Изучить состояние службы ЛДЛТ в Санкт-Петербурге.

. Проанализировать структурное качество (материально-техническая база, кадры), качество процесса (методики и объемные показатели) и результаты использования высокотехнологичных методов лучевой диагностики и терапии по данным РНЦРХТ за 5 лет (2006-2010 гг.) по первичным материалам и данным социологического исследования мнения врачей и пациентов.

. Оценить экономическую затратность использования высокотехнологичных методов ЛДЛТ по данным ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» (РНЦРХТ).

. Разработать и внедрить рекомендации по использованию высокотехнологичных методов ЛДЛТ для лечения онкологических больных.

На первом этапе изучено состояние службы лучевой диагностики в Санкт-Петербурге. Установлено, что в Санкт-Петербурге в 545 медицинских учреждениях функционировали 675 подразделений лучевой диагностики. Среди них преобладали рентгенологические отделения (38,4 %) и кабинеты ультразвуковой диагностики (37,2 %). На третьем месте - маммографические кабинеты (10,0 %). Значительно меньший удельный вес составляют флюорографические кабинеты - 5,5 %, отделения компьютерной томографии - 4,4 %, лаборатории радиоизотопной диагностики - 2,4 % и радиологические (лучевой диагностики) подразделения - 2,1 % .

К сожалению, в официальных формах статистической отчетности не представлены сведения о подразделениях, выполняющих такие высокотехнологичные методы лучевой диагностики, как магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография и др.

За период с 2004 года возможности дорогостоящих высокотехнологичных исследований значительно выросли: число РК томографов увеличилось на 51,7 %, ангиографических аппаратов - в 2,75 раз, остеоденситометров - на 114,3 %.

Методическое руководство службой лучевой диагностикой (ЛД) осуществляет Российский научный центр радиологии и хирургических технологий. Центр включен в перечень федеральных специализированных медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологическую медицинскую помощь, располагает многопрофильной клинической базой на 260 коек и оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) онкологическим больным по 10 разделам. По каждому разделу разработаны модели пациентов (всего 219) и доступные методы лечения. Ежегодно высокотехнологичная помощь (ВМП) в РНЦРХТ оказывается более чем трем тысячам больных. В 2010 году ВМП получили 3542 пациента: в отделении урологии - 370 (10,4 %), отделении протонной терапии с блоком протонной терапии (ОПТ) - 362 (10,2 %), отделении лучевой терапии онкологических заболеваний (ОЛТОЗ) - 630 (17,8 %), отделении лучевой терапии системных заболеваний (ОЛТСЗ) - 291 (8,2 %), отделении рентгено-хирургических методов диагностики и лечения (ОРХМДиЛ) - 555 (15,7 %), отделении лучевой терапии заболеваний органов малого таза и забрюшинного пространства (ОЛТЗОМТиЗП) - 400 (11,3 %), гинекологии - 460 (13,0 %), хирургии - 474 (13,4 %).

Из общего числа квот, выделенных Центру для оказания ВМП, доля онкологических больных составила 95,5 %. Среди получивших ВМП по поводу онкологических заболеваний женщины (53,7 %) преобладали над мужчинами (46,3 %). Пациенты моложе 30 лет составили всего 4 %, лица в возрастной группе 30-39 лет - 6,2 %. Средний возраст больных составил 57,3 года. Жители Санкт-Петербурга составили 65,8%, городские жители всего - 90,2% сельские - 9,8%.

Анализ структуры онкологических заболеваний у госпитализированных выявил преобладание болезней органов пищеварения - 23,8 %. Последующие места занимали злокачественные новообразования (ЗНО) молочной железы - 12,6 % и ЗНО женских половых органов - 10,7 %. На долю этих четырех групп нозологий пришлось около половины всех пациентов - 47,1 %.

На высокотехнологичную помощь при онкологических заболеваниях пришлось 80,7 % услуг, оказанных в стационаре. Лучевая терапия (ЛТ) использовалась у 1374 больных, из них только лучевая терапия у 65,5 %, а ЛТ в сочетании с химиотерапией - у 34,5 %.

Значительная часть больных с онкологической патологией проходят стационарный этап лечения неоднократно. В текущем году однократно госпитализированы 63,8 %, а за весь период лечения только половина больных (50,4 %) госпитализированы один раз. За весь период лечения 2-3 раза госпитализированы 25,9 % пациентов, 4-6 раз - 15,3 %, 7-9 раз - 6,0 %, а 2,4 % лечились в РНЦРХТ 10 и более раз. Среднее число госпитализаций в течение одного года составило 1,8, а за все время лечения - 2,6 раз. Число госпитализаций не зависело от места жительства больных ЗНО. В среднем, в течение одного года пациенты из Санкт-Петербурга госпитализированы 1,8 раз, жители Ленобласти - 1,6, из других регионов - 1,6 раз; в течение всего срока лечения - 2,8, 2,4 и 2,3 раз, соответственно (t=1,2).

1.6 Профилактика и ранняя диагностика злокачественных новообразований половых органов женщин

Злокачественные опухоли женских половых органов занимают особое место в клинической онкологии: они являются наиболее часто встречающимися злокачественными новообразованиями у женщин.

Ежегодно в мире регистрируется 12,7 млн новых случаев рака, из них более 1 млн приходится на заболевания женской половой сферы. В России в 2010 г. число вновь выявленных заболеваний женских половых органов достигло 47,7 тыс. (17% от числа всех злокачественных опухолей).

Анализ данных о состоянии онкологической помощи больным раком женских половых органов показал, что в 2010 г. в Бурятии доля морфологически верифицированных диагнозов при раке яичников (89,1%) была ниже по сравнению с долей рака шейки (97,4%) и тела (96,5%) матки. Распределение больных раком яичников по стадиям достоверно отличается от их распределения при раке шейки и тела матки, характеризуясь вдвое меньшей долей I-II стадий среди больных с впервые в жизни установленным диагнозом и преобладанием III-IV стадий заболевания . Одним из путей снижения смертности от злокачественных новообразований является скрининг - выявление бессимптомного рака путем массовых профилактических осмотров населения. Ранняя диагностика злокачественных опухолей вульвы, вагины и шейки матки возможна с помощью простейших методов обследования - осмотра и пальпации. Раннее распознавание опухолей эндометрия (тела матки) также не требует сложных методов обследования. Менее доступными для ранней диагностики являются лишь опухоли яичников. Несмотря на то, что профилактические осмотры играют значительную роль при диагностике рака шейки матки (выявляется 28,9% заболевших в Бурятии), за последние 10 лет доля больных, выявленных при их проведении, увеличилась всего на 5%, значительно ниже доля при раке тела матки (12,2%) и яичников (10,2%). На 100 вновь выявленных больных раком шейки матки приходилось 44 умерших; минимальным этот показатель был в группе больных раком тела матки (31), максимальным - при раке яичников (59).

Сравнительная оценка состояния онкологической помощи в динамике и в различных регионах сопряжена с большими трудностями из-за обилия анализируемых показателей. В связи с этим был разработан кумулятивный критерий, позволивший свести в одно числовое значение множество частных показателей деятельности службы, к которым относятся морфологическая верификация диагноза, выявляемость на профилактических осмотрах, ранняя выявляемость заболеваний, индекс накопления контингентов, их летальность и т.д.

По кумулятивному критерию состояние онкологической помощи больным раком яичников находится на самом низком уровне (0,71) по сравнению с другими локализациями злокачественных новообразований женской половой сферы (0,96-0,98). Это обусловлено низкой верификацией диагноза, большой долей заболеваний IV стадии, высокой одногодичной летальностью, летальностью контингентов и максимальным числом умерших в расчете на 100 заболевших.

В онкогинекологии наиболее подробно изучены и идентифицированы так называемые предраковые состояния и заболевания, поиск которых путем систематических массовых профилактических осмотров стал наглядным примером значения этой формы профилактики и ранней диагностики злокачественных опухолей. В США после внедрения массового скрининга стали чаще выявляться опухоли insitu, чем инвазивные формы. В 2010 г. в России было выявлено 4867 (в 2000 г. - 2343) больных с преинвазивным раком. Основная масса таких больных (2939) имела локализацию в шейке матки: 21 на 100 больных инвазивным раком этой локализации

. СИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ, СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

2.1 Динамика заболеваемости раком половых органов женщин в Республике Бурятия

В динамике по пятилетиям, с увеличением возраста до 60 лет, темпы снижения заболеваемости раком шейки матки неуклонно уменьшаются, а в 60-69 лет динамика заболеваемости становится положительной со среднегодовым темпом прироста равным 0,2%.

Следовательно, на территории Республике Бурятии высокие показатели заболеваемости раком шейки матки обусловлены низкими темпами снижения этого показателя, особенно в возрастных группах 40-49, 50-59 лет при положительной динамике темпа в возрасте 60-69 лет. Это свидетельствует о неполном охвате профилактическими осмотрами неорганизованного населения старших возрастных групп, а также 40-49-летнего возраста, о недостаточно полном обязательном обследовании путем цитологического скрининга всех женщин старше 20 лет, о несвоевременном выявлении и лечении фоновых и предраковых заболеваний. В особенности это касается женского населения сельской местности, поскольку у них заболеваемость раком шейки матки в 1,6 раза выше, а снижение ее почти в 2 раза происходит замедленными темпами, по сравнению с горожанками.

Максимальные возрастные показатели заболеваемости раком варьируют во времени. Если в 1-м пятилетии пик заболеваемости раком шейки матки приходился на 5059 лет, то в 3-м пятилетии он сместился в сторону старшего возраста - 60-69 лет.

Рост заболеваемости раком тела матки наблюдается во всех возрастных группах, за исключением 30-39 лет. Наиболее высокий темп прироста заболеваемости наблюдается в 40-49 лет, снижаясь в старших возрастных группах.

При общей повозрастной тенденции к росту заболеваемости раком яичников отмечается снижение этого показателя в 70 лет и старше. Максимальная заболеваемость до 1992 г. (1-е пятилетие) была в возрастных группах 60-69, 70 лет и старше, а в 3-м пятилетии сместилась в сторону возраста - 50-59, 60-69 лет. Наиболее высокий темп прироста заболеваемости наблюдался в 30-39 лет.

Следовательно, за последнее пятилетие произошло значительное «омоложение» рака яичников, а с начала 3-го пятилетия он стал диагностироваться и даже приобрел тенденцию к росту в самой молодой возрастной группе - 29 лет.

2.2 Анализ смертности от рака половых органов женщин и ее особенности в Республике Бурятии

рак женский половой злокачественный

Неравномерности распределения рака женских половых органов в соответствии с делением его территории на природно-климатические и экологические зоны позволяет с большой долей вероятности высказать предположение о роли каких-то факторов внешней среды в этиологии рака женских половых органов.

Повозрастное распределение умерших от рака шейки матки свидетельствует об увеличении показателей смертности с увеличением возраста. В среднем за 15 лет из числа всех умерших от рака шейки матки удельный вес умерших в возрасте от 50 до 70 лет и старше составил 80,2%.

Показатели смертности были наиболее высокими в возрасте 70 лет и старше, 60-69 лет, 50-59 лет (29,3; 17,6; 11,7 на 100 000 женщин).

Показатель смертности от рака тела матки в 2007 г. составил 8,5 ± 1,3 в «грубом» и 5,5 в стандартизованном исчислении. Наиболее высоким он был в 2005, 2007 и 2008 гг. Прирост смертности в республике от этой локализации рака в 2008 г. по сравнению с 2002 г. составил 11,2%.

Смертность городских и сельских женщин от рака тела матки имеет одну и ту же тенденцию к росту, и показатели ее практически не имеют различий как в среднем за 15 лет, так и в отдельные годы изучаемого периода.

Темпы роста показателей смертности от этой онкопатологии в течение 15 лет были практически одинаковыми (9,2% - город, 8,9% - село).

С увеличением возраста увеличиваются и показатели смертности от рака тела матки. В среднем за 15 лет из числа всех умерших от рака тела матки удельный вес умерших в возрасте от 50 лет и старше составил 85,1%. Показатели смертности были наиболее высокими в возрасте 6069 и 70 лет и старше (19,2 и 26,5 на 100 ООО женщин).

Показатель смертности от рака яичников в 2008г. был на уровне 13,9 ± 1,2 в «грубом» и 12,1 в стандартизованном исчислении.

Смертность среди городского и сельского населения от рака яичников имеет тенденцию к росту, но процесс этот, как и при раке тела матки, не носит выраженного характера. Темпы роста показателей смертности от рака яичников были практически равными как в городской (8,1%), так и в сельской (7,9%) местности.

Рост показателя смертности от рака яичников с увеличением возраста и возрастная структура умерших аналогичны таковым при раке шейки матки с той лишь разницей, что смертность в возрасте до 40 лет была более высокой на протяжении всех исследуемых лет. В то же время число умерших от рака яичников в возрасте 70 лет и старше было меньше, чем при раке шейки матки. Удельный вес умерших в возрасте от 50 до 70 лет и старше составил 57,1%.

Показатели смертности были наиболее высокими в возрасте 60-69 лет (28,8) и 50-59 лет (28,3) на 100 000 женщин.

Таким образом, смертность от рака яичников продолжает оставаться на первом месте среди гинекологических новообразований. Различный уровень смертности в отдельных территориальных образованиях объясняется различиями в заболеваемости злокачественными опухолями яичников. Как правило, в тех районах, в которых уровень заболеваемости выше, выше и показатели смертности от рака яичников.

Злокачественные заболевания женских половых органов как причина инвалидности в основном определяется тремя нозологиями: раком шейки матки, раком тела матки и раком яичников. На долю лиц с прочей локализацией (рак вульвы и влагалища) приходится лишь 2,5%. Общий уровень первичной инвалидности вследствие рака женских половых органов в крае за изучаемый период имел тенденцию к росту и к 2002 г. достиг значения 5,9 на 10 тыс. женского населения всех возрастов, что в абсолютном значении составило 8125 жительниц края.

Таблица 1.

Смертность от рака женских половых органов в России (1991-2010 гг.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Год | Локализация |
|  |  | Шейка матки (С 53) | Др. части матки (С55, 58) | Яичники (С56) | Все ЖПО (С51 - С58) |
| Абсолютное число умерших (тыс.) | 1991 | 6,1 | 6,1 | 8,9 | 21,1 |
|  | 2007 | 6,2 | 6,2 | 7,6 | 21,7 |
|  | 2010 | 6,2 | 6,6 | 7,8 | 22,3 |
| Доля в структуре смертности, % | 1991 | 4,8 | 4,8 | 7,0 | 16,6 |
|  | 2007 | 4,7 | 4,7 | 5,8 | 16,7 |
|  | 2010 | 4,6 | 4,9 | 5,8 | 16,5 |
| Средний возраст умерших (лет) | 1991 | 64 | 67 | 64 | 66 |
|  | 2007 | 58 | 67 | 64 | 64 |
|  | 2010 | 58 | 68 | 64 | 64 |
| Стандартизованный показатель смертности (на 100000 женского населения, мировой стандарт) | 1991 | 4,9 | 4,7 | 7,4 | 17,4 |
|  | 2007 | 5,3 | 4,4 | 5,9 | 16,5 |
|  | 2010 | 5,2 | 4,4 | 5,9 | 16,9 |

2.3 Сравнительный анализ онкологических заболеваний гениталий среди женщин Бурятии, Кижингинского и Кабанского районов

Для выполнения поставленной задачи нами изучена заболеваемость раком молочной железы и гениталий за период почти 50 лет в экстенсивных, интенсивных и стандартизованных показателях на 100000 женщин. У истоков становления онкологической статистики подсчет экстенсивных показателей заболеваемости раком молочной железы и шейки матки показал, что наша республика относится к территории повышенного риска рака шейки матки и пониженного рака молочной железы. Удельный вес рака этих органов в то время был равен 13,7 % и 2,14%, занимая в ранговом распределении злокачественных опухолей у женщин 3 и 8 место. Однако, за изучаемый временной интервал, в результате разнонаправленной динамики рака указанных форм, рак молочной железы с 8 места переместился на 1 место, а рак шейки матки -с 3-го на 4 место. Доля этих разновидностей рака в общей онкологической заболеваемости женского населения стала равной соответственно 17,52 % и 7,59%. Грубый показатель заболеваемости раком молочной железы вырос в 6 раз с 2,7 до 16,1 на 100000 женщин. Рост рака этой формы но стандартизованным показателям в 2 раза меньше: с 12,8 до 31,73 на 100000 женщин. Обратная картина наблюдается при раке шейке матки. В результате неуклонного снижения популяционная частота рака этого органа снизилась с 25,6 до 13,5, т.е. в 1,9 раза. В результате вышеуказанной тенденции различие в заболеваемости раком шейки матки Бурятии и России в последней декаде этого столетия составили в 1,25 раза, раком молочной железы в 1,09 раза. Вместе с тем вероятность развития рака тела матки у женщин Бурятии в 2 раза ниже таковой в России. Так, к примеру, в 1996 году грубые и стандартизованные показатели рака тела матки в Бурятии были равны 6,46 и 5,53, то в России - 17,61 и 11,84. В этом году частота рака яичников в Бурятии была равна 9,76 в интенсивных показателях, в России -17,61, в стандартизованных - 8,44 и 9,82. В структуре гинекологического рака опухоли яичника занимает 2 место, опухоли тела матки - 3 место, составляя 30,7% и 20,2% всех опухолей женских половых органов. Незначительная часть приходится на рак плаценты и влагалища. Почти половина опухолей органов репродуктивной системы составляет рак молочной железы. При анализе повозрастной заболеваемости рака молочной железы и гениталий и ее динамики у женщин республики за указанный долговременный период выявлены особенности, имеющие теоретическое и практическое значение.

Значительный удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин республики Бурятия имеют злокачественные опухоли половых органов и составляют 16,2%. При этом чаще выявляются злокачественные опухоли шейки матки (РШМ), затем следует рак яичников (РЯ) и рак тела матки (РТМ).

Показатель заболеваемости РШМ на 100 тыс. населения республики Бурятия (РБ) в среднем составил - 22,8, в РФ - 15,9, т. е. заболеваемость в Бурятии выше, чем в России в 1,4 раза.

Данные литературы свидетельствуют о том, что для каждой локализации рака имеется свой возрастной пик, который приходится на разные периоды жизни человека. При изучении данных заболеваемости раком женских половых органов за 10 лет (1993-2003 гг. ) выявлено неравномерное распределение по возрастам.

РШМ в возрасте до 29 лет встречается чаще в 12 раз, чем РТМ и 1,5 раза чаще, чем РЯ. Показатель заболеваемости РШМ составил 3,69 на 100 тыс. женщин. Заболеваемость РШМ в других возрастных группах также выше, чем РТМ и РЯ. Приведенные данные показывают, что наибольшему риску заболеваемости РШМ подвержен возраст от 40 до 69 лет. Пик заболеваемости приходится на возраст 50-59 лет (43,2).

РШМ на территории республики распространен неравномерно, так высокая заболеваемость наблюдается в Кяхтинском, Курумканском и Хоринском районах (31 - 36), низкая в Еравнинском, Мухоршибирском (10 - 7), Джидинском, Тункинском (4) районах.

В последние годы отмечается постоянный рост заболеваемости РТМ и РЯ. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения РТМ в 2002 г. по РБ составил 13,6, а по РФ - 20,8. Наиболее высокому риску заболеваемости РТМ подвержены женщины в возрасте 50-59 лет. Пик заболеваемости приходится на возраст 60-69 лет. Чаще РТМ регистрируется в Тарбагатайском районе (28), реже в Заиграевском, Мухор-шибирском, Бичурском (16).

РЯ, подобно РШМ, поражает женщин в молодом возрасте до 29 лет. В возрасте 40-49 лет показатель заболеваемости увеличивается в 4 раза, в 50-59 лет - возрастает в 1,6 раза, достигая максимума в 60 лет и старше (29,5). Пик заболеваемости приходится на возраст 60-69 лет (37,1). В тоже время в Кяхтинском, Тарбагатайском и Хоринском районах отмечается высокая заболеваемость раком яичников (16-22).

Анализ динамики повозрастных показателей генитального рака по пятилетиям (1993-1997, 1999-2003) показал, что заболеваемость РШМ возросла в возрастных группах до 29; 30-39; 50-59 лет. Это позволяют говорить об «омоложении» РШМ.

Рост заболеваемости РТМ в динамике по пятилетиям наблюдался во всех возрастных группах за исключением возраста 40-49 лет. Максимальная заболеваемость на протяжении 10 лет была в возрастных группах 60-69 лет.

Отмечается увеличение частоты встречаемости РЯ во 2-м пятилетии в возрасте до 29 лет в 7 раз, т. е. рост заболеваемости в самой молодой возрастной группе.

На основании проведенного нами анализа, можно сделать следующие выводы:

. Рак шейки матки и рак яичников, в отличие от рака тела матки поражает более молодой возраст.

. Скрининг рака шейки матки, рака яичников необходимо начинать в более раннем возрасте, с 25 лет.

. Заболеваемость резко увеличивается при раке шейки матки с возраста 40 лет, тела матки - с 50 лет, яичников - с 40 лет. Достигая максимума соответственно в 50-59; 60-69 лет.

. Наблюдается «омоложение» рака яичников и рака шейки матки.

Состояние онкологической помощи населению Кижингинского района за анализируемый период (2013-2009 гг.) характеризуется следующими особенностями: снизилось число морфологически верифицированных диагнозов при раке яичников (82,6%) и шейки матки (89,3%), при раке тела матки этот показатель достиг 100%.

Показатель запущенности при раке яичников ( с 77,1%, в 1991 году до 71,7% в 2009 году) превысил в 2,5 раза долю 1 и 11 стадий. При раке тела матки показатель запущенности увеличился на 7,9%, составляя 26,9%, а при раке шейки матки число больных с III-IV стадиями сократилась на 6,5%.

Выявляемость на профилактических осмотрах за 5-летний период увеличилась и составила в 2009 году при раке шейки матки 21,2% (в 2001 году- 16,7% ), при раке яичников - 6,5% (в 2001году-4,8% ), при раке тела матки - 15,4% ( в 2001 году-2,1% ).

В динамике показатель одногодичной летальности возрос при раке шейки матки (в2009 году-27,1%, в 2010 году-31,5%), при раке тела матки (в 2009 году-19,0%, В 2009 году- 26,1%). При раке яичников показатель стабилен и составлял 29,8%.

Анализируя состояние специализированного лечения в районе необходимо отметить, что доля больных получивших специализированное лечение по трем основным онкогинекологическим локализациям в 2010 году составила 89,3%, в 2012 году этот показатель значительно снизился до 66,7%. Количество больных с 1-Ш стадиями заболевания, получивших специализированное лечение сократилось почти на 20%. Эти показатели свидетельствуют о высокой запущенности процессов по всем локализациям.

Максимальный индекс накопления контингентов отмечен при раке шейки матки (2008г.-8,1), минимальный при раке яичников (2008г.-5,8). При раке тела матки этот показатель составил 7,0.

Кумулятивный показатель состояния онкогинекологической помощи населению района высокий при раке тела матки (0,883) и шейки матки (0,852), низкий - при раке яичников (0,458).

В структуре онкологической заболеваемости женского населения Кижингинского района в 2009 году рак шейки матки был на 4 месте, его доля составила 7,2%, рак яичников (4,9%) - на 7 месте, рак тела матки (2,9%) на 11 месте. Стандартизованные показатели при злокачественных новообразованиях шейки и тела матки в динамике возросли, при раке яичников отмечено некоторое снижение.

Для оценки динамики заболеваемости женского населения района злокачественными новообразованиями половых органов нами был использован метод компонент. За анализируемый период отмечен высокий риск заболеть раком тела матки (56,3%), соответственно увеличился общий прирост заболеваемости (75,0%). При раке шейки матки (15,3%) и яичников (9,3%) общий прирост увеличен за счет в большей степени изменением численности и возрастной структуры женского населения региона.

В 2009 году смертность от рака шейки матки (4,9%ооо) была на 1 месте среди всех злокачественных новообразований женских половых органов. На II месте - смертность от рака яичников (4,6%ооо), на III месте -смертность от рака тела матки (3,2%ооо).

Прирост стандартизованного показателя смертности максимальный при раке тела матки (23,1%). Отрицательные темпы прироста при раке шейки матки (-24,6%), а также при раке яичников (-41,8%).

В результате смертности продолжительность жизни женского населения Кижингинского района сокращается на 0,2 года. Стандартизованный показатель потерь человеко-лет жизни наибольший при раке шейки матки (1,4), в трудоспособном возрасте - 0,8. Наименьший - при раке яичников (0,7), в трудоспособном возрасте -0,2. При раке тела матки показатель потерь человеко-лет жизни - 0,8, в трудоспособном возрасте -0,3.Доля больных со значимыми (III-IV) стадиями заболевания среди всех впервые заболевших (показатель запущенности) традиционно является одним из ключевых индикаторов состояния онкологической помощи населению. Анализ запущенности (III-IV стадии) злокачественных новообразований (ЗН) половых органов у женщин в Кабанском районе за 5 лет (2009-2013 гг.). Источниками исследования были учетно-отчетные документы Республиканского онкологического диспансера контрольная карта диспансерного наблюдения больного ЗН (Ф. №030-6/У), медицинская карта стационарного больного (история болезни). Определялись интенсивные показатели (ИП) заболеваемости на 100 000 женского населения за каждый год, по пятилетиям (2002-2006, 2007-2012 гг.) и за 2007-2012 гг. За анализируемый период времени всего был зарегистрирован 581 случай ЗН женских половых органов. 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 с IV стадией - 9,4 %. Удельный вес больных с запущенным раком (III-IV стадии) половых органов составил 50,7 %, а среднемноголетний ИП запущенности (III-стадии) - 10,9 на 100 000 женского населения. Прирост запущенности за анализируемый (с 2006 по 2013 гг.) период был незначительным (0,9 %). Наиболее высокая запущенность зарегистрирован при раке яичников, низкая - при раке шейки матки. По Кабанскому району в поздних стадиях злокачественные опухоли шейки матки были выявлены у 44,5 % больных. Этот показатель несколько превосходил таковой по РФ (39,5 %) и ЮФО (39,2 %).Однако при таком определении показателей запущенности обращает на себя внимание увеличение за 5 лет числа запущенных случаев (III-IV стадия) рака шейки матки по ЮФО (с 38,4 % в 2005 г. до 42,5% в 2011 г.) (по РФ наметилась незначительная тенденция к снижению с 39,8 % в 2002 г. до 38,9 % в 2006 г.).По Кабанскому району показатель запущенности при раке шейки матки за анализируемый период также имел тенденцию к росту (с 41,1% в 2006 г. до 45,3 % в 2009 г. Среди больных с запущенными формами 14,9 % составляли лица моложе 40 лет, 46,7 % - 40-59 лет, 38,4 % - 60 лет и старше. Значительный рост среднегодовых ИП пятилетиям отмечался у женщин в возрасте 50-59 лет - на 22,7 (с 30,9 в 2002- 2006 гг. до 37,9 в 2007-2012гг.), 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 %). В возрастной группе 70 лет и старше удельный вес женщин с запущенной стадией среди впервые выявленных больных в городах и сельской местности был одинаковым - 18,3 % и 18,2 % соответственно, в возрасте 50-59 лет удельный вес запущенных стадий был выше в городах (22,5 % и 17,4 %), а остальных возрастных группах, наоборот, было зарегистрировано незначительное преобладание процента запущенных больных в сельской местности. В Кабанском районе отмечается довольно высокая запущенность онкогинекологических заболеваний, что является тревожным фактом, так как данный показатель, характеризующий своевременность выявления, определяет прогноз онкологического заболевания. Высокий показатель запущенности, прежде всего, связан с отсутствием надежной системы ранней диагностики и проведения необходимых мероприятий по профилактике рака.

2.4 О состоянии профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований половых органов женщин

Злокачественные опухоли женских половых органов занимают особое место в клинической онкологии: они являются наиболее часто встречающимися злокачественными новообразованиями у женщин.

Ежегодно в мире регистрируется 12,7 млн новых случаев рака, из них более 1 млн приходится на заболевания женской половой сферы. В России в 2010 г. число вновь выявленных заболеваний женских половых органов достигло 47,7 тыс. (17% от числа всех злокачественных опухолей).

Анализ данных о состоянии онкологической помощи больным раком женских половых органов показал, что в 2010 г. в Бурятии доля морфологически верифицированных диагнозов при раке яичников (89,1%) была ниже по сравнению с долей рака шейки (97,4%) и тела (96,5%) матки. Распределение больных раком яичников по стадиям достоверно отличается от их распределения при раке шейки и тела матки, характеризуясь вдвое меньшей долей I-II стадий среди больных с впервые в жизни установленным диагнозом и преобладанием III-IV стадий заболевания. Одним из путей снижения смертности от злокачественных новообразований является скрининг - выявление бессимптомного рака путем массовых профилактических осмотров населения. Ранняя диагностика злокачественных опухолей вульвы, вагины и шейки матки возможна с помощью простейших методов обследования - осмотра и пальпации. Раннее распознавание опухолей эндометрия (тела матки) также не требует сложных методов обследования. Менее доступными для ранней диагностики являются лишь опухоли яичников. Несмотря на то, что профилактические осмотры играют значительную роль при диагностике рака шейки матки (выявляется 28,9% заболевших в Бурятии), за последние 10 лет доля больных, выявленных при их проведении, увеличилась всего на 5%, значительно ниже доля при раке тела матки (12,2%) и яичников (10,2%). На 100 вновь выявленных больных раком шейки матки приходилось 44 умерших; минимальным этот показатель был в группе больных раком тела матки (31), максимальным - при раке яичников (59).

Сравнительная оценка состояния онкологической помощи в динамике и в различных регионах сопряжена с большими трудностями из-за обилия анализируемых показателей. В связи с этим был разработан кумулятивный критерий, позволивший свести в одно числовое значение множество частных показателей деятельности службы, к которым относятся морфологическая верификация диагноза, выявляемость на профилактических осмотрах, ранняя выявляемость заболеваний, индекс накопления контингентов, их летальность и т.д.

По кумулятивному критерию состояние онкологической помощи больным раком яичников находится на самом низком уровне (0,71) по сравнению с другими локализациями злокачественных новообразований женской половой сферы (0,96-0,98). Это обусловлено низкой верификацией диагноза, большой долей заболеваний IV стадии, высокой одногодичной летальностью, летальностью контингентов и максимальным числом умерших в расчете на 100 заболевших.

В онкогинекологии наиболее подробно изучены и идентифицированы так называемые предраковые состояния и заболевания, поиск которых путем систематических массовых профилактических осмотров стал наглядным примером значения этой формы профилактики и ранней диагностики злокачественных опухолей. В США после внедрения массового скрининга стали чаще выявляться опухоли insitu, чем инвазивные формы. В 2010 г. в России было выявлено 4867 (в 2000 г. - 2343) больных с преинвазивным раком. Основная масса таких больных (2939) имела локализацию в шейке матки: 21 на 100 больных инвазивным раком этой локализации.

Вывод к 1 главе

Различия в уровнях заболеваемости между отдельными группами населения и регионами являются основой не только для выявления предполагаемых факторов риска, но и определения теоретических возможностей профилактики заболевания. Сопоставление максимального и минимального показателей заболеваемости раком среди различных популяций позволяет косвенно оценить долю онкологических заболеваний, которые можно предупредить. Предполагается, что разница в уровнях заболеваемости обусловлена главным образом различиями в комплексе экзогенных факторов, которые теоретически являются устранимыми или контролируемыми. Используя соответствующие показатели, рассчитана доля случаев рака шейки и тела матки, которые теоретически можно предупредить. Для России она составляет около 70% случаев, значительно ниже этот показатель при раке яичников - 40%.

В сложившейся ситуации успех борьбы со злокачественными новообразованиями женской половой сферы определяется наличием и возможностью реализации научно обоснованной национальной противораковой программы, направленной на снижение заболеваемости, смертности и повышения продолжительности жизни больных.

Вывод к 2 главе

При лечении рака матки, яичников и придатков лучшие результаты добивались с помощью фитотерапии совместного с радикальной операцией, химиотеропией и лучевой терапией.

Применение фитотерапии при лечении заболеваний женских половых органов вполне оправдано, особенно в случаях беременности, воспаление придатков, эндометрите, мастите, вагините, гормональных заболеваниях при эндометриозе, мастопатии и климаксе.

Наши исследования убедительно показывают высокую результативность фитотерапии при снятии симптомов и синдромов, как при лечении злокачественных новообразований, так и при лечении незлокачественных заболеваниях женской половой системы.

Заключение

Три основные локализации злокачественных опухолей: рак шейки матки, эндометрия и яичников составляют 95% среди всех опухолей женских половых органов. Они входят в число 10 наиболее распространенных злокачественных опухолей у женщин и занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности от рака. Ежегодно в мире регистрируется более 678 тыс. новых случаев заболеваемости раком женских половых органов [62]. Уровни заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований репродуктивной системы женщин существенно отличаются в разных регионах.

Проблема злокачественных новообразований женских половых органов является предметом многочисленных исследований. В Республике Бурятия в структуре онкологической заболеваемости женского населения рак шейки матки занимает 4 место (7,1%), рак яичников 7 место (4,9%), рак тела матки - 11 место (2,9%). При сравнительном анализе показателей смертности женского населения Республики Бурятия от рака женских половых органов с теми же показателями северных регионов России выявляется высокий уровень смертности женского населения Бурятии.

В работе рассчитаны показатели заболеваемости («грубые» и стандартизованные) злокачественными новообразованиями женских половых органов в Республике Бурятия. Проведен компонентный анализ динамики заболеваемости во временном диапазоне 2009-2013 годы. Рассчитан социально-экономический ущерб, связанный со смертностью от рака женских половых органов, на основе таких показателей как потери человеко-лет (общие и в «активном» возрасте), среднее число не дожитых лет жизни, средняя продолжительность жизни больных, экономические потери.

Изучение заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов в PБ представляет многосторонний интерес.

За 5-летний период (2013-2009гг.) качество онкологической помощи в регионе ухудшилось. Специализированная медицинская и организационно-методическая помощь в Бурятии осуществляется республиканским онкологическим диспансером. В 2009 году общее число коек в онкологическом диспансере составило 135 или в расчете на 10000 населения 1,3, а на 1000 впервые выявленных больных со злокачественными новообразованиями 77,4.

За анализируемый период в структуре онкологической заболеваемости женщин республики произошли некоторые изменения.

В 2005 году рак шейки матки занимал 4-е ранговое место, его доля в структуре заболеваемости составила 7,6%, рак яичников - 6 место (5,1%), рак тела матки - 10 место (2,8%). В 2008 году рак шейки матки остался на 4 месте (7,2%), рак яичников переместился на 7 место (4,9%), а рак тела матки-на 11-е (2,9%). В целом за анализируемый период уменьшились в структуре заболевших доли рака шейки матки и яичников , увеличилась доля при раке тела матки.

Проведенный нами компонентный анализ заболеваемости за 2008-20012 годы показал, что наблюдающийся в последнее время рост заболеваемости раком тела матки обусловлен повышением «риска заболеть». При раке шейки матки и яичников «риск заболеть» несколько снижен, но в меньшей мере, чем растет прирост за счет различных изменений в составе женского населения региона. Тенденции роста заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов в PБ ведут к поиску новых путей в улучшении организационных моментов диспансеризации.

Анализ запущенности контингентов с 2001 года по 2005 год продемонстрировал, что в PБ низкий уровень активной выявляемое, а также нельзя исключить тот факт, что в большинстве случаев пациентки не своевременно обращаются за помощью. Это свидетельствует о низкой грамотности населения, что связано с недостаточным уровнем медико-просветительской работы в республике. Но опять же нельзя забывать о том, что при таких локализациях как яичники, где ранняя диагностика крайне затруднена из-за отсутствия патогномоничных симптомов заболевания, это утверждение подтверждается поздним обращением больных.

В республике выявляемость на профилактических осмотрах составила в 2009 году при раке шейки матки 21,2% (в 2002 году - 16,7%), при раке яичников - 6,5% (в 1991 году - 4,8%), при раке тела матки - 15,4% (в 2002 году - 2,1%). В динамике отмечено некоторое увеличение выявляемое на профилактических осмотрах по вышеуказанным локализациям, но в целом показатели остаются не высокими. В связи со сложившейся социально-экономической ситуацией, за 5-летний период, в республике выявлена негативная тенденция, которая характеризуется низкой степенью охвата профилактическими осмотрами, сокращением по улусам республики смотровых кабинетов.

Анализ, находящихся под наблюдением 5 лет и более показал, что при раке шейки матки показатели выше, чем при раке тела матки и яичников. При этом в динамике по всем этим локализациям отмечен незначительный рост.

В 2001 году смертность от рака шейки матки (4,9%ооо) была на 1-м месте, на II месте - смертность от рака яичников (4,6%ооо), на Ш месте - от рака тела матки (3,2%ооо). За анализируемый период максимальный прирост стандартизованного показателя смертности отмечен при раке тела матки. Отрицательные темпы прироста отмечены при раке шейки матки и яичников. Отмечены высокие показатели смертности от злокачественных новообразований женских половых органов в PБ в возрасте 40-49 лет. Смертность от злокачественных новообразований женских половых органов сокращает среднюю продолжительность жизни женского населения Республики Бурятии на 0,2 года.

Анализируя полученные данные мы пришли к выводу, что в PБ наибольший урок обществу наносят злокачественные новообразования женских половых органов. Высокие социально-экономические потери связаны со злокачественными новообразованиями шейки матки, несколько меньшие потери в связи со смертью от рака тела матки и яичников. Представленные данные внесут обоснованную коррекцию в организацию онкологической помощи женскому населению Республики Бурятии, ранней и своевременной диагностике злокачественных новообразований женских половых органов, а также снизят уровень запущенности, повысят выживаемость онкологических больных.

Список использованных литератур

1.Агаркова Т.А. Научное обоснование системы мероприятии по профилактике нарушений репродуктивного здоровья женщин в условиях техногенного загрязнения: автореф. дис.доктора мед. наук/ JT. А. Агаркова. -Москва, 2004.-48 с.

2. Айрапетов, А. М. Таблицы исчисления среднегодовых темпов роста, прироста и снижения / А. М. Айрапетов. М. : Статистика, 2002. - 222 с.

.Аксель , Е. М. Методика оценки социально-экономического ущерба, наносимого смертностью от злокачественных новообразований: методические рекомендации / Е. М. Аксель, В. В. Двойрин. М., 2000. - 35 с.

. Анализ контингента больных раком шейки матки, состоящих на учете на конец 2003 г. / Н. Н. Макарова, П. М. Иванов, JL Н. Афанасьева и др. // Актуальные проблемы клинической онкологии и преканцерогенеза : матер, межрег. конф. -Якутск, 2005. С. 157-160.

. Анализ состояния онкологической помощи в Республике Бурятии / Л. Н.Афанасьева , П. М. Иванов, и др. // медицинский журнал. -2003.-№3.-С. 14-17.

. Анкирская, А. С. Бактериальныйвагиноз / А. С. Анкирская // Акушерство и гинекология. 2000. -№ 6.-С, 13-16.

. Атлас онкологической заболеваемости населения Сибири и Дальнего Востока: в 2 т. / JI. Ф. Писарева, Б. Н. Зырянов, и др. Томск: изд-воТом. ун-та, 2003. - Т. 1, 2-в 3 книгах - 176, 302, 274 с.

. Ашварян, JI. А. Гинекологические аспекты в тенденциях заболеваемости и смертности от рака органов репродуктивной системы / JI.A. Ашрафян, Е. Г. Новикова // Журнал акушерства и женских болезней. 2001. - Выпуск 1. -Т. XLX.-C. 27-33.

. Бажутова, Г. А. Возможности цитологического метода исследования при профилактическом осмотре материала шейки матки / Г. А. Бажутова, Л. И. Тамразова // Клиническая лабораторная диагностика. 2004. - № 10. -С. 38-40.

. Белокринницкая, Т. Е. Клинико-эпидемиологические аспекты заболеваний шейки матки, ассоциированных с вирусом папиллом / Т. Е. Белокринницкая, Е. Н. ПономареваЕ. Н. Бунина // Дальневосточный медицинский журнал. - Хабаровск, 2005. № 1. - С. 40 - 42.

. Бехтерева, Ч. А. К вопросу об эпидемиологии рака шейки матки в Челябинской области / Ч. А. Бехтерева, Т. А. Васильева // Иероглиф. 2004. - Т. 7. - № 24. - С. 871-872.

. Борьба против рака шейки матки: совещ. ВОЗ // Бюл. ВОЗ. 2004. - Т. 64, №4.-С. 91-104.

. Борисенко, К. К. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний,передаваемых половым путем. -/ К. К. Борисенко. М., 2001. - 210 с.

. Бохман, Я. В. Рак шейки матки / Я. В. Бохман, Кишинев: Штиинца, 2002.-239 с.

. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб. : «ООО Издательство Фоллиант», 2002. - 542 с.

.Винницкая, В. К.Онкологическая гинекология / В. К. Винницкая, А. Н. Мельник, А, Н. Рыбалка и др. // Под ред. В.К.Винницкой. К. :Здоров'я. -2000.-248 с.

. Вишневская, Е. Е. Рак шейки матки / Е. Е. Вишневская. Минск, 2003. - 236 с.

. Возрастной состав населения РСФСР. По данным Всесоюзной переписи населения 1989 г. М. : Республиканский информационно-издательский центр, 2004.-373 с.

. Возрастно-половой состав и состояние в браке. М. : ИИЦ «Статистика Росси», 2004. - 416 с. (Итоги Всероссийской переписи населения 2002 г.: В 14т./ Федер. служба гос. статистики; Т. 2).

. Гаврилова, М. К. О районировании Севера России по дискомфортности проживания / М. К. Гаврилова, Е. Н. Федорова, О. А. Лазебник // Наука и образование. Якутск, 2003. - С. 16-24.

. Генитальные инфекции у больных, получивших радикальное лечение по поводу рака шейки матки / Т. А. Прокопьева, Н. М. Рупасова, Л. А. Чередникова и др. // Клиническая лабораторная диагностика. 2001. - № 6. -С. 52-53.

. Голованова,В.А. Частота и факторы риска папиломма вирусный инфекции и дисплазии эпителия шейки матки у сексуально активных девушек-подростков / В. А. Голованова, В. И. Новик, Ю. А. Гуркин // Вопросыонкологии. 2005. - Т. 45. - № 6. -С. 623 - 626.

. Головкина, JI. И. Колькоскапичесская оценка плоских кондилом и их связи с интраэпителиальной неоплазией шейки матки : автореф. дис.канд. мед. наук / JI. И. Головкина. Санкт-Петербург, 2004. - 26 с.

. Гормональная реабилитация больных раком шейки матки после радикального хирургического лечения / А. Ф. Урманчеева, JI. М. Бернштейн, М. М. Бурнина и др. // Журнал акушерства и женских болезней. 2001. -Выпуск 1. - Т. XLX. - С. 18 - 22.

. Гуслицер Л.Н. Эпидемиология злокачественных опухолей на Украине / Л.Н. Гуслицер Киев: Наук. Думка, 2005. -с.

Приложение

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ

. Какое место занимает в структуре онкологической заболеваемости женщин РМЖ?

A. I. Б. II.. III. Г. IV. Д. V.

2. При каком заболевании наиболее благоприятен прогноз?. Рак Педжета. Б. Узловатый рак.. Инфильтративный рак.

Г. Инфильтративно-отёчный. Д. Рожеподобный рак.

. Что не определяет прогноз больных РМЖ?

А. Возраст больной. Б. Клиническая форма.

В. Гистологическая структура и степень дифференцировки опухоли.

Г. Диаметр ареолы.

Д. Стадия опухолевого процесса.

. Что не применяют для определения наличия опухоли молочной железы?. Осмотр.

Б. Пальпацию.. Перкуссию. Г. УЗИ.

Д. Маммографию.

. Каков основной метод лечения доброкачественных опухолей?. Хирургический. Б. Лучевой.. Гормональный. Г. Лекарственный.

Д. Физиотерапевтический.

. Где наблюдают наименьшую заболеваемость РМЖ?. В Грузии.

Б. В Азербайджане.. В Туркмении. Г. В России.

Д. В странах Балтии.

. При каком варианте заболевания хуже прогноз течения РМЖ?

А. При отёчно-инфильтративной форме. Б. При узловой форме I стадии.

. При узловой форме II стадии. Г. При раке in situ.

Д. При болезни Педжета.

. С чем необходимо дифференцировать РМЖ?. С узловой мастопатией. Б. С гемобластозом.. С маститом.

Г. С туберкулёзом. Д. Все ответы верны.

. Операция радикальной резекции молочной железы может быть проведена, если до операции установлена.. I стадия РМЖ;

Б. IIа стадия с мультицентричным ростом опухоли;. IIб стадия; Г. III стадия; Д. IV стадия.

. Каково основное показание к гормонотерапии при РМЖ?. Все стадии первичного РМЖ.

Б. Первично-распространённый РМЖ.. Наличие рецепторов стероидных гормонов в опухоли. Г. Связь опухоли с беременностью и лактацией.

Д. Развитие опухоли на фоне менопаузы.

. Какой метод наиболее достоверен для подтверждения диагноза РМЖ?. Маммография.

Б. Пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата.. Дуктография.

Г. УЗИ.

Д. Пневмоцистография.

. Что наиболее целесообразно проводить при отёчно-инфиль- тративной форме РМЖ?. Только хирургическое лечение. Б. Только лучевую терапию.. Только химиотерапию.

Г. Комбинированное лечение. Д. Комплексное лечение.

. У больной 35 лет при сроке беременности 8 нед появилось уплотнение под ареолой правой молочной железы, кровянистые выделения из соска, увеличенный лимфоузел в правой подмышечной области. Что наиболее целесообразно в данном случае?

А. Назначение физиотерапевтических процедур. Б. Пункция уплотнения правой молочной железы и увеличенного лимфоузла с последующим цитологическим исследованием.

В. Назначение антибиотиков.

Г. Маммография.

Д. Все ответы верные.

. Куда может метастазировать РМЖ?. В лёгкие. Б. В кости.. В печень.

Г. В головной моз.

Д. Во все перечисленные органы.

. Что не удаляют при операции радикальной мастэктомии по Пейти?. Малую грудную мышцу.

Б. Клетчатку из подключичной области.. Клетчатку из подмышечной области. Г. Клетчатку из подлопаточной области. Д. Большую грудную мышцу.

. Больной 36 лет выполнена радикальная резекция правой молочной железы по поводу рака в верхне-наружном квадранте T1N0M0. Что предусматривает дальнейшее лечение?. Динамическое наблюдение. Б. Лучевую терапию.. Приём антиэстрогенов.

Г. Профилактическую химиотерапию. Д. Овариоэктомию.

. Из чего развивается РМЖ?. Из лимфатических узлов Б. Из кровеносных сосудов. Из гладкой или поперечнополосатой мускулатуры Г. Из железистого эпителия протоков

Д. Из незрелой соединительной ткани.

. Как может метастазировать РМЖ?. Гематогенно. Б. Лимфогенно.. Имплантационно.

Г. Гематогенно и лимфогенно.

Д. Всеми перечисленными путями.

. У больной 65 лет, страдающей РМЖ T3N1M0, положительные рецепторы эстрогенов. Что ей следует назначить в плане первой линии гормонотерапии?. Эстрогены.

Б. Антиэстрогены.. Прогестины.

Г. Глюкокортикоиды. Д. Андрогены.

. Что применяют для выключения функции яичников?. Лапароскопическую овариоэктомию. Б. Лучевую кастрацию.. Аналог природного рилизинг гормона лютеинизирующего гормона (гозерелин).

Г. Все ответы верны. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Тестовые задания

. А; 2. А; 3. Г; 4. В; 5. А; 6. В; 7. А; 8. Д; 9. А; 10. В; 11. Б; 12. Д; 13. Б; 14. Д; 15. Д; 16. Б; 17. Г; 18. Г; 19. Б; 20. Г.