

В.М. Мерабишвили¹, Е.В. Бахидзе¹, Э.И. Лалианци¹, А.Ф. Урманчеева¹, И.А. Красильников²

Распространенность гинекологического рака и выживаемость больных

¹ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

²ООО «Стратег»

В статье представлен анализ онкологической ситуации в мире, России и более детально (на основе Базы данных Популяционного ракового регистра) в Санкт-Петербурге. Представлен среднесрочный прогноз заболеваемости населения Санкт-Петербурга по раку шейки матки, тела матки и новообразований яичника. Использование геоинформационных систем позволило представить стандартизованные показатели заболеваемости по районам города.

Ключевые слова: заболеваемость, смертность, гинекологический рак, прогноз заболеваемости.

Тенденции динамики заболеваемости женщин гинекологическим раком в отдельных географических регионах мира в целом свидетельствуют о росте числа вновь заболевших раком шейки и тела матки (РШМ и РТМ). Не снижается заболеваемость и смертность женщин от злокачественных новообразований яичников (ЗНЯ). Эти же закономерности характерны и для России [6,9,10,18].

РШМ — злокачественная опухоль, возникновение инвазивных форм которой может быть предупреждено благодаря несомненным успехам в изучении этиологии заболевания в связи с доказательством в ней роли онкогенных типов ВПЧ [21,36,38] и возможностям ранней диагностики с применением современных скрининговых программ, обеспечивающих выявление и лечение предрака [1,3,4,14,17,32,37]. Однако, на фоне снижения заболеваемости РШМ в странах мира с высоким экономическим уровнем она остается очень высокой в так называемых развивающихся странах. В России, в том числе в Санкт-Петербурге, сохраняется высокая заболеваемость инвазивными формами РШМ, что свидетельствует об отсутствии программ скрининга в стране [7-12,14]. Эту ситуацию не спасает совершенствование хирургического, лучевого и химиотерапевтического методов лечения инвазивных форм РШМ, поскольку оно имеет свои ограничения; соответственно, отдаленные результаты остаются не вполне удовлетворительными.

РТМ, как и РШМ, относится к социально зависимым заболеваниям, но с разными факторами риска, что необходимо учитывать при разработке методов профилактики. Эпидемиология РШМ тесно связана с факторами риска, характерными для населения с низким социально-культурным уровнем жизни. Эпидемиология РТМ совпадает с болезнями цивилизации (ожирением, сахарным диабетом и др.) [2]. Мировая статистика свидетельствует об увеличении РТМ у женщин в экономически развитых странах, такая же тенденция характерна и для России [6].

Заболеваемость женщин ЗНЯ практически не снижается [7-12,16,22-31].

Рост заболеваемости и смертности от онкогинекологических заболеваний свидетельствует о недостаточной эффективности применяемых методов профилактики, диагностики и лечения рака, несмотря на все усилия, предпринимаемые в этой области. Наметившаяся негативная тенденция диктует необходимость проведения исследований, направленных на всесторонний анализ данных о заболеваемости и смертности с учетом оценки эффективности оказания медицинской помощи таким больным.

Наиболее полное представление о распространенности основных опухолей женских гениталий в мире можно получить из изданий МАИР «Рак на пяти континентах» (тома I-X) [22-31]. Стандартизованные показатели заболеваемости женщин РШМ в различных странах отличаются в 10-15 раз.

Получение полных, точных и разнообразных сведений о заболеваемости населения возможно только на основе популяционных раковых регистров, соответствующих международным требованиям [10-12,17,19]. Однако до настоящего времени в государственной отчетности (ф. № 7) в целом по стране информация по рубрикам С55 (злокачественное новообразование матки неуточненной локализации) и С57 (злокачественное новообразование других и неуточненных женских половых органов) отсутствует, что не позволяет получить полную информацию о распространенности опухолей женских гениталий в целом (МКБ-10, рубрики С51-58).

В СССР и России после введения в 1953 г. обязательного учета злокачественных новообразований среди онкогинекологических заболеваний был представлен только рак матки, сведения о смертности женщин от злокачественных новообразований гениталий включали рак женских половых органов (всего), в том числе рак матки. В последующие годы свод онкогинекологической заболеваемости, вплоть до 1990 года, осуществлялся только по раку шейки матки.

В Ленинграде, начиная с 1980 года, разработка данных заболеваемости злокачественными новообразованиями женских гениталий осуществлялась по РШМ, РТМ, РЯ и хорионэпителиоме [5]. Перечень онкогинекологических локализаций в государственной отчетности был расширен в 1989 году, однако более редкие локализации новообразований (вульва и влагалище) были включены в государственную отчетность только с 2011 года. Учет новообразований шейки матки *in situ* стал осуществляться только с 1989 года.

Данные о смертности от злокачественных новообразований являются важным источником контроля достоверности данных о заболеваемости населения с использованием показателя достоверности учета больных. Оценка эффективности проводимых лечебных мероприятий возможна только на основе адекватной оценки выживаемости больных.

В основу исследования положены материалы компьютерной базы данных Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга (ПРР) о впервые выявленных больных в Санкт-Петербурге за период 1994 по 2010 гг., что позволило провести комплексный анализ состояния помощи 28050 онкогинекологическим больным. Для оценки динамики закономерностей заболеваемости и смертности женщин были использованы данные оперативной отчетности, разработка которых, проводилась сотрудниками НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова с 1980 года [5,9,10].

При анализе онкологической заболеваемости руководствовались Международной классифи-

кацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по локализациям C51-C58. Заболеваемость представлена в абсолютных числах, указывающих число учтенных первичных случаев в год, «грубых» показателях на 100 000 женского населения и стандартизованных показателях, устраняющих возрастные различия сравниваемых совокупностей, рассчитанных на основе Мирового стандарта распределения численности населения, рекомендуемого Международным агентством по изучению рака (WHO, 1998). Изучена динамика по возрастным показателям заболеваемости и смертности от гинекологического рака всех локализаций в Санкт-Петербурге в 19 возрастных группах от 0 до 85 лет и старше с пятилетним интервалом [11,12].

Особое внимание было обращено на методологию разработки БД ПРР Санкт-Петербурга [7,8,13,20]. Многие расчеты показателей проведены в России впервые (динамика заболеваемости женщин раком вульвы (РВ) и раком влагалища (РВл.), распределение больных с учетом I стадии заболевания, структура материала по гистологическим типам опухолей и др.) [7,8].

Исследование выживаемости больных проводили на основании базы данных Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга, которые позволяют оценить пяти- и десятилетнюю наблюдаемую и относительную выживаемость для больных, взятых на учет. В этом разделе работы был проведен расчет всех видов показателей выживаемости онкологических больных и их динамическая оценка [7,8].

Заболеваемость, смертность, контингенты больных

Формирование БД ПРР Санкт-Петербурга ведется с 1993 года, когда была начата электронная регистрация всех первичных случаев злокачественных новообразований. Стандартно для анализа заболеваемости женщин онкогинекологическим раком были выбраны следующие

Таблица 1.
Динамика структуры онкогинекологической заболеваемости женщин Санкт-Петербурга (БД ПРР)

Локализация	Код МКБ-10	2000		2005		2010		2011	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Вульва	C51	93	5,6	88	4,9	81	4,5	77	4,2
Влагалище	C52	16	1,0	14	0,8	17	0,9	16	0,9
Шейка матки	C53	387	22,8	388	21,6	420	23,1	442	24,0
Тело матки	C54	617	36,8	720	40,1	724	39,8	775	42,0
Матка неуточненной локализации	C55	14	0,8	13	0,7	15	0,8	12	0,6
Яичник	C56	545	32,4	561	31,3	550	30,2	514	27,8
Другие и неуточненные локализации женских половых органов	C57	12	0,7	9	0,5	12	0,7	8	0,4
Плацента	C58	1	0,1	1	0,1	-	-	1	0,1
Всего	C51-58	1685	100,0	1794	100,0	1819	100,0	1845	100,0

Таблица 2.
Динамика стандартизованных показателей онкогинекологической заболеваемости женщин Санкт-Петербурга. БД ПРР

МКБ-10	1995	2000	2005	2008	2009	2010	P — уровень значимости
C51-58	33,1	37,9	38,6	41,0	40,9	39,6	<0,01
C51	1,0	1,4	1,2	1,3	1,2	1,1	>0,05
C52	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	>0,05
C53	8,3	9,5	9,7	10,6	10,8	10,5	<0,01
C54	12,1	13,6	14,4	15,1	15,2	15,3	<0,01
C55	0,2	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	>0,05
C56	10,7	12,7	12,2	13,1	12,9	11,7	<0,01
C57	0,4	0,3	0,3	0,4	0,2	0,4	>0,05
C58	-	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	-

параметры: диагноз (в соответствии с рассмотренным перечнем МКБ-10), дата установления диагноза, дата смерти, морфологический тип опухоли (по МКБ-0-2), клиническая стадия и другие признаки [9,10].

Проведенные исследования показали, что в общей структуре онкологической заболеваемости женщин Санкт-Петербурга злокачественные новообразования женских половых органов (C51-C58) составляют 16,5% или 68,1 ‰. При этом с 2000 по 2011 гг. структура онкогинекологической патологии остается стабильной (табл. 1).

Исследование динамики онкогинекологической заболеваемости женщин Санкт-Петербурга по всем рубрикам МКБ-10 C51-58 (стандартизованные показатели) по БД ПРР с 1995 по 2010 гг. обнаружило небольшое ее увеличение с 33,1 до 39,6 ‰ (C 51-58, табл. 2). Это увеличение произошло за счет основных локализаций гинекологического рака — РШМ (C53), РТМ (C54) и ЗНЯ (C56), в то время как заболеваемость ра-

ком вульвы (C51) и раком влагалища (C52) практически не изменилась. При этом рост показателей заболеваемости женщин РШМ произошел на 2,2%, а РТМ — на 3,2% [9,10].

При исследовании динамики онкогинекологической заболеваемости женщин Санкт-Петербурга (Ленинграда) за значительно более длительный срок (с 1980 по 2011 гг.), чем это предусмотрено формами государственной отчетности, были выявлены следующие тенденции (рис. 1) [5,9,10].

Заболеваемость РШМ с 1980 по 2011 год уменьшилась в «грубых» показателях с 20,2 до 16,3 ‰ или на 19,3% ($P<0,01$); в стандартизованных с 13,1 до 10,5 ‰ ($P<0,01$) или на 19,8%. Важно обратить внимание на то, что стандартизованный показатель заболеваемости женщин РШМ более резко снизился с 1980 по 1990 год (на 37,4%), а затем стал нарастать и сохраняется на уровне 10-11 ‰. Более наглядно весь процесс прироста можно проследить на по-возрастных показателях молодых женщин (до 50

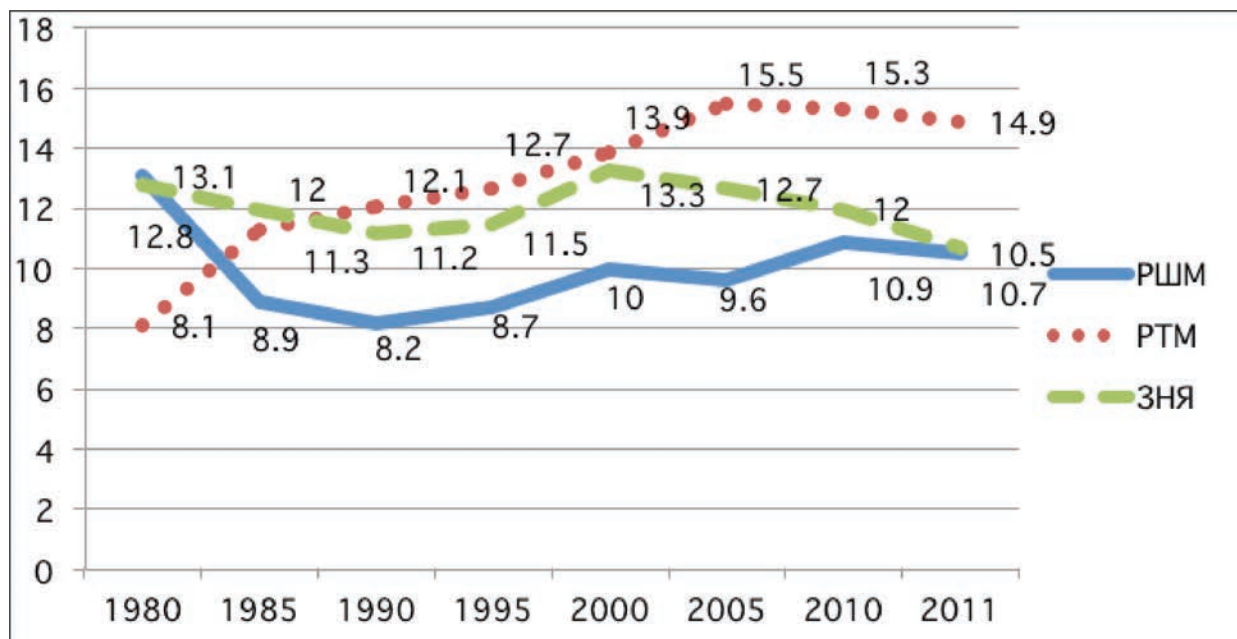


Рис. 1. Динамика стандартизованных показателей заболеваемости женщин основными локализациями гинекологического рака в Санкт-Петербурге с 1980 по 2011 гг.

лет), где заболеваемость возросла среди 25-летних (25-29) в 4 раза; 30- и 40-летних (30-49) в 2 раза ($P<0,01$).

РТМ относится к локализациям с высоким среднегодовым приростом. За 31 год «грубый» показатель возрос с 12,3 до 28,6 ‰₀₀₀₀ ($P<0,01$) или на 132,5%, а стандартизованный — на 83,9% ($P<0,01$). Отмечено существенное увеличение повозрастных показателей у женщин пожилого и старческого возраста. В отношении **ЗНЯ** за весь период наблюдения отмечено снижение «грубых» показателей на 3,6%, стандартизованных на 16,4%. Динамика повозрастных показателей более плавная (снижение показателя статистически достоверно $P<0,01$).

Уменьшение показателя заболеваемости РШМ в отмеченный выше период было всецело связано с проводимыми ранее в стране социально-культурными мероприятиями, направленными на улучшение жизни населения. Проведение профилактических осмотров населения с применением цитологического скрининга привело к резкому снижению заболеваемости инвазивным РШМ в 80-х гг.[14]. Однако, в дальнейшем, в 90-х годах, с ухудшением социально-экономических условий в стране по многим территориям России не только не произошло существенного уменьшения показателя заболеваемости, но и выявлен рост, особенно у женщин молодого возраста.

Проведена совместно с д.м.н. И.А. Красильниковым оценка распределения по районам Санкт-Петербурга стандартизованных показателей заболеваемости женщин РШМ, РТМ и РЯ. Наиболее высокие уровни заболеваемости женщин в городе выявлены среди заболевших РШМ в Адмиралтейском, Кировском и Колпинском районах; РТМ — в Колпинском, Кронштадтском и Пушкинском районах; РЯ — в Колпинском районе.

Проведенные нами в последующем расчеты 5-летней выживаемости онкогинекологических больных по стадиям показали, что удельный вес больных РШМ, показанный в государственной отчетности (ф. № 35), в I стадии в основном соответствует реальной величине в среднем по России, Москве и Санкт-Петербургу. Доля I стадии по раку эндометрия завышена на 10-15% ($P<0,01$).

Анализ динамики показателей смертности женщин Санкт-Петербурга по локализациям опухолей С51-58 проведен на основе материалов об умерших, полученных из Петростата. Впервые представлена динамика смертности женщин с 2000 по 2011 гг. по всем новообразованиям группы С51-58. Анализ динамики смертности женщин Санкт-Петербурга от злокачественных новообразований группы С51-58 выявил стабиль-

ность динамики показателей, кроме смертности женщин от РШМ, которая статистически достоверно возросла с 2000 года по 2011 год на 17,8%, а с 1990 года на 29,3%; некоторое снижение этого показателя намечилось после 2009 года.

Изменение социально-экономических условий, не исключено, могло повлиять на то, что смертность 30-летних женщин (30-39) от РШМ возросла с 1980 года в 4 раза ($P<0,01$), сорокалетних в 3 раза при практически двукратном уменьшении смертности женщин в возрасте 60 лет и старше.

В Санкт-Петербурге численность контингентов онкогинекологических больных возросла с 2000 по 2012 гг. с 14753 до 17612 или на 19,4% ($P<0,01$) [10].

Среднесрочный прогноз

Проведенные нами расчеты среднесрочного прогноза свидетельствуют, что структура онкогинекологической патологии к 2020 г. с большей долей вероятности сохранится в сегодняшнем состоянии. Первое-второе место разделят новообразования тела матки и яичников — $44,5\pm 1,7$ и $26,7\pm 1,8$, третье сохранится за новообразованиями шейки матки, доля которых уменьшится до $20,4\pm 1,6$. Можно ожидать увеличения доли новообразований вульвы, которое обусловлено двумя обстоятельствами: во-первых, процессом старения населения и, во-вторых, выделением данной локализации в 2011 году в самостоятельную рубрику. В настоящее время 86% опухолей данной локализации учитывается без уточнения **подрубрики**.

Пятое место в пределах 1,0-1,2% сохранится за новообразованиями влагалища. По остальным рубрикам МКБ (С55,57,58) будут регистрироваться единичные случаи заболеваний.

Общий прогноз онкогинекологической заболеваемости на 2020 г. по Санкт-Петербургу в «грубых» показателях составит:

$$P_{2020}^{N51-8} = 75,9\pm 2,3 \text{ ‰}_{0000}$$

Эти же расчеты проведены для трех основных локализаций. К 2020 году уровень заболеваемости женщин Санкт-Петербурга РТМ составит $31,3\pm 1,4 \text{ ‰}_{0000}$ с учетом коэффициента вариабельности (V) в пределах 10%. Учитывая менее динамичный рост заболеваемости женщин раком яичника, вероятная величина показателя заболеваемости РЯ составит $22,4\pm 1,4 \text{ ‰}_{0000}$.

Устойчивое снижение показателей заболеваемости сохранится только для старческих групп населения. Будет отмечено некоторое снижение заболеваемости РШМ и среди самых молодых женщин. Широкое проведение разъяснительной работы, опасности частой смены половых пар-

тнеров может снизить заболеваемость женщин в возрасте 35-45 лет. Таким образом, при благоприятных условиях с проведением массовых профилактических обследований женщин можно ожидать величину показателя заболеваемости женщин РШМ к 2020 г. в пределах 8-10 случаев на 100 000 женщин. При неблагоприятных условиях величина заболеваемости женщин может превысить $14,0 \pm 1,4 \text{ }^0_{0000}$.

Показатель морфологической верификации опухолей женских гениталий находится на одном из самых высоких уровней среди всех злокачественных опухолей. Проведенное нами выборочное исследование показало, что реальная величина морфологически верифицированных опухолей может быть еще на 3-5% выше.

Государственная отчетность (ф. № 35) только с 2011 г. предусматривает распределение больных по стадиям заболевания с учетом I стадии, причем, распределение онкогинекологических больных по стадиям возможно только по трем основным локализациям (РШМ, РТМ и ЗНЯ).

Выделение I стадии в самостоятельную было принято Минздравом России для более четкого контроля уровня диагностики новообразований.

Выживаемость онкогинекологических больных

Критерием качества работы может быть сравнение показателей выживаемости с данными раковых регистров ведущих Европейских стран [33-35].

Сравнение полученных нами данных по административным территориям России невозможно, так как кроме Санкт-Петербурга ни на одной территории страны расчеты показателей относительной выживаемости по международным стандартам не ведутся.

База данных Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга позволяет оценить пяти- (рис. 2,3) и десятилетнюю наблюдаемую и относительную выживаемость для больных, взятых на учет.

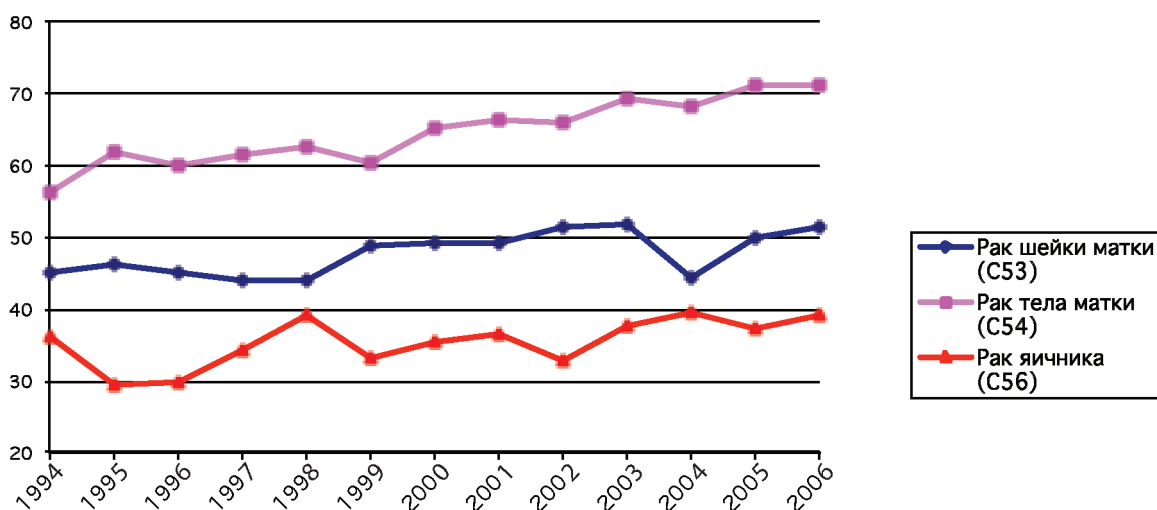


Рис. 2. Динамика 5-летней наблюдаемой выживаемости онкогинекологических больных. Санкт-Петербург БД ППР

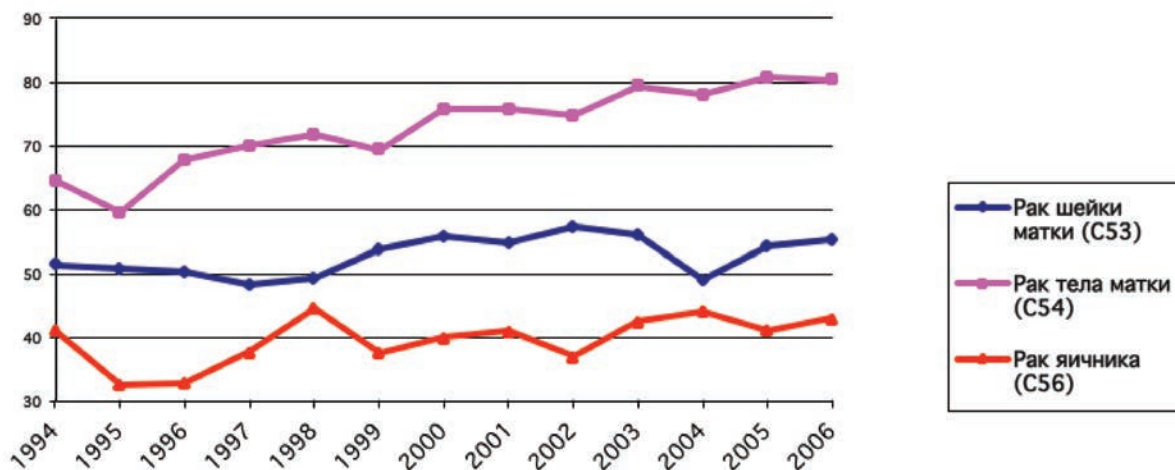


Рис. 3. Динамика 5-летней относительной выживаемости онкогинекологических больных. Санкт-Петербург БД ППР

Динамика показателей 1-летней, 5-летней и 10-летней относительной выживаемости по каждой из трех онкогинекологических локализаций приведена в табл. 3.

В табл. 4 представлен образец расчета динамики показателей наблюдаемой и относительной выживаемости больных раком шейки матки, исчисленный по международным стандартам, который рекомендуется использовать при анализе выживаемости больных во всех онкологических диспансерах страны (образцы всех 30 таблиц представлены нами в монографии «Онкологическая служба Санкт-Петербурга в 2011-2012 годах», Т. 18, СПб, 2013, С.267-287) [10].

Таблица 3.

Динамика относительной выживаемости онкогинекологических больных Санкт-Петербурга (%). БД ПРР

Локализация	МКБ-10	Период наблюдения	Показатель прироста (убыли), в %	P
Шейка матки	C53	1-летняя 1994-2010 с 71,8 до 75,1	4,6	<0,05
		5-летняя 1994-2006 с 51,5 до 55,3	7,4	<0,01
		10-летняя 1994-2001 с 52,6 до 54,6	5,7	<0,05
Тело матки	C54	1-летняя 1994-2010 с 78,0 до 85,8	10,0	<0,001
		5-летняя 1994-2006 с 64,6 до 80,5	24,6	<0,001
		10-летняя 1994-2001 с 72,2 до 80,3	11,2	<0,001
Яичник	C56	1-летняя 1994-2010 с 58,6 до 63,7	8,7	<0,01
		5-летняя 1994-2006 с 41,1 до 42,9	4,4	>0,05
		10-летняя 1994-2001 с 44,3 до 38,3	-13,5	<0,01

Практически по всем динамическим рядам произошел прирост относительных показателей выживаемости онкогинекологических больных в Санкт-Петербурге, кроме 10-летней относительной выживаемости по ЗНЯ.

Расчеты прогнозируемой относительной выживаемости онкогинекологических больных, проведенные на основе программы Eurocare-4 на период 2000-2002 года, свидетельствуют, что достигнутые к этому периоду в Санкт-Петербурге величины 1-летней, 5-летней, 10-летней выживаемости отстают от среднеевропейского прогнозируемого расчета на 5-10%.

В дополнение представлены расчеты выживаемости онкогинекологических больных по стадиям опухолевого процесса, определенного

лечащими врачами. На примере 5-летней наблюдаемой выживаемости больных РВ и РВл представлен порядок гибели онкогинекологических больных и % вероятности ошибки диагностики. Совершенно очевидно, что I стадия заболевания была ошибочно выставлена минимум 20% больным, II стадия — минимум 10% пролеченных (397 наблюдений).

Стадии	Абс. число	Выживаемость	
		наблюдаемая M±m	относительная M±m
I	58	69,0±7,8	94,1±7,4
II	134	64,1±4,3	84,9±4,5
III	128	36,9±4,5	51,5±4,6
IV	56	13,3±7,8	17,0±7,4
Без ст.	21	27,3±9,7	41,0±10,3
ВСЕГО	397	46,5±2,3	64,3±3,2

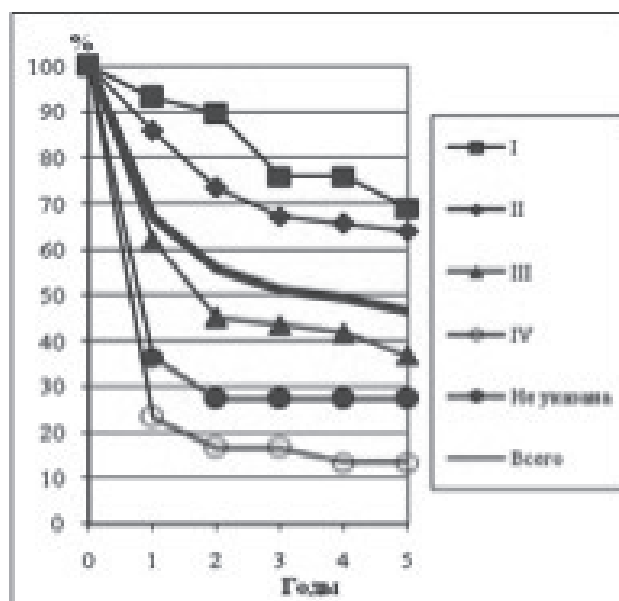


Рис. 4. Наблюдаемая и относительная пятилетняя выживаемость больных раком вульвы и влагалища в Санкт-Петербурге с учетом стадии заболевания (2002-2005 гг.)

Значительно точнее врачами определена I стадия для больных РШМ, тогда как процент II стадии завышен не менее чем на 15% (1518 наблюдений). Близко к реальной выживаемости выставлялась стадия заболевания для больных РТМ (2558 наблюдений), в то время как не менее чем на 20-25% ошибочно проставлена II стадия больных ЗНЯ (2042 наблюдения).

Пятилетняя выживаемость больных РВ и РВл составила в 2002-2005 годах 43,0% и за три периода наблюдения сохранила свою величину. Больные до 40-летнего возраста встречаются только в единичных случаях. Пятилетняя наблюдаемая выживаемость больных РШМ составляет 51,9% (2002-2005гг.), распределение выживаемости по возрастным группам классиче-

Таблица 4.
Показатели наблюдаемой (НВ) и относительной (ОВ) выживаемости онкологических больных (%). 1994-2010. Шейка матки (С53). Санкт-Петербург

Всего (наблюдаемая выживаемость)																	
Дата установления диагноза	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Абсолютное число больных	368	335	351	365	366	369	385	377	375	386	409	381	392	399	429	398	419
Период наблюдения	1	69,6	64,0	68,1	68,7	71,3	69,4	69,8	69,1	75,4	68,2	70,3	71,2	72,6	69,5	69,3	74,0
	2	56,1	53,4	54,6	55,4	57,6	57,5	57,6	57,1	62,0	54,0	58,7	60,2	58,6	55,5	56,3	
	3	50,0	48,2	51,4	48,0	49,6	52,3	53,7	53,9	57,2	49,4	54,5	55,4	53,5	50,1		
	4	48,1	46,4	47,3	44,7	46,1	50,1	51,6	51,3	54,7	46,2	51,6	52,3	52,5			
	5	45,3	46,1	45,0	43,9	43,9	48,8	49,2	49,4	51,5	44,5	49,8	51,3				
	6	43,9	42,7	42,9	43,0	42,2	47,4	47,7	47,8	50,7	43,3	47,7					
	7	42,8	41,8	40,9	41,9	40,8	46,3	45,9	46,5	49,6	41,6			P=<0,05			
	8	41,2	40,9	39,7	41,7	40,0	45,5	45,1	45,1	48,3	50,2			m=2,4-2,8			
	9	40,1	40,0	38,0	41,1	40,0	44,7	44,3	44,6	48,0							
	10	39,8	39,7	37,7	40,5	39,5	43,9	44,3	44,1								

Всего (относительная выживаемость)																	
Дата установления диагноза	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	71,8	65,7	69,8	70,2	73,2	70,7	71,6	70,9	77,4	73,9	69,9	71,7	72,6	73,9	70,9	70,6	75,1
2	59,4	55,8	57,3	57,7	60,1	59,6	60,4	59,7	64,9	63,6	56,4	60,8	62,2	60,5	57,4	58,0	
3	54,2	51,3	55,1	50,7	53,0	55,3	57,7	57,5	61,0	58,7	52,5	57,4	58,0	56,1	52,7		
4	53,3	50,3	51,6	48,2	50,4	54,2	56,9	55,7	59,7	58,0	50,0	55,2	55,6	55,9			
5	51,5	50,9	50,3	48,3	49,3	53,9	55,8	54,9	57,4	56,1	49,2	54,3	55,3				
6	50,8	48,4	49,3	48,6	48,8	53,7	55,6	54,3	57,8	56,1	48,9	53,0					
7	51,0	48,6	48,3	48,6	48,6	53,8	55,0	54,0	57,9	56,8	48,0			P=<0,05			
8	50,7	48,8	48,4	49,6	49,0	54,2	55,8	53,7	57,8	57,3				m=2,6-2,9			
9	51,0	49,2	47,6	50,3	50,5	54,6	56,6	54,5	59,1								
10	52,6	50,4	48,8	51,1	51,5	55,2	58,6	55,3									

ское: максимальные показатели в младших возрастных группах, минимальные — в старших. Динамика повозрастных показателей 5-летней наблюдаемой выживаемости свидетельствует, что максимальный прирост выживаемости определен для пациентов старше 80 лет (+42,3%), с минимальной величиной самого показателя выживаемости (рис. 5).

РТМ — наиболее благоприятная локализация по уровню показателя 5-летней наблюдаемой выживаемости (68,2% — 2002-2005 гг.), причем, в первой возрастной группе (15-29 лет) достигнут 100% показатель. Однако, необходимо учитывать, что в этой группе регистрируются единичные случаи заболеваний. Основная часть больных приходится на возраст 60-69 лет. У больных этой возрастной группы отмечен наибольший прирост показателя выживаемости.

ЗНЯ относится к локализациям с наименьшим уровнем выживаемости — 35,6%. Выявлено существенное (на 19,3%) снижение показателя 5-летней наблюдаемой выживаемости

за три сравниваемых периода для пациентов в возрасте 15-29 лет. Максимальный рост выживаемости определен для женщин в возрасте 30-39 лет (+36,9%) и женщин в возрасте 60-69 лет (+27,8%). Не достигает 20%-ного рубежа показатель выживаемости у женщин в возрасте 80 лет и старше.

По материалам Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга нами изучена проблема организации онкологической помощи больным, подлежащим радикальному лечению (с локализованным опухолевым процессом) (2004-2009). Оказалось, что из более чем 109 000 пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования подлежали радикальному лечению только 68 000, а получили радикальное лечение менее 50 000 больных, так как существенная их доля имела противопоказания по состоянию здоровья или отказалась от радикального лечения. Особенно много больных, не получивших специального лечения, относится к старшим возрастным группам (70 лет и старше).

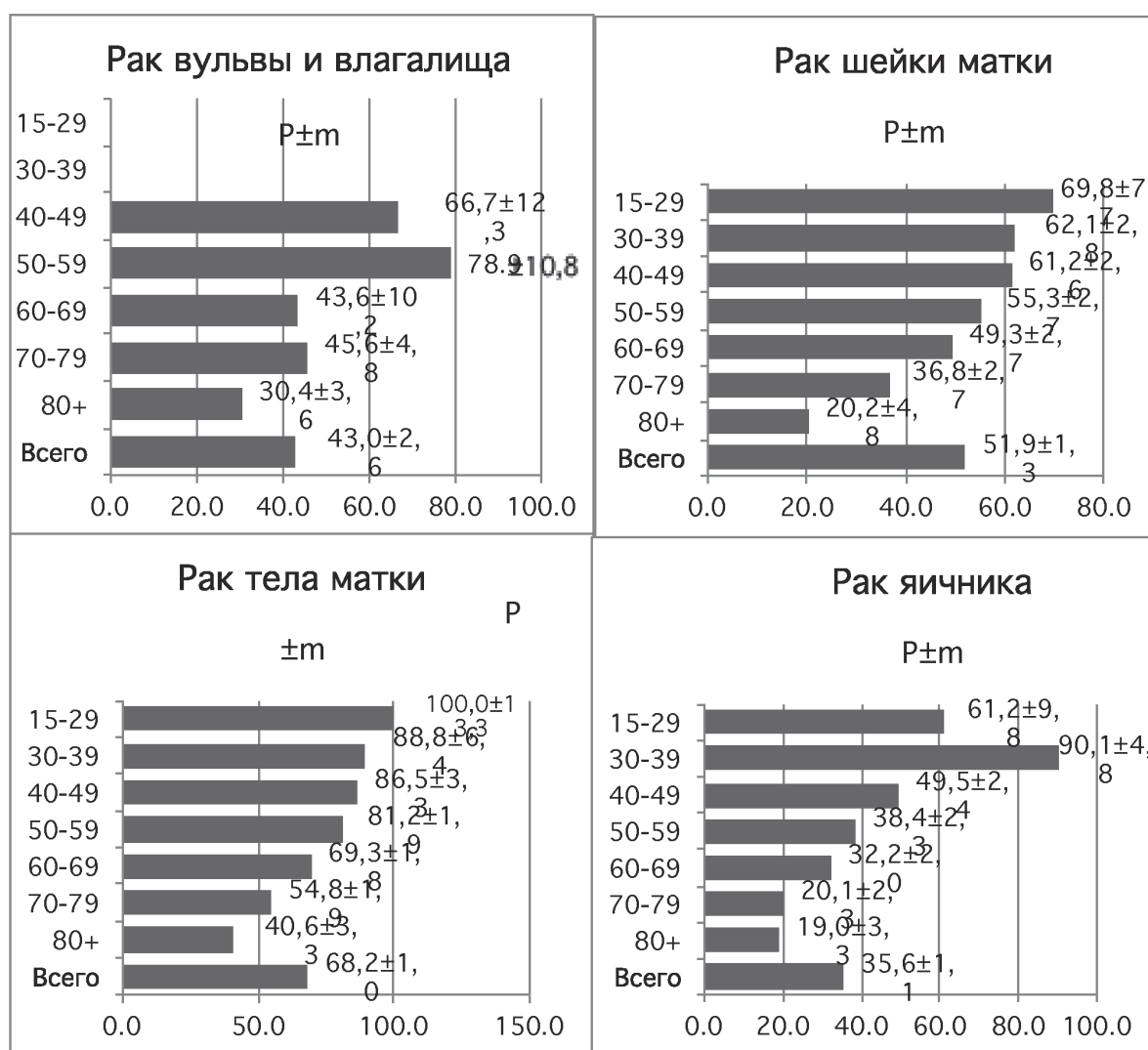


Рис. 5. Повозрастные показатели наблюдаемой 5-летней выживаемости онкогинекологических больных, Санкт-Петербург. БД ПРР, 2002-2005 гг.

Исследование показало, что больные, леченные в общехирургических стационарах, имели 5-летнюю наблюдаемую выживаемость существенно меньшую, чем больные, леченные в специализированных онкологических учреждениях. Особенно значительны эти различия для больных с локализациями опухолей, где требуется проведение комбинированных и комплексных методов лечения.

Все гистологически подтвержденные случаи были сгруппированы в две временные группы: заболевшие в 2000-2005 году и в 2006-2009 году. По первому периоду исчислена гистологическая структура и 1-, 3- и 5-летняя выживаемость, по второму — однолетняя. Отмечена стойкая гистологическая структура выявленных случаев рака шейки матки в обоих периодах. Низкодифференцированный рак и железисто-плоскоклеточный имеют более низкий уровень выживаемости. Наиболее высокий уровень выживаемости выявлен для микроинвазивной карциномы.

Таким образом, проведенное исследование позволило рассмотреть существующие закономерности динамики заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований женских гениталий, исчислить комплекс показателей наблюдаемой и относительной выживаемости, представить состояние диагностики данной группы больных, исчислить среднесрочный прогноз распространенности гинекологического рака в исследуемом регионе.

ЛИТЕРАТУРА

- Ашрафян Л.А., Антонова И.Б., Ивашина С.В. Ранняя диагностика рака эндометрия и яичников // *Практ. онкол.* — 2009. — Т. 10. — № 2. — С. 71-75.
- Берштейн Л.М. Эпидемиология, патогенез и пути профилактики рака эндометрия: стабильность или эволюция? // *Практ. онкол.* — 2004. — Т. 5. — № 1. — С. 3-8.
- Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л. : Медицина. — 1989. — 462 с.
- Винокуров В.Л. Рак шейки, тела матки и яичников: итоги и перспективы исследований в ЦНИРРИ МЗ // *Вопр. онкологии.* — 2003. — Т. 49, № 5. — С. 656-663.
- Злокачественные новообразования в Ленинграде. Сб. науч. тр. / Под ред. Р.И. Вагнера, В.М. — СПб. — 1991. — 158 с.
- Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — Москва, 2013. 289 с.
- Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. СПб: Коста. — 2011. — Вып. II, Часть I. — 332 с.
- Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. СПб: Коста, 2011. — Вып. II, Часть II. — 408 с.
- Мерабишвили В.М. Онкологическая служба Санкт-Петербурга (оперативная отчетность за 2010 год, углубленная разработка базы данных регистра по международным стандартам). Ежегодник популяционного ракового регистра №17 / Под ред. проф. Ю.А. Щербука, проф. А.М. Беляева. — СПб.: Коста. — 2011. — 334 с.
- Мерабишвили В.М. Онкологическая служба Санкт-Петербурга (оперативная отчетность за 2011-2012 годы, углубленная разработка базы данных регистра по международным стандартам). ПРР (IACR №221). Т. 18 / Под ред. В.М. Колабутина, А.М. Беляева : Коста. — 2013. — 362 с.
- Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии). Руководство для врачей. СПб.: Коста. — 2011. — Ч. 1. — 221 с.
- Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии). Руководство для врачей. СПб.: Коста. — 2011. — Ч. 2. — 247 с.
- Напалков Н.П., Березкин Д.П. Принципы и методы изучения выживаемости онкологических больных // *Вопр. онкол.* — 1982. — № 8. — С.10-13.
- Новик В.И. Скрининг и дифференциальная цитоморфологическая диагностика рака шейки матки. — СПб: ООО ИПП «Ладога». — 2012. — 128 с.
- Новикова Е.Г., Антипов В.А., Балаховцева О.С. Радикальная абдоминальная трахелэктомия. — М. : Практ. мед. — 2012. — 111 с.
- Новикова Е.Г., Батталова Г.Ю. Пограничные опухоли яичников — М. : Мед. информ. агентство. — 2007. — 150 с.
- Сафронникова Н.Р. Превентивная онкогинекология — СПб.: Коста, 2008. — 207 с.
- Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М. 2013. — 230 с.
- Урманчеева А.Ф. Эпидемиология рака вульвы. Факторы риска и прогнозы // *Практ. онкол.* — 2006. — Т. 7. — № 4. — С. 62-68.
- Филатов В.Н. Принципы и методы изучения выживаемости как критерия эффективности лечения больных злокачественными новообразованиями. Докт. дисс. — Л. 1991. — 311 с.
- Bosch F. X., Lorincz A., Munoz N. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer // *J. Clin. Pathol.* — 2002. — Vol. 55. — P. 244-265.
- Cancer incidence in Five Continents / Ed by J. Waterhouse, C. Muir, P. Correa [et al.]. — Lyon. — 1976. — Vol. III. — № 15. — 584 p.
- Cancer incidence in Five Continents / Ed by J. Waterhouse, C. Muir, K. Shanmugaratnam [et al.]. — Lyon. — 1982. — Vol. IV. — № 42. — 811 p.
- Cancer incidence in Five Continents / Ed by R. Doll, C. Muir, J. Waterhouse. — Switzerland. — 1970. — Vol. II. — 388 p.
- Cancer incidence in Five Continents / Ed by R. Doll, J. Waterhouse. — Switzerland, 1966. — 244 p.
- Cancer incidence in Five Continents / Ed by C. Muir, J. Waterhouse, T. Mack [et al.]. — Lyon. — 1987. — Vol. V. — № 88. — 1004 p.
- Cancer incidence in Five Continents / Ed by D. Parkin, S. Whelan, T. Gao [et al.]. — Lyon. — 1992. — Vol. VI. — № 120. — 1033 p.
- Cancer incidence in Five Continents / Ed by D. Parkin, S. Whelan, J. Ferlay [et al.]. — Lyon. — 1997. — Vol. VII. — №143. — 1240 p.

29. Cancer incidence in Five Continents / Ed by D. Parkin, S. Whelan, J. Ferlay [et al.]. — Lyon. — 2002. — Vol. VIII. — № 155. — 781 p.
30. Cancer incidence in Five Continents / Ed by M.P. Curado [et al.]. — Lyon. — 2007. — Vol. IX. — № 160. — 896 p.
31. Cancer incidence in Five Continents [Electronic resource] / D. Forman, F. Bray, D.H. Brewster [et al.]. — Lyon. — 2013. — Vol. X. — № 164. — Access mode : <http://ci5.iarc.fr>.
32. Cuzick J., Clave C., Petry K. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening // *Int. J. Cancer*. — 2006. — Vol. 119. — P. 136-143.
33. Eurocare-4. Survival of Cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary / M. Sant, C. Alleman, M. Santaquilani [et al.] // *Europ. J. Cancer* 45 (2009). — P. 931-991.
34. Faure M. Vulvar erosions and ulcerations // *Eurogin 2000 : materials 4th International Multidisciplinary Congress* (Paris, France, 5-9 April 2000). — 2000. — P. 30.
35. Faure M. Vulvar IGA cicatricial pemphigoid // *Eurogin 2000 : materials 4th International Multidisciplinary Congress* (Paris, France, 5-9 April 2000). — 2000. — P. 82.
36. Human Papillomavirus and Related Cancer [Electronic resource]. — 2010. — Jun 22. — Access mode : <http://www.who.int/hpvcentre>.
37. Katki H.A., Wentzensen N. How might HPV testing be integrated into cervical screening? // *Lancet Oncol*. — 2012. — Vol. 13. — № 1. — P. 8-10.
38. zur Hausen H. Papillomavirus infections a major cause of human cancer // *Biochim Biophys Acta*. — 1996. — P. 1288.

*V.M.Merabishvili¹, E.V.Bakhidze¹, E.I.Lalianty¹,
A.F.Urmancheeva¹,
I.A.Krasilnikov², A.V.Atroshchenko³*

Prevalence of gynecological cancer and survival of patients

¹N.N.Petrov Research Institute of Oncology,
St. Petersburg

²Ltd. "Strategist"

³Oncology Dispensary of the Moscow District,
St. Petersburg

The article presents an analysis of the situation with cancer in the world, Russia and more detailed (database of the Population-based Cancer Registry) in St. Petersburg. It is presented medium-term morbidity of the population of St. Petersburg per cervical cancer, endometrial cancer and ovarian neoplasms. The use of geoinformation systems allowed presenting incidence (standardized indicators) by districts of the town.

Key words: cancer incidence, mortality, gynecological cancer, cartograms, prognosis.