

5. Vaginal progesterone, cerclage or cervical pessary for preventing preterm birth in asymptomatic singleton pregnant women with history of preterm birth and a sonographic short cervix / Alfirevic Z., Owen J., E. Carreras Moratonas, Sharp A.N., Szychowski J.M., Goya M.// *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2013. – № 41. – P 146–151.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Гарелик Т.М., Наумов И.А.

*УЗ «Гродненская областная клиническая больница»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Актуальность. В настоящее время вопросы сохранения и укрепления репродуктивного здоровья женщин рассматриваются как одни из главных направлений государственной политики, определяющих дальнейшее социально-экономическое развитие Республики Беларусь [8].

Как известно, о нормальном состоянии репродуктивного здоровья свидетельствуют отсутствие заболеваний репродуктивной системы или нарушений репродуктивной функции при возможности осуществления процессов репродукции в условиях полного физического, духовного и социального благополучия [4].

Одним из заболеваний, активно нарушающих процессы репродукции, является рак шейки матки (далее – РШМ), который занимает второе место в структуре онкогинекологической патологии. Причем, ежегодно в мире регистрируются более 500 тыс. новых случаев инвазивных форм этого заболевания, а среди женщин активного репродуктивного возраста данная патология является основной локализацией [9].

Развитию инвазивного РШМ предшествуют различные формы цервикальной интраэпителиальной неоплазии (далее – CIN; от англ. Cervical intraepithelial neoplasia), включая преинвазивную форму РШМ – in situ, являющимися последовательными этапами канцерогенеза, который имеет мультифакторный, но все еще недостаточно изученный характер [7].

В связи с тем, что CIN III степени и РШМ in situ не имеют строго патогномичных клинических признаков, они рассматриваются как единая последняя преинвазивная и прогностически благоприятная стадия болезни [2]. Поэтому именно структурные возможности выявления CIN и РШМ in situ на уровне первичной медико-санитарной помощи при наличии соответствующего технического оснащения организаций здравоохранения и высококвалифицированного медицинского персонала акушерско-гинекологической службы (первый компонент КМП триады Донабедиана), должны являться эффективным средством профилактики инвазивного РШМ [5].

Тем не менее, несмотря на организацию и проведение организованного

скрининга, в организациях здравоохранения все еще сохраняются весьма высокие показатели онкозапущенности РШМ [6], что определяет необходимость дальнейших эпидемиологических исследований данной проблемы с целью последующего совершенствования комплекса профилактических мероприятий.

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологическую ситуацию по выявлению РШМ *in situ* в 2012-2016 гг. среди женщин репродуктивного возраста, проживавших в Гродненской области Республики Беларусь.

Методы исследования. Работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры общей гигиены и экологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» «Оценка состояния репродуктивного здоровья женщин, проживающих в г. Гродно и Гродненской области, на основе данных социально-гигиенического мониторинга и разработка профилактических мероприятий по его сохранению и укреплению» срок выполнения 2018-2020 гг. (№ гос. регистрации 20180469 от 25.04.2018).

Анализ всех неинвазивных и инвазивных случаев РШМ, выявленных в 2012-2016 гг. в организациях здравоохранения Гродненской области, проведен на основе изучения карт амбулаторного больного (ф № 25/у), историй болезни (ф №003/у-07), извещений о впервые установленных случаях злокачественных новообразований (форма № 090/у-16), а также данных канцер-регистра учреждения здравоохранения «Гродненская областная клиническая больница» за 2012-2016 гг.

Оценка стадий РШМ и степени распространенности первичной опухоли была основана на Международной клинической классификацией TNM (6-ое издание, 2002) и FIGO (1994).

Статистическая обработка данных проведена с использованием программы Statistika 10,0.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в 2012-2016 гг. в организациях здравоохранения региона был выявлен 1171 случай неинвазивного и инвазивного РШМ.

В структуре всех выявленных случаев данного рода патологии наибольшей оказалась процентная доля РШМ *in situ*, составившая 61,5%. Причем абсолютное большинство впервые выявленных случаев РШМ *in situ* было зарегистрировано у женщин репродуктивного возраста – 77,9%.

Нам не удалось подтвердить достаточно распространенное в литературе представление о данной патологии как болезни позднего репродуктивного возраста [3]. Наоборот, корреляция стадийности РШМ *in situ* с возрастом пациенток была четко нами прослежена именно для возрастных периодов 20-29 лет, 30-39 лет и 40-49 лет, на которые пришлось, соответственно, 27,8%, 29,3% и 20,7% впервые выявленных случаев данного рода патологии, причем среди женщин 30-39 лет средние значения показателя ($58,14 \pm 3,26^0_{/0000}$) превысили аналогичные в в возрасте старше 50 лет ($13,82 \pm 1,98^0_{/0000}$) почти в 4 раза ($t=5,48$; $p<0,01$).

Кроме того, нами установлено, что неинвазивные формы патологии

значительно чаще регистрировались у пациенток (68,9%), проживавших в сельских поселениях, для которых были характерны невысокий образовательный уровень (высшее образование имели 11,9% женщин), раннее начало половой жизни (до 15 лет) и незащищенные половые контакты – 86,9% всех случаев, частая смена сексуальных партнеров – 58,3% пациенток, наличие в анамнезе искусственных абортов и травм шейки матки вследствие прерываний беременности – 71,9% случаев, роды в возрасте 15-18 лет и высокий их паритет – 62,9% женщин, а также и наличие в анамнезе инфекций, передающихся половым путем – 88,1% пациенток, что соответствует имеющимся в литературе сведениям о том, что риск заболеть РШМ *in situ* наиболее высок у женщин промискуитетной группы с исходно неудовлетворительным состоянием репродуктивного здоровья [1].

Выводы.

1. В возникновении РШМ ведущую роль играют факторы медико-социальной среды.

2. РШМ является медико-социальной проблемой состояния здоровья женщин активного репродуктивного возраста.

3. Необходима активизация работы по разработке и внедрению мероприятий по профилактике РШМ среди женщин активного репродуктивного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аржаненкова, Л. С. Социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями женской репродуктивной системы / Л. С. Аржаненкова, Г. А. Сидоров, М. Д. Сычов // Вопросы онкологии. – 2007. – Т. 53, № 6. – С. 715–716.

2. Бохман, Я. В. Лекции по онкогинекологии / Я. В. Бохман. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 304 с.

3. Давыдов, М. И. Заболеваемость злокачественными новообразованиями / М. И. Давыдов, Е. М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2011. – Т. 22, № 3 (85), прил. 1. – С. 54–92.

4. Наумов, И. А. Укрепление репродуктивного здоровья женщин с воспалительными заболеваниями половых органов в рамках системы перинатальных технологий : монография / И. А. Наумов. – Гродно: ГрГМУ, 2010. – 316 с.

5. Онкология : учебное пособие / Н. Н. Антоненкова [и др.]; под ред. И. В. Залуцкого. – Минск: Вышэйшая школа, 2007. – 703 с.

6. Рак шейки матки в Республике Беларусь. Эпидемиология и состояние онкологической помощи / А. Е. Океанов [и др.] // Онкологический журнал. – 2013. – Т. 7, № 4 (28). – С. 20–27.

7. Русакевич, П. С. Заболевания шейки матки: симптоматика, диагностика, лечение, профилактика : монография / П. С. Русакевич. – Минск : Вышэйшая школа, 2000. – 367 с.

8. Человеческий потенциал Республики Беларусь : монография / под ред. П. Г. Никитенко. – Минск: Беларуская навука, 2009. – 716 с.

9. Global cancer statistics / A. Jemal [et al.] // Cancer J. Clin. – 2011. – Vol. 61. – P. 69–75.