
Обзоры литературы

УДК 618.146-006.46-036.22 (048.8)

И.И. Курунова¹, Т.Ф. Боровская², А.Ю. Марочко², Н.Г. Бессмертная³

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

¹Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД»,
680022, ул. Воронежская, 49, тел. 8-(4212)-98-05-39;

²Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

³КГБУЗ «Перинатальный центр», 680000, ул. Истомина, 85, тел. 8-(4212)-45-40-03, г. Хабаровск

Резюме

Представлен обзор литературы по эпидемиологическим и клиническим аспектам рака шейки матки. Отмечено, что большой удельный вес рака шейки матки в структуре онкологической заболеваемости женщин и высокая смертность выводят данную проблему в разряд приоритетных. Рак шейки матки остается глобальной проблемой здравоохранения мирового масштаба. Высокий уровень заболеваемости раком шейки матки делает актуальной проблему точной и своевременной диагностики предраковых изменений шейки матки. Об актуальности совершенствования методов диагностики РШМ свидетельствует также то обстоятельство, что для данной патологии характерен длительный латентный период – от 5 до 30 лет и более.

Ключевые слова: рак шейки матки, заболеваемость, распространенность, регионы.

I.I. Kurunova¹, T.F. Borovskaya², A.Yu. Marochko², N.G. Bessmertnaya³

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CERVICAL CANCER

¹Railroad hospital of st. Khabarovsk-1;

²Far Eastern state medical university;

³Khabarovsk Region Perinatal Center, Khabarovsk

Summary

The authors present the review of literature on epidemiological and clinical aspects of cervical cancer. The authors noticed that a high incidence of cervical cancer in oncology structure, and high death rate in patients have made this condition an important medical priority. Cervical cancer remains a global problem in the world health care. A high incidence of cervical cancer makes the important an exact and timely diagnostics of precancerous changes of the uterus neck. Diagnostic methods are very significant for cervical cancer because this pathology is characterized by a long latent period – from 5 to 30 years and more.

Key words: cervical cancer, incidence, prevalence, regions.

В начале XXI века, несмотря на разработку методов ранней диагностики и лечения, а также достаточно хорошо изученные аспекты этиологии и патогенеза, рак шейки матки (РШМ) продолжает сохранять свою актуальность и остается глобальной проблемой здравоохранения мирового масштаба.

Анализ статистических данных отечественных авторов и зарубежных служб, в частности AIRS, GLOBOCAN (2008), показал, что ежегодно с 2008 по 2011 гг.

в мире было зарегистрировано от 529 800 до 530 232 вновь выявленных случаев РШМ [9, 11, 22].

Заболеваемость РШМ в мире составила 371 000 случаев в год, из них 86 % приходится на вновь выявленные случаи в развивающихся странах, что на 30 232 случая, по данным S.E. Waggoner (2003), больше, чем в 2003 году (прогноз на 2025 г. – 719 385) [29, 32, 33]. Три четверти всех вновь выявленных случаев РШМ регистрировали в развивающихся странах (Латинская Америка и Карибский бассейн, Восточная и

Южная Африка, Южная и Восточная Азия), где он составлял от 9 до 15 % от всех злокачественных новообразований (ЗНО) у женщин и являлся 2-й причиной смерти от рака, тогда как в развитых странах – от 2,3 до 4,4 % [1, 12, 18, 26, 27, 30, 34, 36]. Аналогичные данные зарегистрированы и другими российскими и зарубежными авторами [2-4, 9, 13, 28].

В обзорных статьях «Вестника РОНЦ им. Н.Н. Блохина» регулярно предоставляется аналитическая информация о заболеваемости населения ЗНО, и, в частности, РШМ, как в целом по РФ, так и по экономическим регионам, республикам, краям и областям [1, 2, 5, 8, 9]. В Российской Федерации динамика выявления новых случаев РШМ, в период с 2002 по 2011 гг., имела тенденцию к росту от 12 285 новых случаев РШМ (2002 г.) [6], 12 300 (2007 г.) [14, 15, 25, 26], 14 351 (2009 г.) [9] до 14 834 (2011 г.) [11], а среднегодовой темп прироста заболеваемости РШМ составил 2,17 % (с 15,93 на 100 тыс. в 2001 г. до 19,3 на 100 тыс. населения в 2011 г.) [9]. При этом стандартизованный показатель заболеваемости на 100 тыс. населения в РФ в 2011 г. составил 13,7 [11].

Показатель заболеваемости РШМ (стандартизованный) в Сибирском федеральном округе (СФО) в 2009 г. составил 16 на 100 тыс. населения, а в 2011 г. – 22,49 (на 100 тыс.). В Дальневосточном федеральном округе (ДВФО) в 2009 г. данный показатель соответствовал 17,1 (на 100 тыс.) [9, 13], а в 2011 г. число новых случаев РШМ увеличилось до 775 случаев (23,76 на 100 тыс.) [13].

В 2011 г. в СФО к территориям повышенного риска относились Республика Тыва (27,94 на 100 тыс.), Забайкальский край (30,38 на 100 тыс.), а в ДВФО территориями повышенного риска признаны Камчатский край (26,71 на 100 тыс.), Магаданская (33,44 на 100 тыс.) и Сахалинская (27,32 на 100 тыс.) области [9, 11]. На других территориях этого региона стандартизованный показатель заболеваемости был ниже и составил 17,07 на 100 тыс. в Приморском крае, 13,09 на 100 тыс. – в Хабаровском крае, 11,97 на 100 тыс. – в Амурской области [13]. По мнению авторов, неравномерность территориальной заболеваемости РШМ чаще всего связана с особенностями природного и социального характера и во многом ее уровень определяется поведенческими, социально-экономическими, медицинскими и гигиеническими стандартами. Отмечена низкая активная выявляемость случаев заболевания РШМ в ходе профилактических осмотров: лишь 28,4 % случаев в СФО и 14,6 % – в ДВФО. При этом показатель запущенности данной визуальной формы рака составлял 43,3 и 37,8 % случаев соответственно [9, 13].

Онкогинекологическая заболеваемость в Хабаровском крае имела промежуточный уровень между показателями заболеваемости в Магаданской (максимально высокий в регионе) и Амурской (максимально низкий в регионе) областях [13]. Так, в Хабаровском крае, в структуре ЗНО женской половой сферы за период с 1992 по 2007 гг. преобладал РШМ, составив 35,9 %, среднегодовой стандартизованный показатель заболеваемости РШМ был 12,7 на 100 тыс. и не претерпевал

достоверных изменений за весь период [7]. В 2008 г. было взято на учет 20,5 (на 100 тыс.) женщин всех возрастов с впервые выявленным диагнозом РШМ [13].

В настоящее время пристальное внимание уделяется ранним формам РШМ [15-17, 25, 35]. Так, в 2009 году число больных преинвазивным раком различной локализации в России составило 4 508 (10 на 1 000 впервые выявленных больных), а у 2 729 больных (20 случаев на 100 больных инвазивным РШМ) был диагностирован преинвазивный РШМ. Выявляемость преинвазивного РШМ в разных регионах имела разные показатели: максимальной была в Республиках Коми (88 на 100 больных) и Карелии (56 на 100 больных), в Тверской (72 на 100 больных), Липецкой (63 на 100 больных) и Новгородской (56 на 100 больных) областях и Алтайском крае (68 на 100 больных). Не было выявлено больных преинвазивным РШМ в Калужской и Камчатской областях, республиках Марий Эл и Карачаево-Черкесия [1, 2, 15].

РШМ – это легко визуализируемый рак при отсутствии для него специфичности клинических симптомов. Следовательно, показатель запущенности является крайне значимым для данного опухолевого процесса. Доля больных РШМ III-IV-й стадии в разных регионах России в 2009 году имела высокий процент: от 20 % до 37,9 % [1, 2, 5, 9, 11, 17]. Н.А. Швец с соавт. (2008) [20] выявили существенный рост показателей запущенных форм РШМ III-IV-й стадии с 1990 по 2003 гг.: от 34,2 % в 1990 году, 37,1 % – в 1992 году, 38,8 % – в 1995 году, в 2003 году – 39,7 %, в 2006 году – 38,9 %, до 48,4 % в 2007 году [19, 20, 21]. Частота запущенных форм РШМ за период с 1990 по 2007 гг. колебалась в пределах 30,1-48,4 %, составив в среднем 38,4 %, при этом уровень одногодичной летальности за этот период составил 19,9-30,8 %, (в среднем – 26,2 %) [7].

Помимо увеличения показателей выявляемости, заболеваемости и запущенности имеет место изменение возрастной структуры РМШ в сторону омоложения [2, 3, 6, 9, 11, 17, 23, 24, 30]. Так, в 2006 году РШМ в России занял первое место в структуре онкологической заболеваемости среди женщин 15-39 лет и второе место среди женщин 40-54 лет [2, 9, 11, 17]. Особенно заметное повышение отмечалось при анализе этого показателя у женщин с 2000 года в возрасте до 29 лет (ежегодно на 2,1 %) [6]. В возрастной группе 15-39 лет доля РШМ была максимальной (21,9 %), а в возрастной группе 40-54 года она была незначительной и составила всего 9,3 % [2, 11].

По мнению В.Н. Прилепской (2007) [15], заболеваемость у женщин репродуктивного возраста в России за последние 10-15 лет увеличилась в 2 раза. Согласно данным Н.В. Даниловой с соавт. (2010) [10], среди женщин детородного возраста (15-44 лет) заболеваемость составляла 11,2 на 100 тыс. населения и занимала 2-е место. Согласно данным М.И. Давыдова с соавт. (2011) [9], в 2009 году в России РШМ стал занимать первое ранговое место (20,4 %) у женщин в возрастной группе 15-39 лет, а в возрастной группе 40-54 года – 2-е место.

В СФО и ДВФО в структуре заболеваемости у женщин 30-34 лет РШМ был выше, чем по России, и соста-

вил 26,4 % [13]. Средний возраст женщин, заболевших за последние 15 лет, снизился с 55 до 51 года, а, в частности, в Забайкальском крае даже до 44 лет [9, 11, 13].

Омоложение РШМ подтверждается более ранними данными AIRS, GLOBOCAN (2008) – РШМ занял 3-е место в мире по заболеваемости среди женщин: 2-е – в развивающихся странах, 10-е – в развитых, при этом 2-е место среди женщин в возрасте 15-44 лет [12, 16, 29, 31–33].

В структуре заболеваемости ЗНО населения стран СНГ доля РШМ колебалась от 4-6 % в Белоруссии, России и Украине, до 9-16 % – в Узбекистане, Кыргызстане и Казахстане. В этих регионах средний возраст вновь выявленных больных колебался от 49 до 53 лет. По данным В.И. Чиссова с соавт. (2009) [11], средний возраст заболевших составил 52,6, из них более 50 % – женщины моложе 49 лет. За последние 15 лет (с 1997 г.) средний возраст заболевших снизился на 4 года, а у женщин моложе 29 лет заболеваемость выросла в 2,5 раза [4, 11, 17].

Также, за период с 1987 по 2006 гг., рост заболеваемости РШМ был отмечен и в других регионах, краях и областях России. В частности, в структуре онкогинекологической заболеваемости Республики Дагестан (РД), как и на всей территории Южного федерального округа (ЮФО), РШМ составлял 44,8 % и являлся наиболее распространенной формой, тогда как на территории РФ РШМ занимает 2-е место [21].

Анализ среднемноголетнего индексного показателя (ИП) заболеваемости ЗНО женских половых органов по Дагестану за период с 1987 по 2006 гг. в целом составил 21,9 на 100 тыс. женского населения, из них РШМ – 9,9. Уровень заболеваемости РШМ среди городских женщин составил 27,1 на 100 тыс. женского населения, что в 1,3 раза выше ($p < 0,05$), чем среди женщин сельской местности (18,4 на 100 тыс. женского населения). За анализируемый период возраст женщин увеличился на 7,9 лет (с 50,6 до 58,5 лет) и, следовательно, средний возраст женщин, первично заболевших РШМ, в Республике Дагестан составил 56,4 лет [21].

Анализ ЗНО половой сферы у женщин Республики Дагестан с учетом возраста выявил, что реже всего РШМ суммарно на всех стадиях регистрировали у женщин в возрасте 18-29 лет (среднемноголетний ИП заболеваемости – 3,6 на 100 тыс. женщин), однако удельный вес поздно диагностированных больных в этой группе составил 51,3 %. Среди женщин Дагестана с впервые выявленными ЗНО половой сферы максимальная доля III-IV-й стадий РШМ была заре-

гистрирована в возрастных группах до 18 лет (65,2 % от ЗНО половой сферы) и старше 70 лет (64,9 %, от ЗНО половой сферы). При анализе ЗНО половых органов у женщин по стадиям выявлено, что доля зарегистрированных случаев РШМ у женщин с 0-й стадией составила 1,0 %, с I-й стадией – 11,0 %, со II-й стадией – 37,3 %, с III-й стадией – 41,3 % и с IV-й стадией – 9,4 % [21].

В Республике Карелия отмечался значительный, более чем в 3 раза, рост заболеваемости РШМ (с 10,5 до 33,7 случаев на 100 тыс. женского населения), который значительно превышал среднероссийский уровень (16,98 на 100 тыс. женского населения) в период с 1998 по 2009 гг. [5].

В России в 2011-м году в структуре распространенности и выявляемости ЗНО РШМ составил 6,5 % от впервые выявленных случаев на начало года и 5,9 % – на конец года [11]. В 2011-м году в России распространенность РШМ на 100 тыс. населения составила 13,7 на 100 тыс. населения. При этом распространенность РШМ имеет географические особенности. Так, наиболее высокий показатель распространенности РШМ в 2011 г. зарегистрирован в Дальневосточном ФО – 17,12 на 100 тыс. населения, Сибирском ФО – 16,69 на 100 тыс., Южном ФО – 15,95 на 100 тыс. и Северо-Западном ФО – 15,36 на 100 тыс. Среди территориальных единиц, наиболее высокий стандартизованный показатель РШМ на 100 тыс. населения в 2011 г. был зарегистрирован в Псковской области (35,88), в Республике Карелия (35,67), Магаданской области (33,44), Забайкальском крае (30,38), Республике Тыва (27,94), Сахалинской области (27,32), Республике Хакасия (22,00), Вологодской области (19,01) и Приморском крае (17,07) [11].

Таким образом, в мире регистрируется рост вновь выявленных случаев РШМ от 529,8 тыс. до 530,2 тыс., а в России – от 12,3 тыс. до 14,8 тыс. Отмечено значительное омоложение данной патологии – максимально высокий уровень заболеваемости приходится на возраст 15-39 лет. Показано, что в каждом федеральном округе имеются края и области как с низким, так и с высоким уровнем заболеваемости РШМ. При этом во всех краях и областях сохраняется высокий уровень запущенности анализируемой патологии.

Несомненно, что РШМ является актуальной проблемой, как в России, так и во всем мире и требует дальнейшего тщательного наблюдения и изучения с целью точной и быстрой верификации диагноза и разработки методов лечения на ранних стадиях.

Литература

1. Абдихакимов А.Н., Кошкина Т.А., Султанов Д.Т. с соавт. Первый опыт скрининга рака шейки матки с определением вируса папилломы человека в Центральном-Азиатском регионе // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина – 2010. – Т. 21. – № 3 – С. 20–21.
2. Аксель Е.М. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2009 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. – 2011 – Т. 22. – № 3 – С. 9–53.
3. Алешкова О.И. Лучевые и молекулярно-биологические критерии оценки эффективности неоадьювантной химиотерапии местнораспространенного РШМ (2В-3В стадий) // Вестник РНЦРР МЗ РФ. – 2006. – № 7 – С. 26–29.
4. Батурина И.Л., Орнер И.Ю., Абрамовских О.С. с соавт. Сопоставление показателей Т-клеточного звена иммунитета и содержания анти-

- гена плоскоклеточной карциномы в сыворотке крови у пациенток с местнораспространенными формами РШМ // Медицинская иммунология. – 2010. – Т. 12 – С. 387–392.
5. Бахлаев И.Е., Ковчарук П.И., Михетько А.А. с соавт. Рак шейки матки в Карелии // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. – 2011. – Т. 22. – № 1 – С. 22–25.
 6. Бохман Я.В., Лютра У.К. Рак шейки матки. – М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 175 с.
 7. Винникова Л.Р. Эпидемиологическая характеристика запущенного РШМ, тела матки и яичников в Хабаровском крае: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов-н/Д, 2010. – С. 3–10.
 8. Воробьева Л.И., Федоренко З.П., Жилка Н.Я. Уровень организации онкогинекологической помощи населению Украины // Матер. 11-го съезда онкологов Украины. – Судак, 2006. – № 7. – С. 36.
 9. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2009 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина – 2011. – Т. 22. – № 3. – С. 54–92.
 10. Данилова Н.В., Андреева Ю.Ю., Мальков П.Г. Дифференциальная диагностика предопухолевых и регенераторных изменений эпителия шейки матки с использованием иммуногистохимического метода // Архив патологии. – 2011 – Т. 73. – № 2. – С. 10–11.
 11. Злокачественные новообразования в России в 2011-м году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, 2012. – С. 244–268.
 12. Новик В.И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг // HPVinfo.ru – 2013. – Режим доступа: www.hpvinfo.ru/cancer/uterine-neck-cancer-1.html (дата обращения 26.01.2013).
 13. Пестрикова Т.Ю. Мониторинг основных показателей службы родовспоможения Дальневосточного Федерального округа (2007–2009 гг.) // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2011. – № 1.
 14. Пожарисский К.М., Винокуров В.Л., Жаринов Г.М. с соавт. Иммуногистохимические маркеры в качестве прогностических критериев в онкогинекологии // Вопросы онкологии. – 2008. – Т. 54. – № 4. – С. 463–470.
 15. Прилепская В.Н. Профилактика рака шейки матки: методы ранней диагностики и новые скрининговые технологии (Клиническая лекция) // Гинекология. – 2007. – Т. 9. – № 1. – С. 1–45.
 16. Рак: материалы Section of cancer information, информационный бюллетень. – М., 2013. – С. 1–25.
 17. Салчак Ч.Т., Сиразитдинова А.К., Рассеник Т.И. Анализ состояния онкологической помощи больным раком шейки матки в республике Тыва // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – № 3(27). – С. 58–60.
 18. Урманчеева А.Ф., Мерабишвили В.М., Сельнов С.А. Эпидемиология и диагностика рака шейки матки // Акуш. и гин. – 2001. – № 1. – С. 80–86.
 19. Умаханова М.М., Торчинов А.М., Исаев А.К. Анатомо-физиологические особенности шейки матки // Сб. научных трудов к 60 летию ГКБ № 13 «Актуальные вопросы практической медицины». – М.: РГМУ, 2000. – 334 с.
 20. Швеиц Н.А., Чазова Н.Л., Бершанская А.М. Прогностическое значение морфологических критериев роста и структуры плоскоклеточного рака шейки матки // Онкология. Вестник последипломного медицинского образования. – 2008. – № 2. – С. 48–53.
 21. Шихнабиева Н.Д. Эколого-эпидемиологические аспекты проблемы онкогинекологических заболеваний и вопросы их профилактики в сельской местности (модель – сельская местность республики Дагестан): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ростов-н/Д, 2011. – С. 3–5.
 22. Cancer incidence in five continents V.IX / Ed.M.P.Curado (et al.). – IARS Scient. Publ. 160 – Lyon: IARS. – 2008.
 23. Experts confirmed HPV a major causes of cancer // Vaccine Weekly. – 1996. – № 29. – P. 6–7.
 24. Im S., Wilczynski S., Burger R., Monk B. Early stage cervical cancer containing human papillomavirus type 18 DNA have more nodal metastasis and deeper stromal invasion // Clin.Cancer Res. – 2003. – Vol. 9. – P. 4145–4150.
 25. Khan V., Castle P., Lorincz A., et al. The elevated 10-year risk of cervical precancer and cancer in woman with HPV type 16 or 18 and the possible utility of type-specific HPV testing in clinical practice // J. Nat. Cancer Inst. – 2005. – Vol. 97. – P. 1072–1079.
 26. Kovanda A., Juvan U., Sterbenc A., et al. Pre-vaccination distribution of human papillomavirus (HPV) genotypes in woman with cervical intraepithelial neoplasia grade 3(CIN3) lesions in Slovenia // Acta Dermatovenerol. Alp. Panonica Adriat. – 2009. – Vol. 18. – P. 47–52.
 27. Lee J.S., Yoon A., Kalapurakal S.K., et al. // J. Clin. Oncol. – 1995. – Vol. 13. – P. 1893–1903.
 28. Lowy, D. R. and J. T. Schiller Prophylactic human papillomavirus vaccines // J. Clin Invest – 2006. – № 116(5). – P. 1167–1173.
 29. Mc. Credie M.R., Sharples K.J., Paul C., et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study // Lancet Oncol. – 2008. – Vol. 9. – P. 425–434.
 30. Schwartz S., Daling J., Shera K., et al. Human papillomavirus and prognosis of invasive cervical cancer: a population-based study // J. Clin. Oncol. – 2001. – Vol. 19. – P. 1906–1916.
 31. Song S.H., Lee J.K., Oh M.G., et al. Risk factors for the progression or persistence of untreated mild dysplasia of the uterine cervix // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2006. – Vol.16. – P. 1608–1613
 32. Tranbaloc P. Natural history of precursor lesion of cervical cancer // Gynecol. Obstet Fertil. – 2008. – Vol. 6. – P. 650–655.
 33. Waggoner S.E. Cervical cancer // Lancet. 2003. – 361(9376). – P. 2217–2225.
 34. Wright T.C., Kurman R.J., Ferenczy A. Precancerous lesions of the cervix // Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. 4 the d / Wright T.C., Kurman R.J., Ferenczy A., Eds. – Heidelberg: Springer-Verlag, 1995. – P. 229–227.

35. Wood N.J., Quinton N.A., Burdall S., et al. Exploring the potential chemopreventative effect of aspirin and rofecoxib on hereditary nonpolyposis colorectal cancer-like endometrial cancer cells in vitro through mechanisms involving apoptosis, the cell cycle, and mismatch repair

gene expression // J. Gynecol. Cancer. – 2007. – Vol. 17. – P. 447–454.

36. Hausen H. Papillomavirus infection – a major cause of human cancer // Biochim. Biophys. Acta. – 1996. – Vol. 1288. – P. 55–78.

Координаты для связи с авторами: Курунова Ирина Игоревна – зав. ПАО НУЗ ДКБ на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД», аспирант кафедры патологической анатомии ДВГМУ, тел. 8-(4212)-98-05-39, e-mail: irina.kurunova@dkb-dv.ru; Боровская Татьяна Федоровна – д-р мед. наук, профессор кафедры клинической диагностики ДВГМУ, тел. +7-914-546-79-54, e-mail: botanya@mail.ru; Марочко Андрей Юрьевич – д-р мед. наук, профессор кафедры онкологии с курсом радиологии ДВГМУ, тел. +7-962-500-57-54; Бессмертная Наталья Григорьевна – врач акушер-гинеколог КГБУЗ «Перинатальный центр» МЗХК, тел. +7-924-202-01-61.



УДК 618.19-006.6:[314:330.12].001.18(048.8)

В.Г. Дьяченко¹, А.С. О¹, В.Л. Коваленко²

ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²Краевой клинический центр онкологии, 680042, ул. Воронежское шоссе, 164, e-mail: info@kkco.khv.ru, г. Хабаровск

Резюме

Ежегодно в мире выявляют более 1 миллиона новых случаев рака молочной железы (РМЖ). Лечение РМЖ является сложной проблемой, поэтому проблема поиска дополнительных критериев эффективности и безопасности лечения весьма актуальна. К таким новым критериям относится критерий качества жизни больных РМЖ. Оценка качества жизни пациентов с различной онкологической патологией с помощью специальных опросников осуществляется достаточно давно. Современный опросник EORTC QLQ-C30 (1987) представляет собой опросник, разработанный для оценки общего показателя качества жизни больных раком, в том числе и РМЖ. Общий показатель качества жизни имеет не только прогностическое значение, но и позволяет предсказать общие тенденции изменения состояния больных РМЖ при проведении лекарственного противоопухолевого лечения.

Ключевые слова: рак молочной железы, качество жизни, лечение, критерии эффективности.

V.G. Dyatchenko¹, A.S. O¹, V.L. Kovalenko²

PERSPECTIVES OF THE STUDY OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BREAST CANCER

¹FAR Eastern State Medical University;

²Regional Oncology Center; Khabarovsk

Summary

Every year about 1 million new cases of breast cancer (BC) are diagnosed in the world. Treatment of breast cancer is a complex problem. That is why new safe and effective therapy is important for healthcare providers. A new criterion that should be included in the breast cancer management is the quality of life. Assessment of the quality of life of cancer patients with the help of special questionnaires has been conducted for quite a long time. EORTC QLQ-C30 questionnaire is designed to assess the quality of life of cancer patients. The prognostic value of total score of quality of life can predict overall trends in the state of cancer patients during treatment.

Key words: breast cancer, quality of life, treatment, efficacy criteria.

Ежегодно в мире выявляют более миллиона новых случаев рака молочной железы (РМЖ), при этом прогнозируется рост числа заболевших к 2015 году в 1,5 миллиона. На протяжении жизни 1 из 8 женщин в США и 1 из 10 в Канаде заболеет РМЖ. Вероятность

заболеть РМЖ в России на протяжении предстоящей жизни для новорожденной девочки составляет 3,5 %, а умереть от него – 1,8 %. В структуре онкологической заболеваемости женщин России РМЖ занимает 1 место [17]. Заболеваемость и смертность от этой