

СТАТИСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Е.М. Аксель

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

STATISTICS OF GYNECOLOGICAL MALIGNANCIES

Ye.M. Aksel

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The paper analyzes data on the state-of-the-art of oncological care given to patients with gynecological cancer, considers differences in morbidity rates between individual population groups and regions, and compares the maximum and minimum cancer morbidity rates among different populations.

Key words: morbidity, mortality, prevention, cancer of the cervix uteri, cancer of the corpus uteri, ovarian cancer

Ежегодно в мире регистрируется 10,9 млн новых случаев рака, из них более 850 тыс. приходится на заболевания женской половой сферы. В России в 2007 г. число вновь выявленных заболеваний женских половых органов достигло 44,5 тыс. (17% от числа всех злокачественных опухолей).

Анализ данных о состоянии онкологической помощи больным раком женских половых органов показал, что в 2007 г. в России доля морфологически верифицированных диагнозов при раке яичников — РЯ (85,7%) была ниже по сравнению с этим показателем при раке шейки — РШМ (97,5%) и тела — РТМ (96,4%) матки. Распределение больных РЯ по стадиям достоверно отличается от их распределения при РШМ и РТМ, характеризуясь вдвое меньшей долей встречаемости I—II

стадий среди больных с впервые в жизни установленным диагнозом и преобладанием III—IV стадии заболевания (табл. 1). Несмотря на то что профилактические осмотры играют значительную роль при диагностике РШМ (выявляется 29,5% заболевших в России), за последние 5 лет доля больных, обнаруженных при их проведении, увеличилась всего на 4%. Значительно ниже это число при РТМ (11,8%) и РЯ (8,3%). На 100 вновь выявленных пациенток с РШМ приходилось 52 умерших; минимальным этот показатель был в группе больных РТМ (33), максимальным — при РЯ (63). Летальность на первом году с момента установления диагноза РТМ (11,8%) была в 2,3 раза ниже, чем при РЯ (27,4%). Сравнение числа пациенток с опухолями IV стадии и летальности на первом

Таблица 1. Показатели состояния онкологической помощи больным раком женских половых органов в России в 2002 и 2007 гг.

Показатель	шейка матки		Локализация тела матки		яичники	
	2002 г.	2007 г.	2002 г.	2007 г.	2002 г.	2007 г.
Морфологическая верификация диагноза, %	96,2	97,5	95,0	96,4	84,2	87,7
Выявляемость на профосмотрах, % к новым больным	25,5	29,5	10,4	11,8	7,7	8,3
Распределение вновь выявленных больных по стадиям процесса:						
I—II	58,1	58,3	74,7	77,4	31,9	35,3
III	29,2	30,0	13,8	12,8	39,0	39,9
IV	10,6	9,8	7,2	6,3	25,2	21,6
не установлена	2,0	1,9	4,4	3,4	3,9	3,2
Летальность на первом году с момента установления диагноза, %	20,3	19,0	13,4	11,8	31,1	27,4
На 100 вновь выявленных больных приходится умерших	59	52	37	33	64	63
Находились под наблюдением на конец года, тыс.	163,4	109,6	148,4	123,9	69,2	56,9
Из них ≥5 лет, %	69,6	67,9	59,5	60,0	54,9	56,4
Индекс накопления контингентов	13,7	11,9	9,7	10,1	6,0	6,8
Летальность контингентов, %	4,3	4,2	3,9	3,4	11,0	9,8
Кумулятивный показатель	0,90	0,94	0,97	0,98	0,58	0,67

Таблица 2. Динамика заболеваемости раком женских половых органов в России, 1991–2007 гг.

Показатель	Локализация	Год наблюдения						
		1991	1993	1996	1999	2002	2005	2007
Абсолютное число вновь выявленных заболеваний, тыс.	Шейка матки	11,9	11,6	11,8	12,2	12,3	12,9	13,4
	Тело матки	11,3	11,9	13,8	14,5	15,0	17,1	18,3
	Яичники	10,2	10,6	10,8	11,4	11,7	12,3	12,6
Доля в структуре заболеваемости, %	Шейка матки	6,1	5,8	5,5	5,4	5,3	5,2	5,2
	Тело матки	5,8	5,9	6,5	6,4	6,5	6,8	7,1
	Яичники	5,3	5,3	5,1	5,0	5,1	4,9	4,9
Средний возраст заболевших, годы	Шейка матки	59	58	56	55	55	54	53
	Тело матки	61	62	62	62	62	62	62
	Яичники	59	59	58	59	58	59	58
Стандартизованный* показатель заболеваемости раком	Шейка матки	10,6	10,6	10,7	11,1	11,4	12,3	12,9
	Тело матки	9,5	10,2	11,7	12,1	12,5	13,9	14,8
	Яичники	9,1	9,6	9,8	10,1	10,3	10,7	11,0

* Мировой стандарт, десятилетние возрастные группы.

году с момента установления диагноза свидетельствует о занижении доли больных с опухолями IV стадии: отношение этих показателей при РШМ и РТМ составляло 1,9; при РЯ — 1,3. За период с 2002 по 2007 г. отмечено незначительное снижение числа пациенток с IV стадией при РШМ и РТМ (<1%).

Кумулятивный показатель, отражающий множество частных показателей онкологической помощи населению, колебался от 0,67 (при злокачественных новообразованиях яичников) до 0,94–0,98 (при РТМ и РШМ).

В онкогинекологии наиболее подробно изучены и идентифицированы так называемые предраковые состояния и заболевания, поиск которых путем систематических массовых профилактических осмотров стал наглядным примером значимости этой формы профилактики и ранней диагностики злокачественных опухолей. В США после

внедрения массового скрининга чаще стали диагностировать опухоли *in situ*, чем инвазивные формы. В 2007 г. в России было выявлено 3356 (в 2000 г. — 2348) больных с преинвазивным раком. Основная масса таких пациенток ($n=2220$) имела локализацию в шейке матки — 17 на 100 больных инвазивным раком этой локализации; значительно выше показатель в Финляндии — 121 на 100 больных [1].

В 2007 г. в России было зарегистрировано 13,4 тыс. больных РШМ (табл. 2). Его доля в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России снизилась с 6,1% (в 1991 г.) до 5,2% (в 2007 г. — 5-е ранговое место); отмечено преобладание его в возрастной группе 15–39 лет (19,7%), а у больных в возрасте 40–54 лет это число составляет 9,1% (2-е место после рака молочной железы — РМЖ) (табл. 3).

Таблица 3. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России в разных возрастных группах (2007 г.)

Ранг	Все возрасты	Возраст, годы					
		0–14	15–39	40–54	55–69	70–84	85 и старше
I	Молочная железа (20,0)	Лейкозы (31,6)	Шейка матки (19,7)	Молочная железа (29,7)	Молочная железа (21,4)	Молочная железа (13,6)	Молочная железа (11,8)
II	Тело матки (7,1)	ЦНС (16,4)	Молочная железа (17,5)	Шейка матки (9,1)	Тело матки (9,3)	Желудок (9,8)	Ободочная кишка (9,9)
III	Желудок, ободочная кишка (по 7,0)	Лимфомы (11,6)	Лимфомы, щитовидная железа (по 9,4)	Тело матки (8,6)	Ободочная кишка (7,1)	Ободочная кишка (9,5)	Желудок (9,4)
IV	Шейка матки (5,2)	Почка (7,2)	Яичники (7,7)	Яичники (7,2)	Желудок (6,6)	Прямая кишка (5,7)	Легкое, прямая кишка (по 5,3)
V	Яичники (4,9)	Мезотелиальные и мягкие ткани (6,2)	Меланома кожи (3,7)	Желудок, ободочная кишка (по 4,0)	Прямая кишка (5,1)	Легкое, тело матки (по 5,0)	Поджелудочная железа (5,0)

Примечание. Исключены немеланомные новообразования кожи. В скобках представлен процент больных. ЦНС — центральная нервная система.

Ежегодно в мире выявляется 493,2 тыс. больных РШМ (5% среди всех злокачественных новообразований). Широкое распространение РШМ 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%). Максимальные показатели заболеваемости — в Латинской Америке, Африке, Южной и Юго-Восточной Азии; минимальные — в Китае и Западной Азии [2]. В развитых странах Европы, в Америке, а также в России стандартизованные показатели заболеваемости относительно низки ($<13^{\circ}/_{0000}$). Настораживает прирост заболеваемости РШМ (с 10,6 на 100 тыс. женского населения в 1991 г. до 12,9 в 2007 г. — 21,7%), в то время как в странах Запада, где проводится массовый скрининг, позволяющий диагностировать предраковые состояния и ранние формы рака, показатели заболеваемости (и смертности) значительно сократились за последнее десятилетие. Средний возраст заболевших в России снизился с 59 до 53 лет. Максимальные возрастные показатели заболеваемости РШМ зарегистрированы в 45—64 года ($29\text{—}32^{\circ}/_{0000}$), РТМ — в 55—69 лет ($67\text{—}75^{\circ}/_{0000}$), РЯ — в 60—74 года ($34\text{—}38^{\circ}/_{0000}$); данные представлены на рис. 1. Анализ динамики

возрастных показателей заболеваемости в России в период с 1991 по 2007 г. выявил некоторую тенденцию к снижению частоты случаев РШМ и росту числа заболеваний РТМ в старших возрастных группах (при РЯ отмечено небольшое увеличение показателей во всех возрастах).

Более 6 тыс. больных (4,7% среди всех женщин со злокачественными новообразованиями) ежегодно умирают от РШМ в России (табл. 4). Средний возраст умерших составляет 58 лет (в 1991 г. — 64 года). Смертность от РШМ в среднем по России в 2007 г. ($5,3^{\circ}/_{0000}$) была в 2 раза ниже, чем заболеваемость ($12,9^{\circ}/_{0000}$). У пациенток со злокачественными новообразованиями в возрасте от 15 до 40 лет РШМ является основной причиной смерти, достигая 15,9%; у женщин 40—54 лет РШМ занимает 5-е место (8,5%).

Среди 50 стран мира самые высокие показатели смертности от РШМ зарегистрированы в Зимбабве ($43,1^{\circ}/_{0000}$), Мали ($25,4^{\circ}/_{0000}$) и Колумбии ($18,2^{\circ}/_{0000}$); минимальные ($<3^{\circ}/_{0000}$) — в Австралии, США, Канаде, Финляндии, Греции, Италии [3]. В период с 1991 по 2007 г. прирост стандартизованных показателей смертности составил 8%.

Показатели выживаемости варьируют: хорошие прогнозы отмечены в странах с низким риском развития РШМ (в США — 70%, в европейских странах — 60%). Даже в развивающихся странах, в которых чаще диагностируются более распространенные (запущенные) случаи РШМ, выживаемость достигает 48%; самые низкие показатели — в Восточной Европе.

Географическое распределение РТМ аналогично распространению РЯ. 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 17 тыс. больных РТМ. Средний возраст заболевших составлял в 2007 г. 62 года (умерших — 68 лет). Соотношение рака эндометрия и РШМ в европейских странах и США составляет от 1:2 до 1:7. В странах СНГ заболеваемость РТМ колебалась от $4\text{—}8^{\circ}/_{0000}$ (в Азербайджане и Армении) до $10\text{—}17,5^{\circ}/_{0000}$ (в России, Беларуси и Казахстане). За период с 1991 по 2007 г. стандарти-

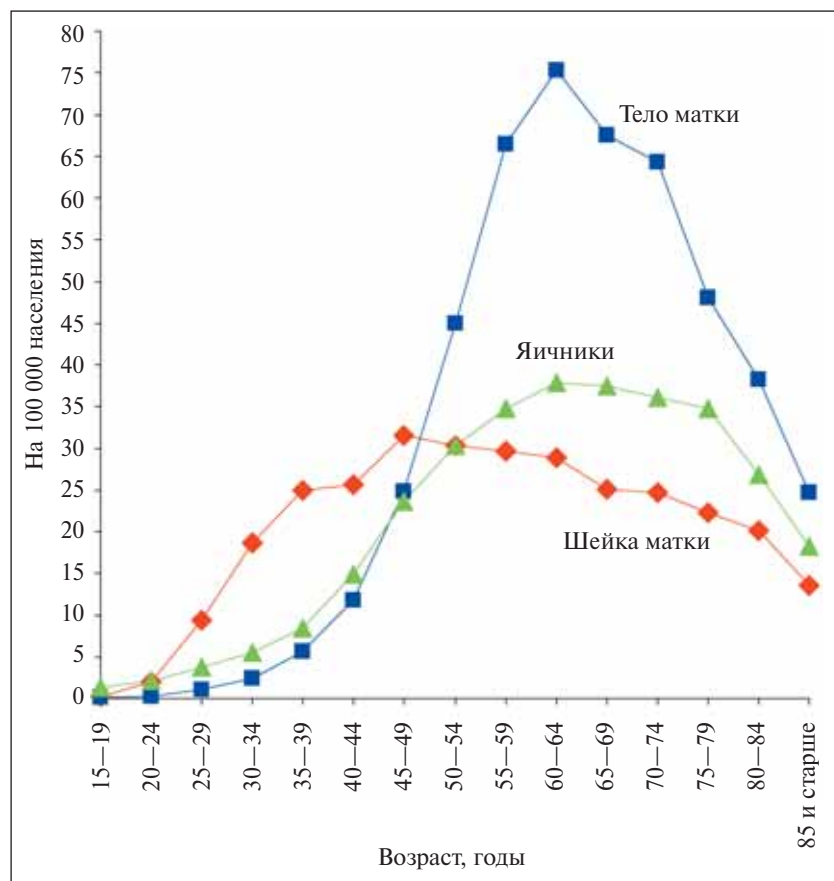


Рис. 1. Возрастные показатели заболеваемости раком женских половых органов в России в 2007 г.

Таблица 4. Смертность от рака женских половых органов в России в 1991 и 2007 гг.

Показатель	Год	Локализация			
		шейка матки (C53)	другие части матки (C54, 55)	яичники (C56)	все ЖПО* (C51—C58)
Абсолютное число умерших	1991	6,1	6,1	8,9	21,1
	2007	6,2	6,2	7,6	21,7
Доля в структуре смертности, %	1991	4,8	4,8	7,0	16,6
	2007	4,7	4,7	5,8	16,7
Средний возраст умерших, годы	1991	64	67	64	66
	2007	58	67	64	64
Стандартизованный показатель смертности	1991	4,9	4,7	7,4	17,4
	2007	5,3	4,4	5,9	16,5

*ЖПО — женские половые органы.

зованные показатели заболеваемости в России увеличились с 9,5 до 14,8‰ (прирост составил 55,8%, 4-е ранговое место среди злокачественных новообразований у женщин).

В структуре заболевших доля РТМ достигала 7,1%. В России он занимал 2-е ранговое место после РМЖ в возрасте 40—54 (9,1%) и в 55—69 лет (после РМЖ и колоректального рака) — 9,3%; с увеличением возраста он переходит на 5-е место в 70—84 года и его доля сокращается до 5%.

Показатели заболеваемости РТМ в 2007 г. увеличились во всех возрастных группах начиная с 25 лет; максимальными они были в 55—74 года (64—75‰). 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 0,9 при РШМ до 1,6 при РТМ и 3 при злокачественных новообразованиях яичников.

Среди 50 стран мира самые высокие показатели смертности от РТМ (5—7‰) в Чехии, Словакии, Кыргызстане, Кубе и Азербайджане, самые низкие — в Китае, Японии, Мали, Уганде (0,4—1,2‰).

Ежегодно в мире регистрируется 204,5 тыс. новых случаев РЯ и 124,9 тыс. смертей от него, в США — 23,4 и 13,9 тыс. соответственно, в России — 12,6 и 7,6 тыс. Во многих странах эта патология занимает среди злокачественных новообразований 5-е ранговое место. Злокачествен-

ные опухоли яичников встречаются у женщин всех возрастных групп начиная с младенчества. В России доля РЯ среди злокачественных новообразований колебалась от 4,9% (в 55—69 лет) до 7,2% (в 40—54 года) и 7,7% (в 15—39 лет). Показатель заболеваемости достигал наибольшего значения (37,9‰) в 60—64 года. В Англии, Дании, Финляндии, Чехии, Швеции заболеваемость этой формой рака составляла 9—15 на 100 тыс. женского населения (мировой стандарт). Стандартизованные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями яичников в России увеличились на 20,9% (с 9,1‰ в 1991 г. до 11‰ в 2007 г.).

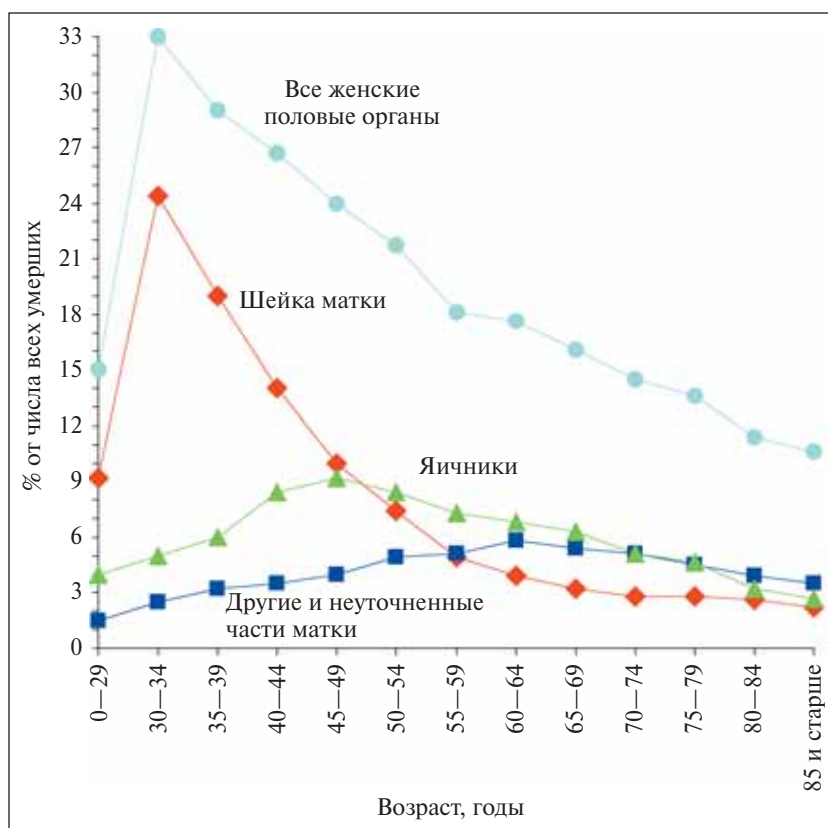


Рис. 2. Доля умерших от рака женских половых органов в общей структуре смертности населения в России в 2007 г. (%)

В 2007 г. в России от РЯ умерли 7,6 тыс. больных (5,8% среди всех злокачественных новообразований у женщин). Максимальное число умерших — в возрасте 40—54 (8,7%) и 55—69 (6,7%) лет, минимальное — в 85 лет и старше (2,7%) (рис. 2). В структуре умерших от злокачественных новообразований РЯ занимает 5-е место. В возрасте до 30 лет он являлся причиной смерти в 20—70% случаев среди всех опухолей гениталий. Средний возраст заболевших в России составлял 58 лет, умерших — 64 года.

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 различ-

ных 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 контролируруемыми. С использованием соответствующих показателей рассчитана доля случаев РШМ и РТМ, которые теоретически можно предупредить. Для России она составляет около 70%, значительно ниже этот показатель при РЯ — 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 повышение продолжительности жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cancer in Finland 2002 and 2003. Cancer Society of Finland. Helsinki, 2005.
2. Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D.M. Globocan 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide IARC CancerBase №5, version 2.0. IARC Press, Lyon, 2004.
3. Jemal D., Siegel M., Ward D. et al. Cancer Statistics, 2006. Ca Cancer J Clin 2006;56:106—30.

Н О В Ы Е К Н И Г И

В Издательском доме «АБВ-пресс» вышла книга под редакцией проф. В.П. Летягина **«ФИТОТЕРАПИЯ ДИФFUЗНОЙ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ».**

Книга посвящена фитотерапии при диффузной фиброзно-кистозной болезни (ФКБ). Доброкачественные заболевания молочных желез диагностируются у каждой 4-й пациентки в возрасте до 30 лет и у каждой 6-й после 40 лет. Половину из них составляют различные варианты ФКБ. Боли, сопровождающие мастопатию, доставляют женщинам немало беспокойства. Но самая главная опасность, подстерегающая женщин, страдающих дисгормональными заболеваниями, — рак молочной железы. Частота возникновения рака у таких пациенток в 3—5 раз выше, чем в общей популяции.

Описаны механизмы развития мастопатии, принципы ее диагностики и лечения. Большая часть книги посвящена фитотерапии — использованию целебных трав или их сборов и фитопрепаратов.

Стоимость книги, включая расходы на пересылку, — 85 руб.

По вопросам приобретения книги обращайтесь по телефону: 8 (499) 929 96 19.

