

РАЗДЕЛ I. ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 618.146-006-084(476.6)

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В 2010-2014 ГОДЫ

*Т.М. Гарелик¹: ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4242-3047>,
И.А. Наумов²: ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8539-0559>*

¹Учреждение здравоохранения «Гродненская университетская
клиника»,

²Учреждение образования «Гродненский государственный
медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

PROBLEM ISSUES OF THE ORGANIZATION OF THE CERVICAL CANCER SCREENING IN THE GRODNO REGION AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE IN 2010-2014

*T.M. Harelik¹: ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4242-3047>,
I.A. Naumau²: ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8539-0559>*

¹Grodno Regional Clinical Hospital,

²Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Реферат

Рак шейки матки является одним из распространенных заболеваний, оказывающих негативное воздействие на состояние репродуктивного здоровья. Однако до настоящего времени практически отсутствуют исследования по оценке организации и эффективности применяемых программ скрининга данной патологии.

Цель исследования: изучить организацию и эффективность проведения скрининга рака шейки матки в организациях здравоохранения Гродненской области в 2010-2014 гг.

Материал и методы исследования. Изучены возрастные уровни, структура и тенденции изменения динамики первичной заболеваемости женщин, страдавших заболеваниями нижних

отделов репродуктивной системы инфекционно-воспалительного генеза и собственно CIN, получавших в 2010-2014 гг. медицинскую помощь в ОЗ Гродненской области. Статистическая обработка полученных данных проведена при применении пакета программного обеспечения «STATISTICA 10.0».

Результаты исследования. Установлено, что среди женщин репродуктивного возраста в этиологической структуре вульвовагинитов оказалась весьма высокой процентная доля инфекций, передающихся половым путем, которые были выявлены у $7,08 \pm 0,39\%$ пациенток, причем почти у 50% из них вагинальная микрофлора имела микстовый характер. Наиболее высокие уровни первичной заболеваемости, характеризовавшиеся к тому же и поступательной динамикой (рост за пятилетие составил 11,6%), были зарегистрированы среди пациенток в возрасте 19-29 лет. Реальный цитологический охват женского населения репродуктивного возраста не превышал и 50%, причем качество забора цитологического материала нельзя было признать высоким вследствие наличия ряда типичных отрицательных отклонений. В расчете на 100 тыс. женского населения репродуктивного возраста значение показателя первичной заболеваемости цервикальной интраэпителиальной неоплазией (CIN) возросло с 132,2 в 2010 г. до 207,3 в 2014 г., причем как за счет CIN I-II – рост в 1,4 раза, так и CIN III – увеличение 2 раза.

Выводы Таким образом, в 2010-2014 гг. в Гродненской области эффективность реализованных мер профилактической направленности скринингового характера среди пациенток репродуктивного возраста на уровне оказания первичной медицинской помощи оказалась весьма ограниченной, что создавало выраженные предпосылки для инициации и дальнейшего прогрессирования пролиферативных изменений в эпителии шейки матки.

Ключевые слова: рак шейки матки, скрининг, женщины репродуктивного возраста.

Abstract

Cervical cancer is one of the common disease which leads to negative impact on the reproductive health. However, studies which

evaluate the organization and the effectiveness of the screening programs for this pathology are practically absent till present moment of time.

Objective: to study the organization and the effectiveness of the cervical cancer screening at the healthcare organizations of the Grodno region in 2010-2014.

Material and methods. We assessed the age levels, structure and trends of changes in the dynamics of the primary morbidity in women suffering from diseases of the lower part of the reproductive system of infectious and inflammatory origin and CIN itself, who received medical help in the at the healthcare organizations of the Grodno region in 2010-2014. Statistical processing of the obtained data was carried out by application software package «STATISTICA 10.0».

Results. It was found that among women of reproductive age in the etiological structure of vulvovaginitis there was a very high percentage of sexually transmitted infections, which were detected in $7.08 \pm 0.39\%$ of patients, and in almost 50% of them the vaginal microflora had a mixed character. The highest levels of the primary morbidity, which were also characterized by progressive dynamics (growth over the five years was 11.6%), were registered among patients aged 19-29 years. The actual cytological coverage of the female population of reproductive age did not exceed 50%, and the quality of the sampling of cytological material could not be considered high due to the presence of a number of typical negative deviations. Per 100 000 of the female population of reproductive age, the value of the primary incidence rate of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) increased from 132.2 in 2010 to 207.3 in 2014, and as due to CIN I-II – an increase of 1.4 times, and CIN III – an increase of 2 times.

Conclusions. Thus, in 2010-2014 in the Grodno region the effectiveness of the implemented preventive screening measures among patients of reproductive age at the level of primary health care turned out to be very limited, which created pronounced prerequisites for the initiation and further progression of proliferative changes in the cervical epithelium.

Key words: cervical cancer, screening, women of reproductive age.

Введение. Как известно, что от момента возникновения у пациентки цервикальной интраэпителиальной неоплазии (далее – CIN) до развития инвазивной формы рака шейки матки (далее – РШМ) проходит обычно от 10 до 20 лет. Поэтому инициирование и прогрессирование канцерогенеза может быть предупреждено, благодаря возможностям медицинской профилактики и ранней диагностики с применением современных скрининговых программ [2]. Причем эти два направления находятся всецело в компетенции врачей акушеров-гинекологов уровня оказания первичной медицинской помощи (далее – ПМП).

Согласно рекомендациям экспертов Всемирной организации здравоохранения, вторичная профилактика РШМ должна включать организованное и систематическое осуществление раннего диагностирования и/или скрининга, проведение уточняющей диагностики, лечения, а также последующее наблюдение [4]. При этом раннее диагностирование подразумевает осведомленность населения и врачей-специалистов о ранних признаках и симптомах онкологического заболевания для содействия установлению диагноза и лечению на стадии, исключающей запущенность процесса [9]. В свою очередь, скрининг представляет собой систематическое использование скрининговых исследований в бессимптомной популяции для выявления пациентов, у которых имеются основания предполагать наличие рака определенной локализации с целью проведения дополнительного обследования и уточнения диагноза [3]. Сам же скрининг может быть как оппортунистическим, что предполагает обследование пациенток, непосредственно обратившихся к врачу акушеру-гинекологу, так и организованным, то есть мероприятия по его проведению разрабатываются на государственном уровне и осуществляются путем активного обследования пациенток в организациях здравоохранения (далее – ОЗ) на основании нормативных документов Министерства здравоохранения Республики Беларусь (далее – МЗ РБ)[5].

РШМ является одной из немногих нозологических форм злокачественных новообразований, которые в полной мере удовлетворяют практически всем требованиям для проведения популяционного скрининга.

Так, это заболевание имеет надежно распознаваемую преклиническую фазу, длительный период развития, существуют возможности для дальнейшей верификации диагноза и методы эффективного лечения, и, наконец, существует надежный скрининг-тест – цитологическое исследование мазков, взятых из шейки матки. Основной скрининг-тест может быть дополнен кольпоскопией, гистологическим исследованием материала, полученном при проведении прицельной биопсии, а также выявлением канцерогенных серотипов вируса папилломы человека (далее – ВПЧ) с определением вирусной нагрузки, что показано, преимущественно, женщинам репродуктивного возраста старше 30 лет [16].

Следует, однако, отметить, что, по мнению M. Herfs и С.Р. Сrum (2013), информативность цитологического мазка зависит от ряда таких существенных факторов как профессиональный уровень подготовки врача-лаборанта, технически и локально правильный забор цитологического материала, фаза менструального цикла и степень санации влагалища при взятии мазка и пр. [17].

В настоящее время показано, что в течение всей жизни у пациенток в зависимости от частоты проведения скрининговых мероприятий имеется разный риск возникновения РШМ в расчете на 1000 женщин: без скрининга – 31-33 случая; скрининг раз в 3 года – 5-8 случаев; скрининг раз в 2 года – 4-6 случаев; скрининг раз в год – 3 случая. Таким образом, пожизненный риск летального исхода от РШМ при скрининге раз в 1, 2 и 3 года составляет, соответственно, 0,03, 0,05 и 0,05 случая на 1000 женщин [18].

Согласно рекомендациям Американского общества кольпоскопии и патологии шейки матки, скрининговые мероприятия, направленные на профилактику РШМ, должны начинаться при достижении пациенткой возраста 21 года [16]. Причем многие исследователи полагают, что ежегодный скрининг способствует лишь незначительному увеличению выявляемости случаев РШМ, но сопровождается назначением значительного числа необоснованных лечебно-диагностических процедур (например, кольпоскопий) по поводу широко

распространенных транзиторных ВПЧ-ассоциированных поражений, склонных в большинстве случаев к самостоятельной регрессии в течение одного или двух лет, в отличие от небольшого количества тех из них, которые в течение многих лет и приводят к развитию РШМ [1]. Поэтому американские специалисты считают целесообразным проводить цитологический скрининг для женщин молодого репродуктивного возраста (21-29 лет) с периодичностью 1 раз 3 года. При этом пациентки, у которых 2 последовательных результата цитологического исследования негативны, не должны увеличивать временной промежуток до проведения следующей цитологической диагностики [16].

Относительно женщин более старших репродуктивных возрастов рекомендовано проведение скрининга, включающего цитологический метод и ВПЧ-тестирование с периодичностью 1 раз в каждые 5 лет (предпочтительно) или только цитологическое исследование каждые 3 года (приемлемо). Однако, учитывая увеличение риска для этого контингента женщин, в нашей стране традиционно применяется ежегодный скрининг [13].

В связи с этим несомненный интерес представляет изучение организации и эффективности применения скрининговых программ РШМ в ОЗ в Республике Беларусь на примере Гродненской области.

Цель исследования: изучить организацию и эффективность проведения скрининга РШМ в ОЗ Гродненской области в 2010-2014 гг.

Материал и методы исследования. С применением санитарно-статистического метода изучены возрастные уровни, структура и тенденции изменения динамики первичной заболеваемости женщин, проживавших в городских и сельских поселениях и страдавших заболеваниями нижних отделов репродуктивной системы инфекционно-воспалительного генеза и собственно CIN, получавших в 2010-2014 гг. медицинскую помощь в ОЗ, расположенных на административных территориях Гродненской области.

В ходе исследования применялась выкопировка данных из первичной медицинской документации: из медицинских карт амбулаторного больного (форма № 025/у), медицинских карт стационарного больного (форма № 003/у), карт учета прохождения диспансеризации пациентом старше 18 лет (форма № 131/у-ДВ), индивидуальных карт беременной и родильницы (форма № 111/у), использованы также данные канцер-регистра Гродненской областной клинической больницы (далее – ГОКБ) за период 2010-2014 гг.

Для разработки организационных мероприятий по повышению качества медицинской помощи (далее – КМП) и профилактики ухудшения состояния репродуктивного здоровья (далее – РЗ) пациенток на всех этапах канцерогенеза с последовательным применением методологии экспертной оценки изучены предоставленные женскому населению репродуктивного возраста в учреждениях АГС Гродненской области уровня оказания ПМП в 2010-2014 гг. медицинские услуги, их объемы, качество и доступность, в том числе и деятельность врачей акушеров-гинекологов ЖК по взаимодействию со смежными службами и структурами, а также преемственность и этапность в медицинском обслуживании пациенток. С этой целью был проведен анализ 1264 медицинских карт амбулаторного больного (форма №025/у-04) и индивидуальных карт беременной и родильницы (форма №111/у) при проведении экспертной оценки, осуществленной при плановых выездах в ОЗ области. Таким образом, общий объем изученной информации о выявленных воспалительных заболеваниях нижних отделов репродуктивного тракта представлял собой более чем 10%-ю ежегодную выборку от генеральной совокупности, что позволяло охарактеризовать КМП с достаточно высокой точностью.

Обработку данных проводили с применением общепринятых методов вариационной статистики.

Исследовательская база сформирована в электронном виде, статистические расчеты выполнены путем применения пакета прикладных компьютерных программ Microsoft Office Excel 2013 и STATISTICA 10.0 (лицензионный номер – XAR207F394425FA-Q).

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что в рассматриваемый период в Гродненской области, как и в целом по Республике Беларусь, скрининг имел оппортунистический характер и существовал в виде двухступенчатой системы вторичной профилактики РШМ.

I этап скрининга включал рутинный гинекологический осмотр в зеркалах и цитологическое исследование при проведении медицинских осмотров пациенток.

В 2010-2014 гг. в регионе ведущей организационной формой деятельности учреждений акушерско-гинекологической службы (далее – АГС) уровня оказания ПМП по реализации соответствующей скрининговой программы являлось проведение ежегодных профилактических медицинских осмотров врачами акушерами-гинекологами женских консультаций (далее – ЖК) или акушерками смотровых кабинетов территориальных поликлиник.

В целом по региону в рассматриваемый период ежегодный показатель охвата профилактическими осмотрами превышал 90% (рисунок 1) с достаточно высоким уровнем выявляемости гинекологической патологии, составившим $12,21 \pm 1,61\%$.

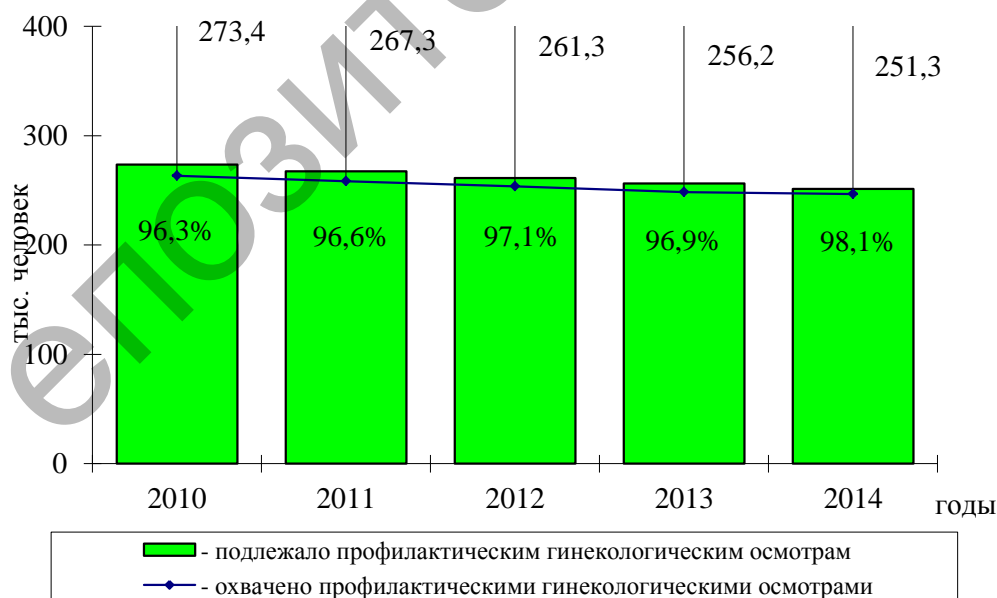


Рисунок 1 – Динамика охвата профилактическими осмотрами женщин репродуктивного возраста, проживавших в Гродненской области в 2010-2014 гг.

Тем не менее, в ряде районов региона показатели охвата медицинскими осмотрами были более низкими, а в Островецкой и Щучинской ЦРБ они не достигали и 85%. Максимальные же значения данного показателя были зарегистрированы в ГЦГП, Волковысской, Вороновской и Слонимской ЦРБ, ежегодно превышая 98%.

Применительно к процессу инициации и прогрессирования процесса канцерогенеза РШМ при проведении скрининга в соответствии с требованиями нормативных документов МЗ РБ должны были решаться две основные задачи.

Первая задача заключалась в выявлении у пациенток репродуктивного возраста, ведущих половую жизнь, факта инфицированности серотипами ВПЧ высокого канцерогенного риска.

Тем не менее, как установлено нами, в 2010-2014 гг. для врачей акушеров-гинекологов, осуществлявших оказание медицинской помощи в ЖК региона, «прямой» диагностический путь для решения этой задачи был практически закрыт, так как в действовавших в этот период нормативных документах не предписывалось направление пациенток даже по имевшимся у них клиническим показаниям для проведения соответствующего тестирования. Кроме того, подобного рода лабораторные исследования в государственных ОЗ Гродненской области вообще не осуществлялись, а в частных медицинских центрах – были спорадическими. Причем в формах государственной статистической отчетности результаты даже проведенного тестирования не отражались.

Однако, основываясь на данных В.Н. Беляковского и соавт. (2015), установившего, что у пациенток с фоновой патологией шейки матки, проживавших в рассматриваемый период в Гомельской области, уровень инфицированности серотипами ВПЧ высокого канцерогенного риска достигал 35,6%, а диагноз CIN был установлен у 8,1% из них [14], а также на практически аналогичных результатах, полученных И.Е. Бахлаевым и соавт. (2012), дополнительно показавших, что в 1998-2012 гг. среди женщин, проживавших в Республике Карелия Российской Федерации, пик уровня инфицированности серотипами ВПЧ

высокого канцерогенного риска наблюдался среди находившихся именно в активном репродуктивном возрасте (рисунок 2), мы с определенной осторожностью можем их экстраполировать и на пациенток, проживавших в Гродненской области.

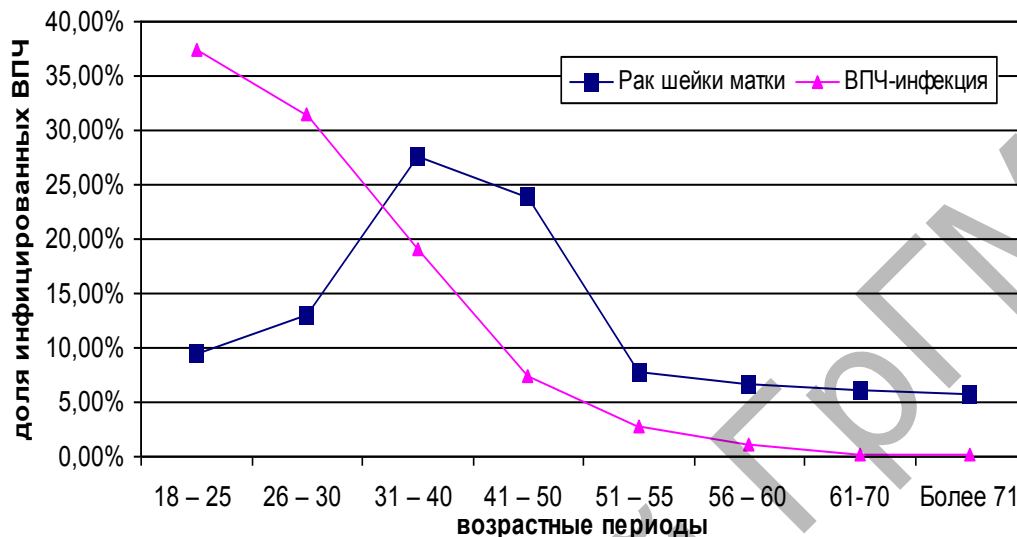


Рисунок 2 – Уровни инфицированности ВПЧ и заболеваемость (%) пациенток РШМ в разные возрастные периоды, среди проживавших в Республике Карелия Российской Федерации в 1998-2012 гг. [10]

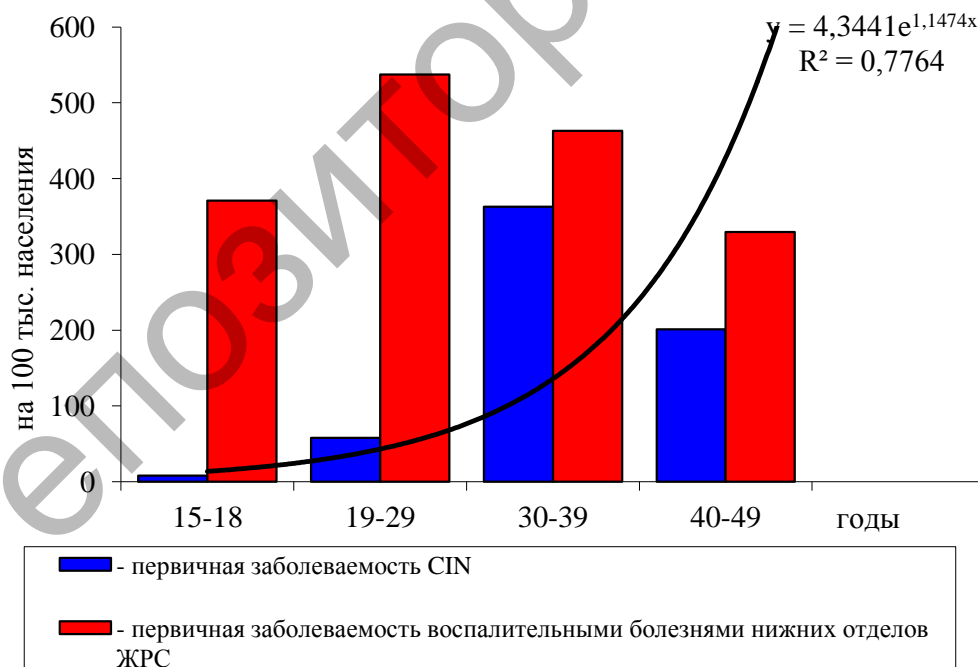


Рисунок 3 – Сравнительная динамика показателей первичной заболеваемости CIN и инфекционно-воспалительными болезнями нижних отделов ЖРС у женщин фертильного возраста, проживавших в Гродненской области в 2010-2014 гг.

Тем более что результаты сравнительного повозрастного анализа, проведенного нами (рисунок 3), также свидетельствуют о высоких уровнях первичной заболеваемости инфекционно-воспалительными заболеваниями нижних отделов ЖРС среди наиболее активных в сексуальном и репродуктивном отношении молодых женщин (20-29 лет) и девушек-подростков, что является очевидным свидетельством не только дефектов здоровьесберегающего поведения (ранняя сексуальная активность и незащищенные половые контакты) самих пациенток, но и недостаточно активно проводимой с ними работы по формированию здорового образа жизни врачами акушерами-гинекологами уровня оказания ПМП.

Это тем более важно отметить, учитывая значение в предикции пролиферативных изменений в шейечном эпителии наличия факта не только инфицированности пациентки тем или иным серотипом ВПЧ высокого канцерогенного риска, но выявления у нее иных инфекционно-воспалительных поражений нижних отделов репродуктивной системы, которые в рассматриваемый период являлись основной группой заболеваний, выявленных у женщин репродуктивного возраста по результатам проведения профилактических осмотров – $49,11 \pm 2,47\%$, что в итоге должно было определить принятие врачом акушером-гинекологом ЖК обоснованного клинического решения в отношении определения дальнейшей лечебно-диагностической тактики. Причем в структуре выявленных воспалительных заболеваний, которыми ежегодно заболевали более 10 тыс. женщин репродуктивного возраста, проживавших в регионе, значительно (более 60%) преобладали цервициты и вульвовагиниты.

Нами установлено, что в 2010-2014 гг. организационная тактика для установления этиологии этих патологических состояний в соответствии с требованиями нормативных документов МЗ РБ предусматривала обязательный забор влагалищных мазков для определения состава влагалищной микрофлоры, а сами пациентки подлежали диспансерному наблюдению.

В рассматриваемый период уровни первичной заболеваемости вульвовагинитами и цервицитами и по результатам проведенных профилактических осмотров, и по обращаемости оставались стабильно высокими (рисунок 4).

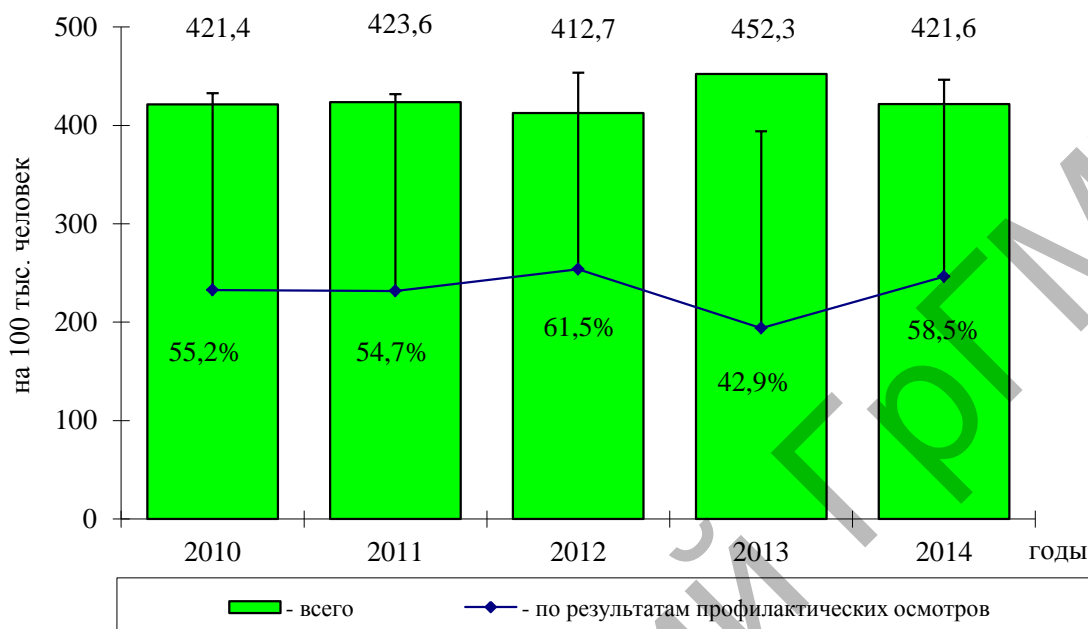


Рисунок 4 – Динамика первичной заболеваемости вульвовагинитами и цервицитами женщин репродуктивного возраста, проживавших в Гродненской области в 2010–2014 гг.

Причем среди женщин репродуктивного возраста в этиологической структуре вульвовагинитов оказалась весьма высокой процентная доля инфекций, передающихся половым путем (далее – ИППП), которые были выявлены у $7,08 \pm 0,39\%$ пациенток, причем почти у 50% из них вагинальная микрофлора имела микстовый характер. Полученные нами результаты достаточно хорошо согласуются с данными Т.Е. Белокриницкой и соавт. (2015), установивших, что почти 45% (95% ДИ: 39,5-50,9%) пациенток молодого репродуктивного возраста, инфицированных ВПЧ высокого канцерогенного риска были также поражены и иными вагинальными патогенами [8], что на фоне развития воспалительного процесса определяло предикцию пролиферативных процессов в шеечном эпителии.

Наиболее высокие уровни первичной заболеваемости, характеризовавшиеся к тому же и поступательной динамикой (рост за пятилетие составил 11,6%), были зарегистрированы

среди пациенток в возрасте 19-29 лет (рисунок 5), которые среди всего рассматриваемого контингента были, безусловно, наиболее сексуально активны.

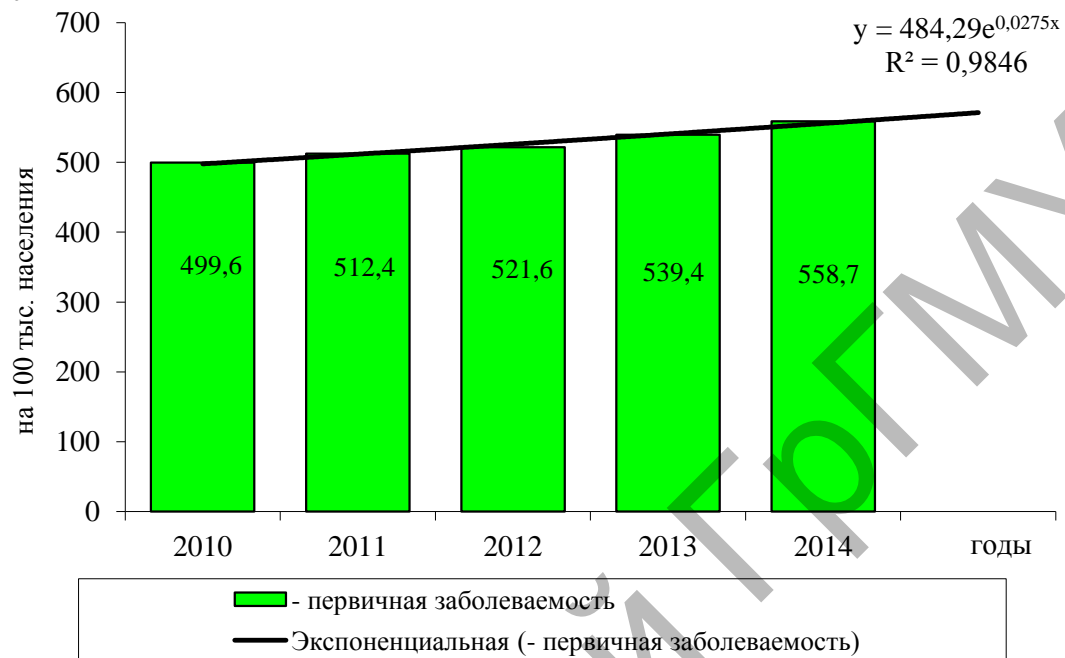


Рисунок 5 – Динамика первичной заболеваемости вульвовагинитами и цервицитами женщин в возрасте 19-29 лет, проживавших в Гродненской области в 2010-2014 гг.

Следует отметить, что возрастная структура первичной заболеваемости пациенток, полученная при изучении обращаемости пациенток в ЖК, не может считаться в полной мере отражающей характер пораженности пациенток, так как в рассматриваемый период выявление инфекционно-воспалительных заболеваний нижних отделов репродуктивной системы дополнительно осуществлялось как в акушерско-гинекологических стационарах, так и в отделении онко-3 ГОКБ. Это являлось следствием поступления недообследованных пациенток для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, что обуславливалось как ограниченными техническими возможностями лабораторий ЖК, так и имевшими место дефектами при заборе диагностического материала.

Так, например, в 2010-2014 гг. при поступлении в отделение онко-3 ГОКБ у 37,1% пациенток влагалищные мазки соответствовали III и IV степеням чистоты. Это не только дополнительно подтверждало факт недостаточной

эффективности оказанной медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста в ЖК региона, но также свидетельствовало и о продолжительности воспалительного процесса в нижних отделах ЖРС, который не был подвергнут своевременной санации.

Таким образом, возрастная структура первичной заболеваемости вульвовагинитами и цервицитами пациенток, а также наличие установленных нами недостатков в их клинико-лабораторном обследовании дополнительно свидетельствуют не только о роли данного рода патологии в создании необходимых дополнительных предпосылок для инициации генеза CIN и последующей опухолевой прогрессии, но также и о наличии существенных недостатков в работе по формированию здорового образа жизни (далее – ЗОЖ) среди сексуально активных женщин на уровне оказания ПМП, что в комплексе создавало выраженные предпосылки для раннего ухудшения состояния их РЗ.

Недостатки же в работе по формированию ЗОЖ определялись следующим факторами. Так, ее проведение было возложено исключительно на врачей акушеров-гинекологов ЖК, которые, к сожалению, сами весьма нередко не имели достаточно четких представлений о процессе инициации и прогрессировании пролиферативных процессов в шеечном эпителии. Это приводило к существенной недооценке исходного медико-социального статуса пациенток, их личностной ценностной ориентации и мотивации к ведению ЗОЖ, и, как следствие, к недопониманию значимости проведения мероприятий корригирующего характера, направленных на повышение информированности молодых женщин о факторах риска по инициации канцерогенеза РШМ, в том числе – необходимости лабораторного обследования для выявления ВПЧ при наличии соответствующих клинических показаний, и формирования соответствующего здоровьесберегающего поведения. Кроме того, профилактическая деятельность врачей-специалистов уровня оказания ПМП осуществлялась без привлечения представителей органов исполнительной власти, а также работников иных ведомств и структур, включая учреждения образования, что снижало ее эффективность.

Вторая решаемая задача врачами акушерами-гинекологами ЖК в процессе проведения I этапа скрининга заключалась в выявлении цитологических признаков пролиферации в эпителии шейки матки в цитологическом материале из наружной поверхности шейки матки и цервикального канала при проведении ПАП-тестирования [6].

Решение этой задачи при проведении профилактических гинекологических осмотров обеспечивалось путем забора цитологического материала с последующим его централизованным исследованием в цитологической лаборатории ГОКБ с определением, согласно рекомендациям П.С. Русакевича [11], пяти типов цитограмм.

Как удалось установить в процессе проведения настоящего исследования, в 2010-2014 гг. в ОЗ Гродненской области показатели охвата женского населения цитологическим обследованием в целом ежегодно превышали 89% [12]. Однако проведенный нами анализ данных цитологической лаборатории ГОКБ позволил сделать заключение, что в большинстве ОЗ реальный цитологический охват женского населения репродуктивного возраста не превышал и 50%, а декларируемые количественные показатели в ряде ЖК (например, в Сморгонской и Щучинской ЦРБ) завышались почти в 4 раза (таблица).

Кроме того, на основе результатов проведенной экспертной оценки мы можем также утверждать, что и качество забора цитологического материала нельзя было признать высоким вследствие наличия следующих типичных отрицательных отклонений:

- направление врачами других специальностей абсолютно всех (100%) пациенток на осмотр в ЖК или смотровые кабинеты поликлиник было осуществлено без учета фазы менструального цикла;

- забор цитологического материала в 37,8% случаев был проведен во вторую фазу менструального цикла;

- в первичной медицинской документации 22,6% пациенток отсутствовала дата последней менструации.

Все это, безусловно, не только значительно искажало данные о состоянии первичной заболеваемости воспалительными

болезнями нижних отделов ЖРС, но и затрудняло своевременность выявления патологических процессов шейки матки на ранних этапах канцерогенеза.

Снижению КМП также способствовало и несовершенство организационной тактики по результатам выявления патологических изменений в цитологическом мазке.

Так, следует отметить, что в 2010-2014 гг. организационный алгоритм действий предписывал врачу акушеру-гинекологу ЖК после получения из цитологической лаборатории ГОКБ информации о выявлении у пациентки мазка II типа («воспалительный тип мазка») либо принять к сведению это заключение, либо выставить такие диагнозы, как «цервицит» или «эрозия шейки матки».

Первый вариант диагностического заключения предполагал проведение противовоспалительной терапии в соответствии со сложившейся клинической ситуацией.

Таблица - Охват цитологическими осмотрами женского населения Гродненской области в 2012 г. [12]

Наименование учреждения	Результаты обследования				
	по данным амбулаторно-поликлинической службы			по данным госпитальной информационной системы	
	подлежат осмотру	осмотрены	% осмотра	Зарегистрированы в базе данных	% осмотра
Берестовицкая ЦРБ	7733	6751	87,3	2363	35,0
Волковысская ЦРБ	27504	24267	88,2	15985	65,9
Вороновская ЦРБ	11503	10951	95,2	3863	35,3
Дятловская ЦРБ	12869	11598	90,1	5336	46,0
Зельвенская ЦРБ	7157	6788	94,8	3406	50,2
Ивьевская ЦРБ	11215	10150	90,5	2867	28,2
Кореличская ЦРБ	11054	10329	96,7	3378	32,7
Лидская ЦРБ	58540	55086	94,1	22165	40,2

Мостовская ЦРБ	14067	13070	92,9	6066	46,4
Новогрудская ЦРБ	19366	17439	90,0	10405	59,7
Островецкая ЦРБ	8844	7812	88,3	1282	16,4
Ошмянская ЦРБ	13449	12541	93,2	93,2	20,6
Свислочская ЦРБ	8164	7935	97,2	5456	68,8
Слонимская ЦРБ	25497	23724	93,0	17678	74,5
Сморгонская ЦРБ	19315	16946	87,7	3608	21,3
Щучинская ЦРБ	18456	16367	88,6	4219	25,8
ГЦГП	156649	136008	86,8	59603	43,8
Всего	431382	387762	89,8	170268	43,9

Однако, как свидетельствуют результаты проведенной экспертной оценки, в 42,7% случаев назначенное лечение не сопровождалось последующим врачебным контролем в связи с неявкой пациенток для завершающего осмотра, что не предоставляло возможности не только подтвердить факт излеченности, но и вероятность осуществления назначенного лечения. Причем следует отметить, что даже в случае взятия пациентки под диспансерное наблюдение это не гарантировало ей обеспечения надлежащего уровня КМП и, соответственно, предотвращения инициации канцерогенеза в связи с несовершенством применявшихся в ряде ЦРБ (Островецкой, Сморгонской, Щучинской) методов терапии, так как вопреки клиническим рекомендациям [15] проведенное рутинное лечение все еще сводилось к назначению «спринцеваний настоем ромашки» или «влагалищных ванночек с 3%-м раствором перекиси водорода».

Второй вариант все же предполагал взятие пациентки под полноценное диспансерное наблюдение.

Однако диагноз «эрозия шейки матки» даже в рассматриваемый период представлял собой уже очевидный анахронизм, так как не только не отражал степень выраженности

морфо-функциональных изменений в шеечном эпителии, но и не соответствовал экспертной классификации ВОЗ, согласно которой выявленные патологические изменения рассматриваются как «сквамозное (плоскоклеточное) интраэпителиальное поражение» (Squamous Intraepithelial Lesion – SIL), соответственно, низкой (Low-grade) или средней и высокой (High-grade) степеней тяжести, а в МКБ-Х трактуются либо как CIN соответствующей рубрикации, то есть априори не присущие II типу мазков, либо как «эндоцервикоз» [7].

Учитывая все вышеизложенное, уровни первичной заболеваемости инфекционно-воспалительными патологическими состояниями нижних отделов ЖРС были, очевидно, существенно более высокими, чем отраженные в формах официальной статистической отчетности.

Полноценному диспансерному наблюдению в соответствии с требованиями МЗ РБ подлежали пациентки с цитограммами III типа [5], что осуществлялось в ОЗ региона согласно отработанной оптимальной организационной тактике, которая предполагала, кроме обязательного выставления диагноза CIN I-II, отлаженный механизм контроля, возложенный на заведующего цитологической лабораторией ГОКБ, который совместно с заведующими ЖК территориальных поликлиник осуществлял ежегодную (в декабре) пофамильную сверку данных о пациентках с выявленными изменениями в цитологических мазках.

В 2010-2014 гг. в Гродненской области ожидаемо существенно преобладали поражения шеечного эпителия низкой и средней степеней выраженности, однако активность их выявления в ОЗ региона существенно различалась.

Так, удалось установить, что ежегодно на фоне наиболее высоких в регионе декларируемых показателей охвата профилактическими осмотрами женщин репродуктивного возраста ($98,81 \pm 0,54\%$) при максимальной выявляемости инфекционно-воспалительных заболеваний нижних отделов репродуктивной системы ($15,28 \pm 1,47\%$) и наименьших отрицательных отклонениях в качестве забора цитологического материала условным «лидером» среди районных ОЗ

по выявлению CIN I-II была Слонимская ЦРБ: удельный вес выявленных ее врачами-специалистами CIN I-II превышал 25% и был вполне сопоставим с таковым в ГЦПП, обслуживавшей более 100 тыс. женского населения репродуктивного возраста, и более чем в 6 раз превышал процентную долю в значительно более крупной Лидской ЦРБ.

В целом же по региону динамика выявления этих форм патологии в большинстве ОЗ ежегодно значительно варьировала, а в сравнении с иными аналогичными учреждениями АГС по количеству обслуживаемого населения могла отличаться более чем в 10 раз. При этом следует отметить, что в Дятловской и Островецкой ЦРБ в отдельные годы CIN I-II вообще не выявлялись.

При получении цитограммы IV типа в ЖК выставлялся диагноз CIN III («резко выраженная дисплазия шейки матки»), а пациентка передавалась под дальнейшее диспансерное наблюдение врача акушера-гинеколога специализированного приема по профилактике онкологической патологии.

В 2010-2014 гг. условным «лидером» по выявлению CIN III оказалась Волковысская ЦРБ: удельный вес в региональной структуре составил 27,0%. Однако в Зельвенской, Ивьевской и Ошмянской ЦРБ в рассматриваемый период выраженные дисплазии шейки матки вообще не выявлялись, а, например, в Свислочской ЦРБ было выявлено лишь 2 случая CIN III. В условиях высокой распространенности инфекционно-воспалительных заболеваний нижних отделов ЖРС это свидетельствует не об отсутствии поражения пациенток данного рода патологией в зоне обслуживания данными учреждениями здравоохранения, а о существенных недостатках в организации их выявления, что особенно очевидно с учетом состояния заболеваемости РШМ и наличия запущенных форм онкологической патологии.

Состояние диагностики CIN в ОЗ региона определило и динамику показателей первичной заболеваемости данного рода патологией, которая в течение рассматриваемого пятилетия характеризовалась значительным ростом.

Так, данные, представленные на рисунке 6, демонстрируют, что в расчете на 100 тыс. женского населения репродуктивного возраста значение показателя возросло с 132,2 в 2010 г. до 207,3 в 2014 г., причем как за счет CIN I-II – рост в 1,4 раза, так и CIN III – увеличение 2 раза.

Среднее значение показателя первичной заболеваемости CIN по области за анализируемое пятилетие составило $194,0 \pm 89,3$ на 100 тыс. женского населения.

Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости CIN (без учета степени тяжести поражения) наблюдались в Слонимском районе. Причем только на этой административной территории динамика показателя характеризовалась неуклонным поступательным ростом: за 5 лет его значение возросло более чем наполовину, что вполне соответствует значительной распространенности инфекционно-воспалительной патологии нижних отделов ЖРС среди населения этого района.

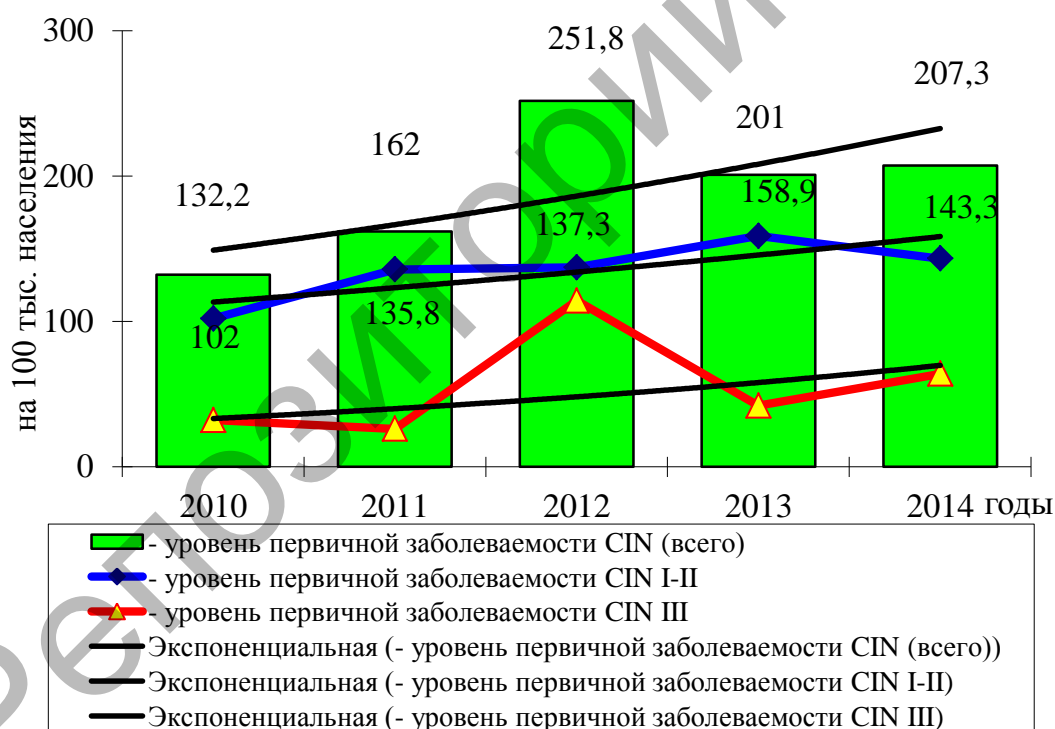


Рисунок 6 – Динамика показателей первичной заболеваемости CIN среди женщин репродуктивного возраста, проживавших в Гродненской области в 2010-2014 гг.

Показатели первичной заболеваемости CIN I-II выше среднего областного уровня оказались в Слонимском – в 4,7 раза ($644,4 \pm 167,3$), Щучинском – в 2,9 раза ($400,3 \pm 86,67$), Мостов-

ском – в 1,9 раза ($259,3 \pm 39,25$), Ошмянском – в 1,8 раза ($246,5 \pm 31,23$), Волковысском – в 1,3 раза ($182,6 \pm 41,78$) и Берестовицком – в 1,2 раза ($158,8 \pm 32,61$) районах.

Наиболее высокие среднегодовые темпы роста первичной заболеваемости (137,2%) данного рода патологией зарегистрированы в Щучинском районе.

Показатели первичной заболеваемости CIN III выше среднего областного уровня были зарегистрированы в Волковысском – в 5,1 раза ($289,2 \pm 82,57$), Слонимском – в 3,7 раза ($212,8 \pm 42,61$), Щучинском – в 1,7 раза ($96,38 \pm 26,17$), Мостовском – в 1,9 раза ($93,93 \pm 41,37$), Вороновском – в 1,9 раза ($93,38 \pm 39,38$) и Островецком – в 1,5 раза ($84,07 \pm 24,14$) районах. Причем высокие значения показателя в Волковысском районе были преимущественно обусловлены выявлением на протяжении 2012 г. 196 случаев (!) данного рода патологии (максимальное зарегистрированное значение за весь пятилетний период наблюдения по Гродненской области).

Выводы

Таким образом, в 2010-2014 гг. в Гродненской области эффективность реализованных мер профилактической направленности скринингового характера среди пациенток репродуктивного возраста на уровне оказания ПМП оказалась весьма ограниченной, что создавало выраженные предпосылки для инициации и прогрессирования пролиферативных изменений в эпителии шейки матки.

Литература

1. Бадалова, Л. А. Клиническая и экономическая оценка методов профилактики вирусных поражений шейки матки / Л. А. Бадалова, С. И. Роговская // Проблемы женского здоровья. – 2011. – Т. 6(2). – С. 57–62.
2. Вергейчик, Г. И. Роль генотипа вируса папилломы человека в развитии эпителиальных дисплазий и преинвазивного рака шейки матки у женщин в Республике Беларусь / Г. И. Вергейчик // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 2. – С. 44–7.
3. Комарова, Л. Е. Современные аспекты цитологического скрининга рака шейки матки: обзор / Л. Е. Комарова // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2009. – № 3–4. – С. 78–83.
4. Комплексная профилактика рака шейки матки и борьба с ним – здоровое будущее для девочек и женщин. – Женева : ВОЗ, 2013. – 12 с.

5. Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации [Электронный ресурс] : пост. М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 12 августа 2016 г., № 96 // Нац. правовой Интернет-портал Респ. Беларусь; URL: <http://www.pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21631254&p1=1>. – Дата доступа: 17.04.2018.

6. Организационные технологии в системе здравоохранения XXI века : монография / под ред. А. Н. Косинца, В. С. Глушанко. – Витебск : ВГМУ, 2006. – 328 с.

7. Подзолкова, Н. М. Новые международные стандарты и классификации в кольпоскопии / Н. М. Подзолкова, С. И. Роговская, Е. С. Аكوпова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – Т. 11(6). – С. 79–83.

8. Проспективная оценка эффективности лечения цервикальных интраэпителиальных неоплазий, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией / Т. Е. Белокрыницкая [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 4. – С. 86–93.

9. Профилактика рака шейки матки: руководство для врачей / под ред. акад. РАМН Г. Т. Сухих, проф. В. Н. Прилепской; 3-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2012. – 192 с.

10. Рак шейки матки в Карелии : моногр. / И. Е. Бахлаев [и др.]. – Петрозаводск : ПетрГУ, 2012. – 204 с.

11. Русакевич, П. С. Системный патогенетический подход к диагностике и лечению доброкачественных (фоновых) и предраковых заболеваний шейки матки / П. С. Русакевич. – Минск : Полифакт, 2005. – 268 с.

12. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2012 год. – Гродно : УЗО Гродненского облисполкома, ГОКБ, 2013. – 124 с.

13. Свердлова, Е. С. Заболевания шейки матки: алгоритмы диагностики и технологии лечения / Е. С. Свердлова. – Иркутск, 2010. – 124 с.

14. Эпидемиологические особенности генитальной папилломавирусной инфекции и рака шейки матки в Республике Беларусь и Гомельской области (1995–2014 гг.) / В. Н. Беяковский [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2015. – № 4(46). – С. 20–8.

15. Ягудина, Л. А. Применение лабораторных маркеров в прогнозировании рака шейки матки / Л. А. Ягудина // Практическая медицина. – 2014. – № 3 (79). – С. 46–9.

16. Castle, P. E. Practice improvement in cervical screening and management: symposium on management of cervical abnormalities in adolescents and young women / P. E. Castle, J. D. Carreon // J. Low. Genit. Tract. Dis. – 2010. – № 14. – P. 238–40.

17. Herfs, M. Laboratory management of cervical intraepithelial neoplasia: proposing a new paradigm / M. Herfs, C. P. Crum // *Adv. Anat. Pathol.* – 2013. – Vol. 20(2). – P. 86–94.

18. Lynch, H. T. Hereditary breast cancer: practical pursuit for clinical translation / H. T. Lynch, C. Snyder, J. Lynch // *Ann. Surg. Oncol.* – 2012. – Vol. 19(6). – P. 1723-31.

References

1. Badalova L.A., Rogovskaya S.I. (2011). Klinicheskaya i ekonomicheskaya ocenka metodov profilaktiki virusnyh porazhenij shejki matki. *Problemy zhenskogo zdorov'ya*. Vol. 6(2). pp. 57–62 (in Russian).

2. Vergejchik G.I. (2008). Rol' genotipa virusa papillomy cheloveka v razvitii epitelial'nyh displazij i preinvazivnogo raka shejki matki u zhenshchin v Respublike Belarus'. *Akusherstvo i ginekologiya*. Vol. 2. pp. 44–7 (in Russian).

3. Komarova L.E. (2009). Sovremennye aspekty citologicheskogo skrininga raka shejki matki: obzor. *Opuholi zhenskoj reproduktivnoj sistemy*. Vol. 3–4. pp. 78–83 (in Russian).

4. Kompleksnaya profilaktika raka shejki matki i bor'ba s nim – zdorovoe budushchee dlya devochek i zhenshchin. *Ed* (2013). ZHeneva : VOZ. pp. 1–12 (in Russian).

5. Ob utverzhdenii Instrukcii o poryadke provedeniya dispanserizacii *Ed* (2016). *Postanovlenie Ministerstva zdravoohraneniya Respubliki Belarus' [Elektronnyj resurs]*.; URL: <http://www.pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21631254&p1=1>. – Data dostupa: 17.04.2018 (in Russian).

6. Kosinec A.N., Glushanko V.S.. *Ed* (2006). Organizacionnye tekhnologii v sisteme zdravoohraneniya XXI veka. *Monografiya*. Vitebsk : VGMU. pp. 1–328 (in Russian).

7. Podzolkova N.M., Rogovskaya S.I., Akopova E.S. (2011). Novye mezhdunarodnye standarty i klassifikacii v kol'poskopii. *Rossijskij vestnik akushera-ginekologa*. Vol. 11(6). pp. 79–83 (in Russian).

8. Belokrinickaya T.E., Belokrinickaya I.A., Zolotareva A.A., Kotel'nikova O.YU., Mal'ceva T.V., Frolova N.I. (2016). Prospektivnaya ocenka effektivnosti lecheniya cervikal'nyh intraepitelial'nyh neoplazij, associirovannyh s papillomavirusnoj infekciej. *Akusherstvo i ginekologiya*. Vol. 4. pp. 86–93 (in Russian).

9. Suhih G.T., Prilepskaya V.N. *Ed* (2012). Profilaktika raka shejki matki. *Rukovodstvo dlya vrachej*. Moskva : MEDpress-inform. pp. 1–192 (in Russian).

10. Bahlaev I.E., Kovchur P.I., Mihet'ko A.A. *Ed* (2012). Rak shejki matki v Karelii. *Monografiya*. Petrozavodsk : PetrGU. pp. 1–204 (in Russian).

11. Rusakevich P.S. *Ed* (2005). Sistemnyj patogeneticheskij podhod k diagnostike i lecheniyu dobrokachestvennyh (fonovyh) i predrakovyh zabojevanij shejki matki. Minsk : Polifakt. pp. 1–268 (in Russian).

12. Sbornik statisticheskikh pokazatelej zdravoohraneniya Grodnenskoj oblasti za 2012 god. *Ed* (2013). Grodno : UZO Grodnenskogo oblispolkoma, GOKB. pp. 1–124 (in Russian).

13. Sverdlova E.S. *Ed* (2010). Zabolevaniya shejki matki: algoritmy diagnostiki i tekhnologii lecheniya. Irkutsk. pp. 1–124 (in Russian).

14. Belyakovskij V.N., Voropaev E.V., Volchenko A.N., Stasenkova S.V. (2015). Epidemiologicheskie osobennosti genital'noj papillomavirusnoj infekcii i raka shejki matki v Respublike Belarus' i Gomel'skoj oblasti (1995–2014 gg.). *Problemy zdorov'ya i ekologii*. Vol. 4(46). pp. 20–8 (in Russian).

15. YAgudina L.A. (2014). Primenenie laboratornyh markerov v prognozirovanii raka shejki matki. *Prakticheskaya medicina*. Vol. 3 (79). pp. 46–9 (in Russian).

16. Castle P.E., Carreon J. D. (2010). Practice improvement in cervical screening and management: symposium on management of cervical abnormalities in adolescents and young women. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. Vol. 14. pp. 238–40 (in English).

17. Herfs M., Crum C.P. (2013). Laboratory management of cervical intraepithelial neoplasia: proposing a new paradigm. *Advances in Anatomic Pathology*. Vol. 20(2). pp. 86–94 (in English).

18. Lynch H.T., Snyderc , Lynch J. (2012). Hereditary breast cancer: practical pursuit for clinical translation. *Annals of Surgical Oncology*. Vol. 19(6). pp. 1723-31 (in English).

Поступила: 01.06.2022.

Адрес для корреспонденции: kge_grgmu@mail.ru

УДК 616.8-009.18-084]-053.5

**НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ: ДИНАМИКА
ПАТОЛОГИИ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЗА 2013-2019 ГОДЫ**

Е.Л. Есус: ORCID: <https://orcid.org//0000-0002-0843-0131>

Учреждение образования «Гродненский государственный
медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

**POSTURE DISORDERS IN CHILDREN: DYNAMICS OF
PATHOLOGY ACCORDING TO THE DATA OF
PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATIONS FOR 2013-2019**

K.L. Yesis: ORCID: <https://orcid.org//0000-0002-0843-0131>

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus