

# Проблемные статьи и обзоры

## ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ (2000–2005 гг.)

И.В.Залуцкий, И.А.Косенко

НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова, Минский р-н, пос. Лесной-2

*На основе данных Белорусского канцер-регистра за 2000–2005 гг. изучены показатели заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований женской половой сферы. Проведенный анализ свидетельствует, что в Республике Беларусь наблюдаются рост заболеваемости генитальным раком, его "омоложение" на фоне некоторого снижения числа запущенных стадий за счет увеличения выявляемости больных с I–II стадиями болезни. Имеется тенденция к снижению летальности, при этом отсутствует видимый рост эффективности профилактических осмотров женского населения. Сформулированы предложения по направлениям совершенствования организационно-методических мероприятий по выявлению, лечению и профилактике опухолей женских гениталий.*

В Беларуси подавляющее число онкологических больных обследуется и лечится в специализированных организациях (онкологических диспансерах и ГУ "НИИ ОМР им. Н.Н.Александрова"). Ежегодно с 1973 г. информация о них подлежит централизованной обработке, что является основой автоматизированной системы регистрации онкологических заболеваний и последующего контроля за больными. Нами изучены показатели заболеваемости, смертности, а также эффективности организационно-методической работы онкологической и акушерско-гинекологической служб в Беларуси на основании анализа сведений Белорусского канцер-регистра за 2000–2005 гг. [1–3].

За указанные шесть лет отмечается увеличение абсолютного числа заболевших злокачественными новообразованиями по республике в целом. В то же время по результатам изучения динамики грубых интенсивных показателей заболеваемости населения по полу установлен более выраженный рост онкологической заболеваемости среди женского населения. Он обусловлен главным образом высокими темпами роста заболеваемости раком кожи, молочной железы, тела матки и щитовидной железы. В результате в соответствии с ранговыми местами структура онкологической заболеваемости женщин в 2005 г. представлена в следующей последовательности: рак кожи, молочной железы, тела матки, желудка, шейки матки, щитовидной железы, прямой кишки, почки и легкого (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что в 2005 г. на первом месте по уровню заболеваемости среди опухолей женской половой сферы находился рак тела матки (7,6%). Показа-

Таблица 1

**Структура заболеваемости женского населения Республики Беларусь основными злокачественными новообразованиями (2000 и 2005 гг.)**

Локализация	Количество заболевших (%)	
	2000	2005
Кожа	13,9	18,2
Молочная железа	17,1	17,7
Тело матки	6,9	7,6
Желудок	9,5	7,5
Ободочная кишка	5,5	5,6
Прямая кишка	5,6	4,9
Шейка матки	5,2	4,8
Щитовидная железа	4,7	4,6
Яичники	5,1	4,4
Почка	3,1	3,3
Лейкозы	2,9	2,4
Легкие	2,8	2,8
Неходжкинские лимфомы	1,3	1,3
Мочевой пузырь	1,1	1,0
Болезнь Ходжкина	0,9	0,7
Множественная миелома	0,6	0,7
Губа	0,4	0,3
Кости	0,4	0,2
Пищевод	0,3	0,2
Гортань	0,1	0,1
Прочие*	12,6	11,7

\* В Белорусском канцер-регистра нет уточнения этой позиции

тели заболеваемости раком этой локализации («World standard») в Беларуси достигли 17,5 на 100 тыс. женского населения, причем указанная ситуация прослеживается во всех регионах страны (табл. 2).

Как и прежде, жительницы городов болеют раком тела матки чаще, чем жительницы сел, что объясняется особенностями социального и репродуктивного поведения горожанок. Употребление большого количества жиров и углеводов, малое количество родов, бесплодие, наряду с другими факторами, приводят к хронической гиперэстрогении, обуславливающей развитие гиперпластических процессов эндометрия и злокачественной трансформации последнего. Максимальный прирост количества заболевших зафиксирован у жительниц городов Гомельской области, где заболеваемость увеличилась с 14,5 до 25,6 на 100 тыс. женского населения в 2000 и 2005 гг. соответственно.

Рак шейки матки составляет 4,8% общей онкологической заболеваемости женщин. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению уровня заболеваемости раком этой локализации (табл. 3).

Это происходит, в большей степени, за счет жительниц села (с 13,2 до 14,2 на 100 тыс. женского населения). Наибольший прирост числа заболевших зарегистрирован в Могилевской области, в то время как в г. Минске отмечено некоторое его снижение.

Следует отметить, что традиционно в целом по стране сохраняется более высокое количество заболевших среди жительниц села (14,2 против 11,9 на 100 тыс. женского населения в сельской и городской местности соответственно). Максимальное число заболевших женщин зарегистрировано в Могилевской и Минской областях (18,7 и 16,0 на 100 тыс. женского населения). Высокая заболеваемость раком данной локализации жительниц села, на наш взгляд, связана с такими этиологическими факторами болезни, как большое число родов, аборт, травм, высокой вероятностью инфицирования вирусом папилломы человека и низким социальным статусом.

Изучение динамики по возрасту показателей заболеваемости раком шейки матки выявило увеличение числа заболевших среди молодых женщин. В целом по группе «пик» заболеваемости сместился к 55–64 годам, а количество больных в возрасте после 65 лет значительно уменьшилось (рис. 1).

Злокачественные новообразования яичников составляют 4,4% в структуре онкологической патологии женщин. Заболеваемость раком этой локализации в изучаемый период в целом по республике значимо не изменилась, но имела тенденцию к росту среди жительниц сел (табл. 4).

Из приведенных данных видно, что прирост заболевших отмечен в г. Минске, а также в сельских районах Могилевской и Витебской областей. Следу-

Таблица 2

**Заболеваемость раком тела матки городского и сельского населения Республики Беларусь (2000 и 2005 гг., «World» standard/грубый интенсивный показатель)**

Регион	2000		2005	
	город	село	город	село
Брестская обл.	16,2/20,3	7,8/15,4	18,1/24,8	14,1/23,9
Витебская обл.	16,9/23,9	10,3/19,4	10,3/26,9	10,9/18,6
Гомельская обл.	14,5/20,0	8,3/13,5	25,6/37,9	13,9/22,1
Гродненская обл.	14,1/17,6	7,9/18,5	15,0/20,8	9,3/20,7
Минская обл.	13,8/18,4	10,3/19,8	18,5/27,2	13,6/25,2
Могилевская обл.	21,5/28,0	10,5/16,3	20,8/30,0	15,1/29,2
г. Минск	18,4/24,7		20,7/31,5	
<i>Беларусь</i>	<i>16,7/22,3</i>	<i>9,1/17,3</i>	<i>19,9/29,2</i>	<i>13,0/23,3</i>

Таблица 3

**Заболеваемость раком шейки матки городского и сельского населения Республики Беларусь (2000 и 2005 гг., «World» standard/грубый интенсивный показатель)**

Регион	2000		2005	
	город	село	город	село
Брестская обл.	8,5/10,7	10,4/15,1	9,8/13,5	12,1/18,3
Витебская обл.	11,2/15,6	15,2/21,5	11,7/17,8	13,7/20,5
Гомельская обл.	12,0/15,6	13,2/17,3	14,9/20,0	14,9/18,2
Гродненская обл.	10,8/13,5	13,4/15,9	13,8/14,2	18,7/16,3
Минская обл.	13,1/16,7	14,8/20,8	13,3/18,2	16,0/20,5
Могилевская обл.	9,6/13,1	11,9/15,8	13,8/19,4	18,7/20,1
г. Минск	11,6/16,2		10,5/15,0	
<i>Беларусь</i>	<i>11,1/14,7</i>	<i>13,2/18,0</i>	<i>11,9/16,7</i>	<i>14,2/19,1</i>

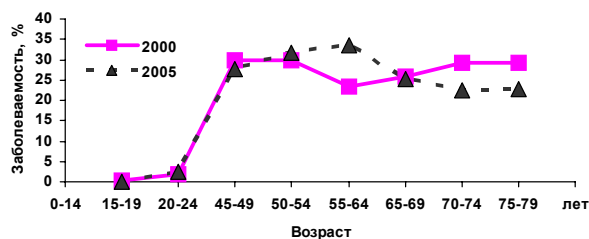


Рис. 1. Заболеваемость раком шейки матки населения Беларуси в зависимости от возраста (2000 и 2005 гг., показатели на 100 тыс. женщин)

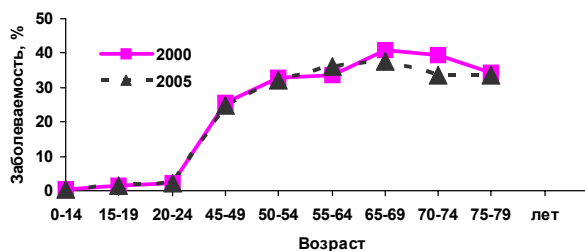


Рис. 2. Заболеваемость раком яичников населения Беларуси в зависимости от возраста (2000 и 2005 гг., показатели на 100 тыс. женщин)

ет отметить, что и в 2000, и в 2005 г. сельские женщины болели реже, чем женщины в городах (9,1 против 11,5 и 9,6 против 11,2 на 100 тыс. женского населения).

Анализ заболеваемости раком яичников в зависимости от возраста показал увеличение количества заболевших в возрастной группе 50–55 лет, в то время как число больных в возрасте 65–74 года определенно снизилось (рис. 2).

Распределение вновь выявленных случаев злокачественных заболеваний женской половой сферы по стадиям представлено в табл. 5.

Из табл. 5 видно, что наряду с ростом доли случаев злокачественных заболеваний I–II стадий среди впервые зарегистрированных онкологических боль-

ных в республике в целом (на 8,6% в 2005 г. по сравнению с 2000 г.) имеет место увеличение количества больных раком женских гениталий в ранних стадиях: рак шейки матки I–II стадий в 2005 г. выявлен у 73,2% заболевших, рак тела матки – у 80,9%, рак яичников – у 35,9%. Количество вновь выявленных случаев рака с неустановленной стадией заболевания несколько уменьшилось.

На фоне роста числа выявляемых больных злокачественными новообразованиями при профилактических осмотрах в целом (на 4,8% с 2000 по 2005 г.), динамика случаев обнаружения генитального рака неубедительна (табл. 6).

Так, частота выявления рака тела матки при профилактических осмотрах за исследуемый период

Таблица 4  
Заболеваемость раком яичников городского и сельского населения Республики Беларусь (2000 и 2005 гг., «World» standard/грубый интенсивный показатель)

Регион	2000		2005	
	город	село	город	село
Брестская обл.	11,8/14,9	12,1/14,4	10,7/20,0	10,8/15,8
Витебская обл.	12,5/17,2	6,3/14,3	10,9/17,2	10,2/17,1
Гомельская обл.	15,2/20,4	8,0/13,5	11,3/16,6	7,5/14,0
Гродненская обл.	13,7/17,1	10,0/19,8	11,1/14,9	9,7/13,9
Минская обл.	9,4/11,8	9,2/15,5	9,7/14,2	9,4/14,2
Могилевская обл.	9,1/12,0	7,4/14,7	9,8/15,1	9,9/15,8
г. Минск	9,9/13,4		12,9/18,2	
Беларусь	11,5/15,2	9,1/16,4	11,2/16,2	9,6/15,0

Таблица 5  
Распределение вновь выявленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями женской половой сферы основных локализаций по стадиям в Республике Беларусь (2000 и 2005 гг.)

Локализация	Распределение случаев рака по стадиям заболевания (в %)							
	2000				2005			
	I–II	III	IV	Стадия не установлена	I–II	III	IV	Стадия не установлена
Шейка матки	65,0	28,1	5,6	1,3	73,2	17,5	7,5	1,8
Тело матки	76,3	14,5	4,8	4,4	80,9	11,8	4,2	3,1
Яичники	30,1	49,9	17,3	2,7	35,9	45,6	16,3	2,2
Все локализации	50,4	24,3	17,7	7,6	59,0	18,8	17,3	4,9

**Злокачественные новообразования, выявленные при профилактических обследованиях в 2000 и 2005 гг.**

Регион	Выявлено при профосмотрах (в % к числу вновь зарегистрированных случаев)	
	2000	2005
Брестская обл.	14,6	21,1
Витебская обл.	14,4	23,6
Гомельская обл.	28,1	18,7
Гродненская обл.	10,8	18,7
Минская обл.	15,0	20,6
Могилевская обл.	23,3	14,0
г. Минск	7,6	27,6
<i>Беларусь</i>	<i>16,3</i>	<i>21,1</i>

практически не изменилась и составила 16,0 и 16,2%, а частота выявляемости рака шейки матки и рака яичников незначительно снизилась (с 25,5 до 23,9% и с 9,1 до 6,3% соответственно). Эти данные свидетельствуют о том, что существующая в республике система профилактических осмотров женского населения, играя положительную роль, достигла определенного предела в плане квалифицированности кадров и технологического оснащения и требует новых подходов.

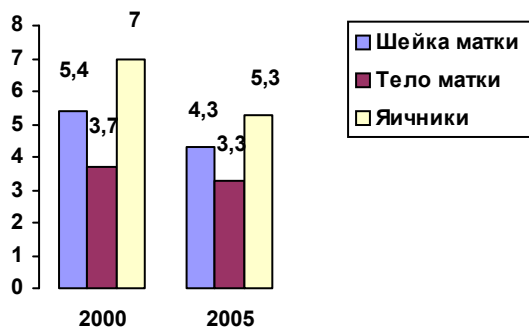
При анализе показателей смертности женского населения Беларуси от злокачественных заболеваний в 2000 и 2005 гг. выявлено, что основными локализациями рака, приводящими к смерти, явились: злокачественные новообразования молочной железы, желудка, яичников, ободочной кишки, прямой кишки, шейки матки, легкого, тела матки, лимфатической и кроветворной тканей. В 2005 г. перечисленные злокачественные новообразования суммарно составили 54,6% в структуре смертности женщин от рака. В том числе по женскому генитальному раку этот показатель был равен 12,9% (рис. 3, «World» standard; рис. 4, грубый интенсивный показатель).

Из представленных данных видно, что самые высокие показатели смертности среди злокачественных опухолей женской половой сферы в 2005 г. обуслов-

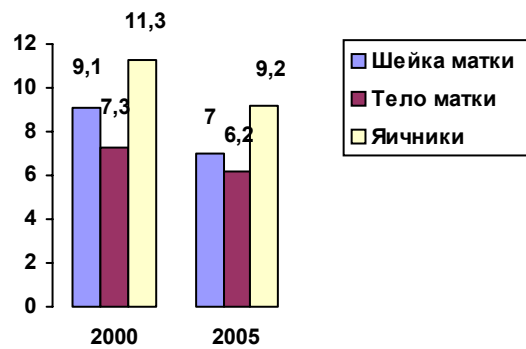
лены раком яичников – 5,3 на 100 тыс. женского населения. Вторая по частоте летальности локализация – рак шейки матки (4,3), третья – рак тела матки (3,3 на 100 тыс. женского населения). Важно отметить снижение смертности от генитального рака всех рассматриваемых локализаций в 2005 г. по сравнению с 2000 г.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует, что в Республике Беларусь наблюдается рост заболеваемости генитальным раком, имеет место его «омоложение» на фоне некоторого снижения числа запущенных стадий за счет увеличения выявляемости больных с I–II стадиями болезни, прослеживается тенденция к снижению летальности.

Полученные данные отражают улучшение результатов специального лечения онкогинекологических больных в Республике Беларусь и стабильную эффективность налаженных в стране организационно-методических мероприятий по выявлению, лечению и профилактике опухолей женских гениталий. Указанное обстоятельство выдвигает задачу по пересмотру последних с учетом таких неблагоприятных тенденций, как увеличение количества заболевших раком тела матки, «омоложение» рака всех локализаций опухолей репродуктивной системы, снижение выявляемости рака шейки матки и яичников при профилактических осмотрах населения.



**Рис. 3.** Смертность женского населения Беларуси от злокачественных новообразований половой сферы («World» standard, 2000 и 2005 гг.)



**Рис. 4.** Смертность женского населения Беларуси от злокачественных новообразований половой сферы (грубый интенсивный показатель, 2000 и 2005 гг.)

Целесообразна работа в следующих направлениях:

- проведение поисковых работ в плане создания скрининговых программ с целью отбора пациентов, подлежащих углубленному обследованию для раннего выявления злокачественных новообразований женской половой сферы;
- использование молекулярных методов исследования в комплексной диагностике генитального рака;
- своевременное выявление и адекватное лечение фоновых и предраковых заболеваний органов репродуктивной системы;

– усовершенствование технологической базы для адекватной диагностики, стадирования и лечения рака органов женской половой сферы;

- активизация санитарно-просветительской деятельности среди женского населения, включая школьниц и студенток;
- обеспечение доступности специализированной медицинской помощи жителям отдаленных от центра районов;
- подготовка документов для регламентации проведения мероприятий по раннему выявлению и лечению фоновых, предопухолевых и злокачественных заболеваний органов репродуктивной системы.

### Литература

1. Поляков С.М., Моцик К.В., Левин Л.Ф. Злокачественные новообразования в Беларуси, 1994–2003 / Под ред. к.м.н. А.А.Граковича и проф. И.В.Залуцкого – Минск: БЕЛЦМТ, 2004. – 203 с.
2. Поляков С.М., Левин Л.Ф., Шебеко Н.Г. Злокачественные новообразования в Беларуси, 1995–2004 / Под ред.

к.м.н. А.А.Граковича и проф. И.В.Залуцкого – Минск: БЕЛЦМТ, 2005. – 179 с.

3. Поляков С.М., Левин Л.Ф., Шебеко Н.Г. Злокачественные новообразования в Беларуси, 1996–2005 / Под ред. к.м.н. А.А.Граковича и проф. И.В.Залуцкого – Минск: БЕЛЦМТ, 2006. – 194 с.

*Поступила 03.10.2006 г.*

## ПРИНЦИПЫ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**А.А.Гракович, И.В.Малахова, Н.Е.Хейфец, Т.Н.Москвичева**

Белорусский центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

*В настоящее время методология клинко-экономического анализа (КЭА) используется как метод комплексного учета результатов медицинских вмешательств и затрат на их применение и позволяет принимать решения о целесообразности использования в здравоохранении отдельных (в основном, новых) технологий. Определены принципы, выделены этапы КЭА. Подчеркнуто, что развитие методов КЭА как основных инструментов надлежащего использования медицинских технологий должно сопровождаться разработкой единых требований к проведению исследований по сравнительной оценке различных медицинских вмешательств. Создание и внедрение в Республике Беларусь практического руководства (аналогичного национальным руководствам, принятым во многих странах), регламентирующего работы по клинко-экономической оценке медицинских вмешательств, позволит унифицировать подходы к проведению и использованию результатов клинко-экономических исследований. Необходимая работа проводится в БЕЛЦМТ в рамках научных исследований.*

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) поставлена цель: «К 2010 г. управление здравоохранением в странах-участниках должно осуществляться максимально эффективно, начиная с программ государственного здравоохранения и заканчивая методом лечения каждого отдельного пациента». Все страны-участники ВОЗ должны иметь госу-

дарственный механизм мониторинга и развития качества здравоохранения, включающий способы измерения эффективности лечения, степени удовлетворения потребностей пациентов и стоимостной эффективности. При выборе альтернативного решения во время лечения конкретных пациентов основное внимание следует уделять оценке соотношения