

А. П. Колесник, А. В. Каджоян, А. О. Кабаков

Состояние оказания помощи больным раком шейки матки в Запорожской области с 2008 по 2015 год

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: рак шейки матки, заболеваемость, выживаемость.

Рак шейки матки остаётся актуальной проблемой современной онкологии.

Цель работы – проанализировать заболеваемость и выживаемость больных раком шейки матки в Запорожской области с 2008 по 2015 год, а также изучить состояние оказания помощи данной категории пациенток.

Материалы и методы. В ходе исследования установлено, что с 2008 по 2015 год в Запорожской области диагностировано 1312 случаев рака шейки матки. При этом общая 5-летняя выживаемость пациенток составила 58,7 %. Самые высокие показатели 5-летней выживаемости наблюдаются в группе больных в возрасте от 45 до 60 лет (62,1 %). При проведении анализа выживаемости больных РШМ в зависимости от стадии отмечено, что общая 5-летняя выживаемость при I стадии заболевания составила 85,4 %, II стадии – 52,8 %, III стадии – 26,9 % и при IV стадии – 8,3 %. Общая 5-летняя выживаемость у больных с аденокарциномой шейки матки составила 48,8 %, а у пациенток с плоскоклеточным раком – 60,5 %. Проанализирована выживаемость в зависимости от характера проведённого лечения. Первое место по показателям общей 5-летней выживаемости занимает комбинированное лечение (операция + лучевая терапия) – 89,7 %. На втором месте по эффективности – хирургическое либо комплексное (операция + паллиативная химиотерапия) лечение, 86,3 % и 87,5 % соответственно. На третьем месте – комбинированное лечение (операция + лучевая терапия + паллиативная химиотерапия) – 69,5 %. При лечении лучевой терапией в монорежиме показатель 5-летней выживаемости составил 48,2 %, а в случае применения лучевой терапии в комбинации с паллиативной химиотерапией – 43,4 %. Последнее место по эффективности среди методов лечения больных РШМ занимает паллиативная химиотерапия – 37,2 % пациенток после установления диагноза живут 5 и более лет.

Выводы. Данное исследование позволило поставить задачи, выполнение которых необходимо для улучшения оказания помощи пациенткам с раком шейки матки в Запорожской области. Так, необходимо наладить чёткое стадирование рака шейки матки, внесение точной, полной и стандартизированной информации в канцер-регистр касательно каждого случая заболевания РШМ. Также крайне актуальным является обновление локальных стандартов диагностики и лечения для данной патологии.

Стан надання допомоги хворим на рак шийки матки в Запорізькій області з 2008 по 2015 рік

О. П. Колесник, А. В. Каджоян, А. О. Кабаков

Рак шийки матки залишається актуальною проблемою сучасної онкології.

Мета роботи – проаналізувати захворюваність і виживаність хворих на рак шийки матки в Запорізькій області (2008–2015 рр.), а також вивчити стан надання допомоги цій категорії хворих.

Матеріали та методи. Під час дослідження встановили, що з 2008 по 2015 рік в Запорізькій області діагностовано 1312 випадків раку шийки матки. При цьому загальна 5-річна виживаність пацієнток становила 58,7 %. Найвищі показники 5-річної виживаності спостерігаються у групі хворих віком від 45 до 60 років (62,1 %). Під час аналізу виживаності хворих на РШМ залежно від стадії відзначено, що загальна 5-річна виживаність при I стадії захворювання становила 85,4 %, II стадії – 52,8 %, III стадії – 26,9 % і IV стадії – 8,3 %. Загальна 5-річна виживаність у хворих з аденокарциномою шийки матки становила 48,8 %, а в пацієнток із плоскоклеточним раком – 60,5 %. Проаналізували виживаність залежно від характеру лікування. Перше місце за показниками загальної 5-річної виживаності посідає комбіноване лікування (операція + променева терапія) – 89,7 %. На другому місці – хірургічне або комплексне (операція + паліативна хіміотерапія) лікування, 86,3 % та 87,5 % відповідно. На третьому місці за ефективністю – комбіноване лікування (операція + променева терапія + паліативна хіміотерапія) – 69,5 %. Під час лікування променевою терапією в монорежимі показник 5-річної виживаності становив 48,2 %, а в разі застосування променевої терапії в комбінації з паліативною хіміотерапією – 43,4 %. Останнє місце за ефективністю серед методів лікування хворих на РШМ посідає паліативна хіміотерапія – 37,2 % пацієнток після встановлення діагнозу живуть 5 і більше років.

Висновки. Дослідження дало можливість поставити завдання, виконання котрих необхідне для поліпшення надання допомоги пацієнткам із раком шийки матки в Запорізькій області. Так, потрібно налагодити чітке стадіювання раку шийки матки, внесення точної, повної та стандартизованої інформації в канцер-реєстр щодо кожного випадку захворювання РШМ. Також украй актуальним є оновлення локальних стандартів діагностики та лікування для цієї патології.

Ключові слова: рак шийки матки, захворюваність, виживаність.

Патологія. – 2016. – № 2 (37). С. – 19–27

State of care in patients with cervical cancer in Zaporizhzhia region since 2008 to 2015 year

O. P. Kolesnik, A. V. Kadzhoian, A. O. Kabakov

Cervical cancer remains an important problem of modern oncology.

The aim of our study was to analyze morbidity and survival of patients with cervical cancer in the Zaporizhzhia region since 2008 to 2015 years and to investigate the state of care in this patient's category.

Materials and methods. In the course of study it has been found that from 2008 to 2015 years in the Zaporizhzhia region 1312 cases of cervical cancer had been diagnosed. Moreover, the overall 5-year survival rate of patients was 58.7 %. The highest 5-year survival

has been observed in patients aged from 45 to 60 years (62.1 %). During the analysis of patients' survival (taking the stage of cervical cancer into account) it has been noted that the overall 5-year survival in the 1-st stage of the disease was 85.4 %, while the 2-nd stage – 52.8 %, 3-rd stage – 26.9 % and at stage 4 – 8.3 %. Overall 5-year survival in patients with adenocarcinoma of the cervix was 48.8 %, and in patients with squamous cell cancer – 60.5 %. We have analyzed the survival rate after treatment. The first place in terms of overall 5-year survival rate is taken by combined treatment (surgery + radiotherapy) – 89.7 %. The 2-nd place is taken by surgery or complex treatment (operations + palliative chemotherapy), 86.3 % and 87.5 % respectively. The 3-rd place is taken by combined treatment (surgery + radiotherapy + palliative chemotherapy) – 69.5 %. While treating with radiotherapy in monoregimen overall 5-year survival rate amounted in 48.2 %. Palliative chemotherapy takes the last place in the overall 5-year survival rate – 37.2 %.

Conclusion. This study allowed us to find the tasks that we need to solve in aim to improve the care service for patients with cervical cancer in the Zaporozhzhia region. Thus, it is necessary to establish a clear staging of cervical cancer, accurate, full and standardized data administration to the Local Cancer Registry about every case of the disease. Updating of local diagnostic and treatment guidelines for this disease is extremely important.

Key words: Cervical Cancer, Morbidity, Survival

Pathologia 2016; № 2 (37): 19–27

Несмотря на достижения современной онкологии, рост заболеваемости раком шейки матки (РШМ) и высокая смертность от данной патологии свидетельствуют об актуальности проблемы. По прогнозам, в 2020 году во всём мире будет зарегистрировано до 470000 новых случаев РШМ и 210000 (44,6 %) пациенток умрут от этого злокачественного новообразования [1]. Согласно статистическим данным, в 2012 году в мире зарегистрировано 528000 новых случаев РШМ и 266000 (50,4 %) пациенток умерли от этого злокачественного новообразования. В США в 2015 году зарегистрировано 12900 случаев РШМ, из которых 4100 (31,8 %) человека умерли от данного заболевания. В то же время в Украине в 2014 году выявлен 4101 новый случай РШМ и 1807 (44,1 %) случаев гибели от данной патологии [2].

Наиболее важным показателем эффективности лечения онкологических больных является выживаемость. По данным мировой научной литературы, уровень общей 5-летней выживаемости пациенток с РШМ составляет 72,0 % [3] – в зависимости от уровня развития медицины в каждой конкретной стране. В национальном канцер-регистре Украины нет данных об общей 5-летней выживаемости данной группы пациенток в каждой области, в связи с чем невозможно проанализировать и оценить сравнительную эффективность лечения.

Цель работы

Проанализировать заболеваемость и выживаемость больных раком шейки матки в Запорожской области с 2008 по 2015 год, а также изучить состояние оказания помощи данной категории пациенток.

Материалы и методы исследования

В основу работы положен анализ обследования, стадирования, лечения и выживаемости 1312 больных РШМ 0–IV стадий, которые находились на стационарном лечении в гинекологическом отделении КУ «Запорожский областной клинический онкологический диспансер» ЗОС с 2008 по 2015 год.

На момент установления диагноза 0 стадия РШМ выявлена у 17 женщин (1,2 %), I стадия – у 531 (40,4 %), II стадия – у 420 пациенток (32,0 %), III стадия диагностирована у 261 (19,8 %) и IV стадия – у 83 женщин с РШМ (6,3 %). Плоскоклеточная форма РШМ диагнос-

тирована у 942 (78,0 %) пациенток, аденокарцинома выявлена у 121 (10,0 %), а смешанные формы отмечены у 145 (12,0 %) больных РШМ.

Специальное лечение, которое получали женщины с установленным диагнозом РШМ, включало в себя: оперативное вмешательство (гистерэктомии разных типов), полихимиотерапию (ПХТ), лучевую терапию (ЛТ), гормонотерапию (ГТ), а также комплексное лечение (операция ± ЛТ ± ПХТ ± ГТ).

Статистическую обработку материала проводили в программе IBM SPSS Statistics 22. Для оценки выживаемости использовали метод Каплана–Майера. Сравнение кривых выживаемости проводили с помощью лог-рангового критерия ($p < 0,05$). Уровень достоверности составлял 95,0 % и выше.

Результаты и их обсуждение

Анализ взаимосвязи возраста и распространённости заболевания показал, что наиболее часто РШМ диагностировался у женщин в возрасте 45–60 лет ($n=502$, 38,2 %), а наименьшее количество больных РШМ выявляется в возрасте 76–90 лет ($n=156$, 11,8 %). РШМ I, II и III стадии у женщин 51–60 лет встречался в ($n=199$, 39,6 %), ($n=158$, 31,4 %), ($n=113$, 22,5 %) случаев соответственно. Как видно на рисунке 1, распределение по стадиям в группе пациенток 76–90 лет выглядело следующим образом: I стадия заболевания диагностирована в 33,3 % случаев ($n=52$), II – ($n=63$, 40,3 %), III ($n=24$, 15,3 %), и IV стадия – ($n=12$, 7,6 %). Наибольшее количество случаев заболеваемости РШМ в IV стадии отмечено в группе пациенток 45–60 лет ($n=30$, 36,1 %).

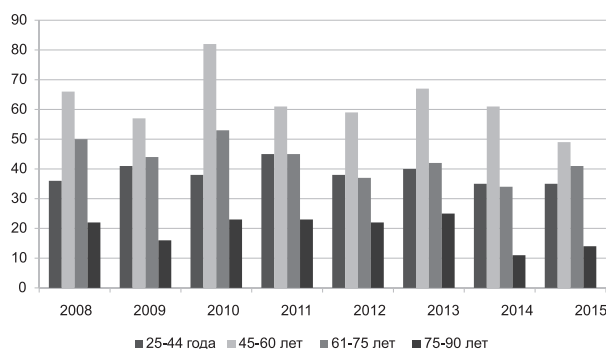


Рис. 1. Количество пациентов с РШМ разных возрастных групп в период с 2008 по 2015 г.

Распределение больных по стадиям рака шейки матки с 2008 по 2015 год

| Год | St (Стадия заболевания) | | | | | | | | |
|-------|-------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|-------------|-------------|
| | Всего пациентов | St- Ia | St- Ib | St - IIa | St - IIb | St - IIIa | St - IIIb | St - IVa | St - IVb |
| 2008 | 169 | 52 30,7 % | 20 11,8 % | 37 21,8 % | 19 11,2 % | 19 11,2 % | 12 7,1 % | 5 2,9 % | 5 2,9 % |
| 2009 | 158 | 48 30,3 % | 13 8,2 % | 46 29,1 % | 18 11,3 % | 12 7,5 % | 14 8,8 % | 2 1,2 % | 5 3,1 % |
| 2010 | 195 | 58 29,7 % | 30 15,3 % | 33 16,9 % | 26 13,3 % | 16 8,2 % | 22 11,2 % | 5 2,5 % | 5 2,5 % |
| 2011 | 172 | 58 33,7 % | 24 13,9 % | 31 18 % | 15 8,7 % | 13 7,5 % | 23 13,3 % | 4 2,3 % | 4 2,3 % |
| 2012 | 154 | 39 25,3 % | 24 15,5 % | 30 19,4 % | 14 9 % | 10 6,4 % | 22 14,2 % | 9 5,8 % | 6 3,8 % |
| 2013 | 171 | 38 22,2 % | 24 14 % | 37 21,6 % | 18 10,5 % | 18 10,5 % | 26 15,2 % | 1 0,5 % | 9 5,2 % |
| 2014 | 136 | 21 15,4 % | 28 20,5 % | 30 22,0 % | 15 11,0 % | 15 11,0 % | 18 13,2 % | 3 2,2 % | 6 4,4 % |
| 2015 | 139 | 29 20,8 % | 24 17,2 % | 39 28 % | 12 8,6 % | 14 10,0 % | 7 5,0 % | 7 5,0 % | 7 5,0 % |
| Всего | 1294 | 343 26,5 % | 187 14,4 % | 283 21,8 % | 137 10,5 % | 117 9,0 % | 144 11,1 % | 36 2,7 % | 47 3,6 % |

Анализируя частоту диагностики различных стадий РШМ в зависимости от года наблюдения (табл. 1), отметили, что в 2011 году зарегистрировано наибольшее количество пациенток с I стадией РШМ (47,6 % случаев) в сравнении с аналогичным показателем в 2008–2010 годы (от 35,9 до 45 % случаев соответственно). Наибольшее количество случаев заболевания РШМ II стадии диагностировано в 2009 году (40,4 %), в сравнении с аналогичным показателем в другие годы (от 26,7 до 36,6 %). Также нами отмечено, что III стадия РШМ чаще всего регистрировалась у пациенток в 2013 году (25,7 %) в сравнении с количеством выявленных больных в 2014 и 2015 годах (15 % и 24,2 % соответственно). В 2015 году выявлено максимальное количество пациенток с IV стадией РШМ (10,0 %) в сравнении с аналогичным показателем в другие годы наблюдения (от 4,3 % до 9,6 %). Таким образом, мы видим постепенное увеличение количества пациенток, выявляемых на более поздних стадиях заболевания. Это обусловлено множеством факторов, главными из которых, с нашей точки зрения, являются снижение материального уровня жизни населения, а также уменьшение количества женщин, которые регулярно проходят осмотр гинеколога.

Диагноз РШМ наиболее часто выставлен на основании данных гистологического анализа. Как видно из представленного графика (рис. 2), в 2012 году отмечено 97,4 % случаев диагностики РШМ с помощью гистологии.

В таблице 2 приведено распределение пациенток с РШМ в зависимости от гистологического типа опухоли. Плоскоклеточная форма РШМ встречалась в 78,0 % слу-

чаев. В то же время аденокарцинома РШМ диагностирована у 10,0 % пациенток, а смешанные формы – у 12,0 %.

Также нами проанализировано лечение, которое получали женщины с установленным диагнозом РШМ в Запорожской области (табл. 3).

С 2012 года отмечается увеличение количества пациенток, которым не проведено специальное лечение РШМ. В то же время отмечено увеличение количества пациенток, которым проведено комбинированное лечение (операция + лучевая терапия (ЛТ)), с 10,9 % до 23,1 %.

Как видно из представленной таблицы, наибольшее количество больных (36,3 %) получали ЛТ (без ПХТ и операции). В то же время наименьшее количество пациенток (0,7 %) зарегистрировано с проведённой гормонотерапией.

В ходе исследования нами отмечено, что наибольшее количество больных (15,7 %), не получивших лечения,

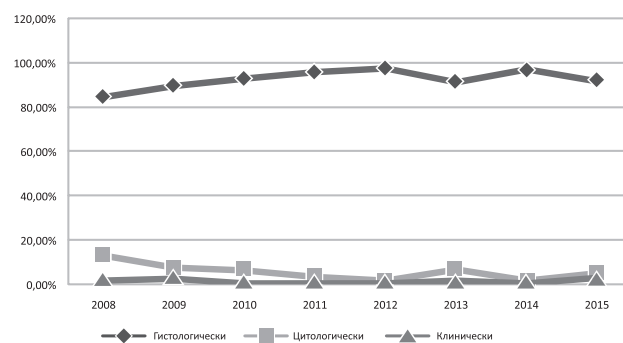


Рис. 2. Распределение пациенток в зависимости от типа подтверждения диагноза в период с 2008 по 2015 год.

Таблица 2

Распределение пациенток в зависимости от морфологического типа опухоли в период с 2008 по 2015 год

| Год | N | Гистология | | |
|-------|---------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| | | Адено-карцинома | Плоско-клеточный рак | Смешанные формы |
| 2008 | 146 100 % | 15 10,2 % | 112 76,8 % | 19 13 % |
| 2009 | 140 100 % | 9 6,4 % | 114 81,4 % | 18 12,8 % |
| 2010 | 182 100 % | 14 7,6 % | 154 84,6 % | 15 8,1 % |
| 2011 | 165 100 % | 17 10,3 % | 124 75,1 % | 26 15,7 % |
| 2012 | 150 100 % | 14 9,3 % | 125 83,3 % | 12 7,9 % |
| 2013 | 157 100 % | 26 16,5 % | 116 73,8 % | 16 10,1 % |
| 2014 | 135 100 % | 12 8,8 % | 100 74,0 % | 24 17,7 % |
| 2015 | 125 100 % | 14 11,2 % | 97 77,6 % | 15 12,0 % |
| Всего | 1200 100 % | 121 10,0 % | 942 78,0 % | 145 12,0 % |

Таблица 3

Количество больных с разными методами лечения в период с 2008 по 2015 год

| Год | N | Не получали лечения | Операции | Операции с ПХТ | ПХТ | Операции с ЛТ | ЛТ | ГТ | НЛ |
|-------|---------------|---------------------|---------------|----------------|-------------|---------------|---------------|------------|-------------|
| 2008 | 146 100 % | 25 17,1 % | 28 19,1 % | 1 0,6 % | 3 2,0 % | 16 10,9 % | 66 45,0 % | 3 2,0 % | 4 2,7 % |
| 2009 | 134 100 % | 24 17,9 % | 19 14,1 % | 1 0,7 % | 6 4,4 % | 21 15,6 % | 57 42,5 % | 0 0 % | 6 4,4 % |
| 2010 | 170 100 % | 24 14,1 % | 41 24,1 % | 0 0 % | 10 5,8 % | 28 16,4 % | 65 38,2 % | 0 0 % | 2 1,1 % |
| 2011 | 142 100 % | 24 16,9 % | 34 23,9 % | 2 1,4 % | 8 5,6 % | 17 11,9 % | 50 35,2 % | 2 1,4 % | 5 3,5 % |
| 2012 | 130 100 % | 34 26,1 % | 20 15,3 % | 0 0 % | 9 6,9 % | 23 17,6 % | 39 30 % | 0 0 % | 5 3,8 % |
| 2013 | 126 100 % | 28 22,2 % | 9 7,1 % | 3 2,3 % | 9 7,1 % | 20 15,8 % | 54 42,8 % | 1 0,7 % | 2 1,5 % |
| 2014 | 104 100 % | 27 25,9 % | 16 15,3 % | 0 0 % | 2 1,9 % | 28 26,9 % | 29 27,8 % | 1 0,9 % | 1 0,9 % |
| 2015 | 121 100 % | 30 24,7 % | 20 16,5 % | 3 2,4 % | 11 9 % | 28 23,1 % | 27 22,3 % | 1 0,8 % | 1 0,8 % |
| Всего | 1061 100 % | 216 20,3 % | 187 17,6 % | 10 0,9 % | 58 5,4 % | 181 17 % | 386 36,3 % | 8 0,7 % | 15 1,4 % |

Примечания: ПХТ – полихимиотерапия; ГТ – гормонотерапия; ЛТ – лучевая терапия; НЛ – неспецифическое лечение.

Вероятно, под термином «пангистерэктомия» в канцер-регистр могли быть внесены любые типы гистерэктомии, а согласно современной классификации данный термин является неполным. Таким образом, наличие 58 % больных, которым в 2008 году выполнена пангистерэктомия, показывает, что этим пациенткам выполнены объёмы оперативного вмешательства, которые в настоящее время мы не можем адекватно оценить. В связи с этим в будущем необходимо более тщательно подавать и вносить информацию в канцер-регистр.

В 2015 году выполнено 70,0 % пангистерэктомий (рис. 3). В 2010 году зарегистрировано наибольшее количество пациенток с РШМ, которым была выполнена гистерэктомия I типа (25,6 %), в сравнении с аналогичным показателем в предыдущие годы (от 4,1 до 25,4 % случаев). В 2008 году было зарегистрировано наибольшее количество пациенток с гистерэктомией II типа (4,1 %) в сравнении с аналогичным показателем в предыдущие годы (от 0 до 2,6 %). В 2012 году зарегистрировано наибольшее количество пациенток с гистерэктомией III типа (34,5 %) в сравнении с аналогичным показателем в предыдущие годы (от 2,4 до 33,3 %).

Ещё одним методом лечения, который используется в современной онкологии, является проведение ПХТ. Как видно из таблицы 4, наибольшее количество пациенток (n=58), получивших ПХТ с диагнозом РШМ, зарегистрировано в 2013 году.

В 2008 и 2015 годах отмечено максимальное количество пациенток со II стадией РШМ, получивших только

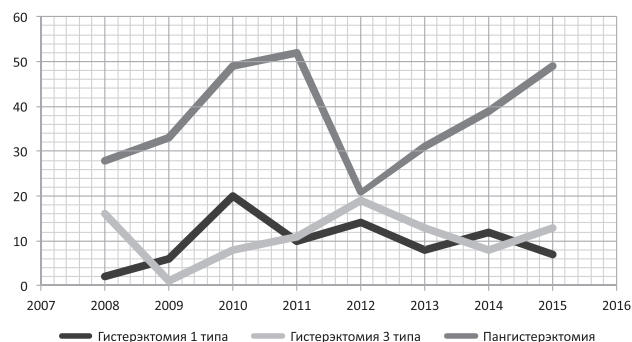


Рис. 3. Количество пациенток после гистерэктомий в период с 2008 по 2015 год.

ПХТ (43,6 % и 43,2 % соответственно). В то же время мы видим, что наибольшее число пациенток, получающих только ПХТ с I стадией РШМ, зарегистрировано в 2012 году. С 2009 по 2014 год (за исключением 2012 года) отмечено пиковое количество пациенток именно с III стадией РШМ (38,6 %, 39,1 %, 38,7 %, 43,0 %, 49,9 % соответственно), получивших только ПХТ.

Аналогичный анализ данных по ЛТ, приведённых в таблице 5, показал, что чаще всего ЛТ в монорежиме проводилась больным с РШМ в 2010 году (n=122).

При этом наибольшее количество больных с I стадией РШМ, которым проведена ЛТ в монорежиме, отмечается в 2011 и 2012 годах (36,5 % и 37,4 % соответственно). У пациенток со II стадией РШМ частота проведения ЛТ в монорежиме отмечена от 36,1 % до 44,8 % случаев.

Таблица 4

Количество пациенток, получивших паллиативную химиотерапию в зависимости от стадии заболевания в период с 2008 по 2015 год

| St | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| St(0) | 1 3,1 % | 0 0 % | 1 2,6 % | 1 2,0 % | 0 0 % | 1 1,7 % | 0 0 % | 1 2,7 % |
| St(Ia) | 6 18,7 % | 2 6,4 % | 4 10,5 % | 11 22,4 % | 8 22,2 % | 7 12 % | 3 6,8 % | 3 8,1 % |
| St(Ib) | 3 9,3 % | 4 12,9 % | 2 5,2 % | 6 12,2 % | 6 16,6 % | 3 5,1 % | 3 6,8 % | 4 10,8 % |
| St(IIa) | 7 21,8 % | 7 22,5 % | 10 26,3 % | 5 10,2 % | 10 27,7 % | 14 24,1 % | 11 25,0 % | 14 37,8 % |
| St(IIb) | 7 21,8 % | 4 12,9 % | 3 7,8 % | 4 8,1 % | 3 8,3 % | 5 8,6 % | 3 6,8 % | 2 5,4 % |
| St(IIIa) | 6 18,7 % | 5 16,1 % | 9 23,6 % | 8 16,3 % | 6 16,6 % | 5 8,6 % | 8 18,1 % | 5 13,5 % |
| St(IIIb) | 1 3,1 % | 7 22,5 % | 7 18,4 % | 11 22,4 % | 2 5,5 % | 20 34,4 % | 14 31,8 % | 6 16,2 % |
| St(IVa) | 1 3,1 % | 1 3,2 % | 0 0 % | 2 2,0 % | 1 2,7 % | 0 0 % | 0 0 % | 3 8,1 % |
| St(IVb) | 0 0 % | 1 3,2 % | 2 5,2 % | 1 2,0 % | 0 0 % | 3 5,1 % | 2 4,5 % | 2 5,4 % |
| Всего | 32 100 % | 31 100 % | 38 100 % | 49 100 % | 36 100 % | 58 100 % | 44 100 % | 37 100 % |

**Количество пациенток, получивших лучевую терапию в зависимости от стадии заболевания
в период с 2008 по 2015 год**

| St | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| St(0) | 1 9,0 % | 0 0 % | 1 0,8 % | 0 0 % | 1 1,1 % | 1 0,8 % | 0 0 % | 2 2,1 % |
| St(Ia) | 19 17,7 % | 22 21,7 % | 20 16,3 % | 15 14,8 % | 16 18,1 % | 20 17,2 % | 7 7,1 % | 7 7,6 % |
| St(Ib) | 16 14,9 % | 10 9,9 % | 21 17,2 % | 22 21,7 % | 17 19,3 % | 18 15,5 % | 23 23,4 % | 21 22,8 % |
| St(IIa) | 29 27,1 % | 32 31,6 % | 25 20,4 % | 17 16,8 % | 16 18,1 % | 28 24,1 % | 20 20,4 % | 28 30,4 % |
| St(IIb) | 19 17,7 % | 13 12,8 % | 24 19,6 % | 12 11,8 % | 14 15,9 % | 14 12,0 % | 11 11,2 % | 9 9,7 % |
| St(IIIa) | 11 10,2 % | 6 5,9 % | 12 9,8 % | 11 10,8 % | 7 7,9 % | 8 6,8 % | 16 16,3 % | 11 11,9 % |
| St(IIIb) | 7 6,5 % | 13 12,8 % | 15 12,2 % | 21 20,7 % | 12 13,6 % | 24 20,6 % | 17 17,3 % | 9 9,7 % |
| St(IVa) | 2 1,8 % | 3 2,9 % | 3 2,4 % | 2 1,99 % | 4 4,5 % | 0 0 % | 0 0 % | 4 4,3 % |
| St(IVb) | 3 2,8 % | 2 1,9 % | 1 0,8 % | 1 0,9 % | 1 1,1 % | 3 2,5 % | 4 4,0 % | 1 1,0 % |
| Всего | 107 100 % | 101 100 % | 122 100 % | 101 100 % | 88 100 % | 116 100 % | 98 100 % | 92 100 % |

В то же время при III стадии РШМ ЛТ в монорезиме проводилась в 2014 году (36,6 %). Таким образом, мы видим, что наиболее часто ЛТ получали женщины со II стадией РШМ в 2009 году.

Следующим этапом нами проанализирована выживаемость больных РШМ, взятых на учёт в Запорожской области с 2008 по 2015 год. Медиана выживаемости больных РШМ без учёта стадии заболевания составила 93,0 месяца. Общая пятилетняя выживаемость всех женщин, взятых на учёт с 2008 по 2015 год по поводу РШМ, представлена на *рисунке 4*.

Как видно из представленного графика, общая 5-летняя выживаемость пациенток в Запорожской области с 2008 по 2015 год составила 58,7 %. В то же время в США показатель общей 5-летней выживаемости в 2011 году составил 68,0 % [5], а в целом по Украине в 2011 году – 71,2 % [6]. Остаётся неясным, почему выживаемость в целом по Украине выше, чем в отдельно взятой области, а если это за счёт других областей, то в каких регионах выживаемость значительно выше.

В ходе исследования выяснено, что на общую выживаемость пациенток с РШМ влияет возраст женщин. На *рисунке 5* представлена выживаемость пациенток различных возрастных групп.

Установлено, что наиболее высокие показатели выживаемости пациенток с РШМ в Запорожской области зарегистрированы в группе больных в возрасте от 45 до 60 лет. Вместе с тем отмечено снижение показателей общей

5-летней выживаемости пациенток с РШМ в возрастной группе от 61 до 90 лет. Общая 5-летняя выживаемость для пациенток в возрасте до 44 лет составила 61,1 %, для пациенток 45–60 лет – 62,1 %, для женщин от 61–75 лет – 54,8 % и для пациенток 76–90 лет – 52,5 %. Таким образом, отмечается обратная корреляция возраста пациенток и показателя их выживаемости.

Кроме возраста на выживаемость больных РШМ в значительной степени влияет распространённость опухоли (*рис. 6*). При увеличении стадии заболевания выживаемость больных РШМ снижается. Так, по данным национального канцер-регистра, 85,4 % больных РШМ остаются живы на протяжении 5 лет при диагностировании процесса на I стадии заболевания, при II стадии общая 5-летняя выживаемость составляет 52,8 %, при III стадии – 26,9 % и при IV стадии – только 8,3 % пациенток переживают 5-летний рубеж.

Анализ данных подтвердил статистически значимое влияние распространённости опухолевого процесса на общую выживаемость. Для I стадии РШМ показатели медианы не достигнуты, то есть более 50,0 % больных с I стадией РШМ пережили 5-летний период наблюдения. Наиболее высокий показатель медианы – 77,0 месяца – характерен для пациенток со II стадией РШМ. Низкие показатели выживаемости выявлены у пациенток с III и IV стадиями злокачественного процесса, значения медианы для которых были 5,0 и 25,0 месяца соответственно. Общая 5-летняя выживаемость для больных с Ia

стадией РШМ составила 86,1 %, для Ib стадии – 84,1 %, для IIa стадии – 48,1 %, для IIb стадии – 62,0 %, для IIIa стадии – 22,1 %, для IIIb стадии – 30,5 %, для IVa стадии – 7,7 % и для IVb стадии – 6,2 %.

Анализ влияния гистологического типа опухоли на показатели общей выживаемости (рис. 7) показал, что при аденокарциноме РШМ медиана выживаемости составляет 60 месяцев, общая 5-летняя выживаемость – 48,8 %. Для больных с плоскоклеточным РШМ медиана выживаемости составила 93,0 месяца, общая 5-летняя выживаемость составила 60,5 %.

Для пациенток со смешанным типом РШМ показатели медианы не достигнуты, общая 5-летняя выживаемость равна 56,3 %. Таким образом, наиболее низкий показатель выживаемости отмечается у пациенток с железистой формой РШМ.

Сравнивая показатели выживаемости после различных методов лечения, можно делать выводы о их эффективности (рис. 8). Отмечено, что у пациенток, которым была проведена ЛТ в монорежиме, только паллиативная ПХТ и комбинирование ЛТ с ПХТ, медианы общей выживаемости не достигнуты. Наиболее высокие показатели выживаемости отмечены у больных, которые получали только ЛТ: медиана выживаемости составила 48,0 месяца, общая 5-летняя выживаемость – 48,2 %. Медианы выживаемости больных, которые получали только ПХТ или ЛТ + ПХТ, составили 17,0 и 35,0 месяца соответственно. Общая 5-летняя выживаемость у этих больных – 37,2 % и 43,4 % соответственно.

На рисунке 9 представлено сравнение результатов лечения больных РШМ, которым была проведена только операция или комплексное лечение (операция + консервативное лечение). Делая вывод из полученных данных, можно отметить, что самый высокий показатель общей выживаемости больных с РШМ представлен в группе больных, получивших комбинированное лечение (операция с ЛТ). Общая 5-летняя выживаемость для этих пациенток составила 89,7 %. В то же время стоит отметить, что больные, которым была проведена только операция и операция + ПХТ, не имеют статистически значимой разницы в показателях выживаемости: общая 5-летняя выживаемость для этих групп больных составила 86,3 и 87,5 % соответственно. Следовательно, самый низкий процент общей 5-летней выживаемости выявлен у больных, получивших операцию в комбинации с ЛТ и ПХТ, общая 5-летняя выживаемость составила 69,5 %, медиана выживаемости составила 93,0 месяца.

При проведении ранжировки эффективности лечения можно выстроить такую последовательность.

На первом месте – комбинированное лечение (операция + ЛТ), общая 5-летняя выживаемость для пациенток, получивших данный вид лечения, составила 89,7 %. На втором месте – хирургическое лечение либо комплексное (операция + ПХТ), общая 5-летняя выживаемость для этих женщин составила 86,3 и 87,5 % соответственно. На третьем месте – комплексное лечение (операция + ЛТ + ПХТ), общая 5-летняя выживаемость у пациенток

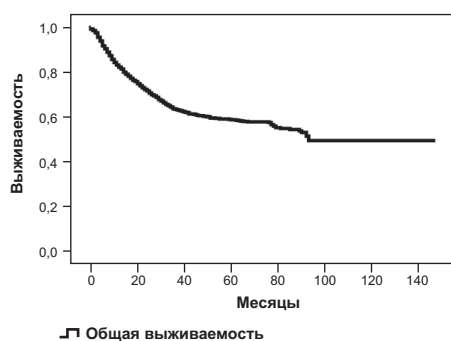


Рис. 4. Выживаемость больных раком шейки матки в Запорожской области с 2008 по 2015 год.

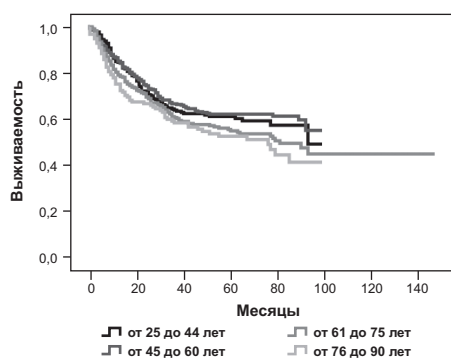


Рис. 5. Выживаемость больных раком шейки матки различных возрастных групп.

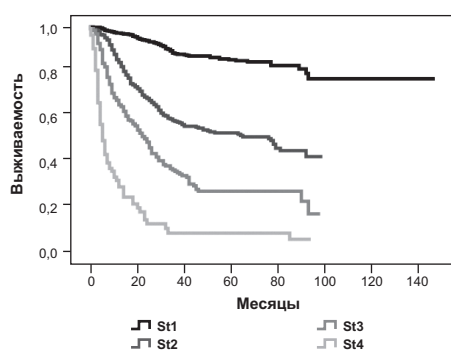


Рис. 6. Выживаемость больных раком шейки матки в Запорожской области с 2008 по 2015 год в зависимости от стадии заболевания.

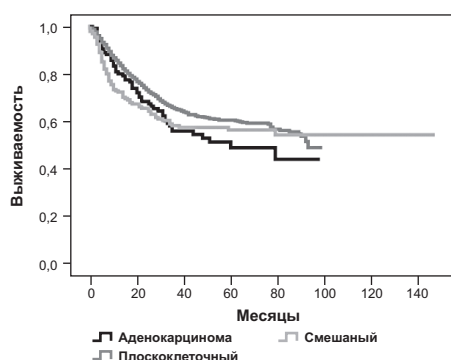


Рис. 7. Выживаемость больных раком шейки матки в Запорожской области с 2008 по 2015 год в зависимости от гистологического типа.

в данном случае составила 69,5 %. На четвёртом – пациентки, получившие ЛТ в монорежиме, медиана выживаемости составила 48,0 месяца, общая 5-летняя выживаемость – 48,2 %. На пятом месте – ЛТ + ПХТ, медиана выживаемости для этой категории больных составила 35,0 месяца, общая 5-летняя выживаемость – 43,4 %. Наихудший результат лечения отмечен у женщин с РШМ, которые получали паллиативную ПХТ: медиана выживаемости составила 17,0 месяца, общая 5-ти летняя выживаемость – 37,2 %.

Выводы

Таким образом, анализ заболеваемости и смертности женщин от РШМ в Запорожской области (2008–2015 гг.), а также анализ состояния оказания специальной помощи данной категории больных выявил ряд проблем, которые необходимо решать онкогинекологической службе нашей области:

1. Надлежит наладить чёткое стадирование РШМ.
2. Крайне важным является внесение точной, полной и стандартизированной информации в канцер-регистр касательно каждого случая заболевания РШМ.
3. Одним из главных приоритетов должна быть работа службы согласно национальным и мировым клиническим рекомендациям.
4. Необходимо улучшить результаты лечения больных РШМ путём совершенствования хирургической техники, внедрения новых методов профилактики, диагностики и лечения.

Конфликт интересов: отсутствует.

Список литературы

1. Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020 / Cancer by the Numbers. – 2015 – P. 5.
2. Рак в Україні, 2014–2015: Бюл. Нац. канцер-ресстру України №15 / З.П. Федоренко, Ю.Й. Михайлович, Л.О. Гулак та ін. – К., 2014. – С. 48–49.
3. MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE ON Danila Galitsky National Medical University Faculty of Medicine Department of Oncology and Medical Radiology / Uterine, cervical and ovarian cancer. – Lviv, 2011. – P. 12.
4. Расширенная гистерэктомия у больных инвазивным раком шейки матки / В.С. Свищицкий, Л.И. Воробьева, Э.А. Стаховский, и др. / Клиническая онкология. – 2013. – №2(10). – С. 2.
5. Cancer Facts and Figures is an annual publication of the American Cancer Society, Atlanta, Georgia / R. Alteri, T. Bertaut, D. Brooks, et al. – 2016 – Table 8. – P. 23.
6. Жилка Н. Я. Епідеміологія раку шийки матки в Україні / Н.Я. Жилка, Т.В. Зайкова // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – №4. – С. 40–47.

References

1. (2015) Global cancer rates could increase by 50% to 15 million

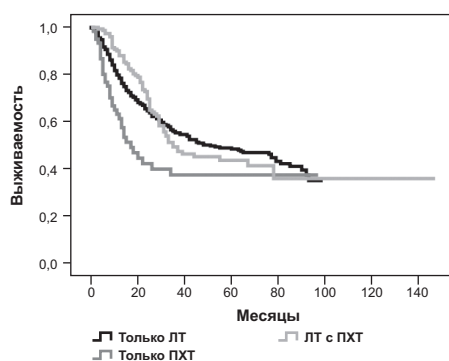


Рис. 8. Выживаемость больных раком шейки матки в Запорожской области с 2008 по 2015 год в зависимости от метода лечения (консервативное лечение).

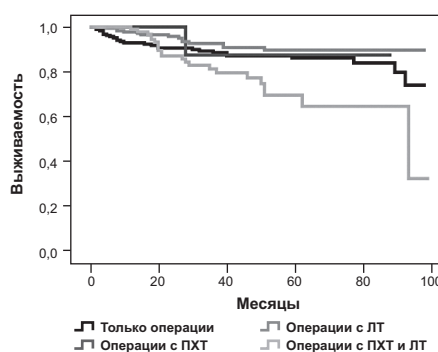


Рис. 9. Выживаемость больных раком шейки матки в Запорожской области с 2008 по 2015 год в зависимости от проведённого лечения (хирургическое + консервативное лечение).

by 2020 / Cancer by the Numbers.

2. Fedorenko, Z. P., Mykhailovych, Yu. I., Hulak, L. O., et al. (2014) Rak v Ukraini, 2014–2015: Biul. Nats. kantser-reiestru Ukrainy №15 [Cancer in Ukraine, 2014–2015: Bull. Nat. Cancer Registry №15 Ukraine]. Kyiv. [in Ukrainian].
3. (2011) MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE ON Danila Galitsky National Medical University Faculty of Medicine Department of Oncology and Medical Radiology / Uterine, cervical and ovarian cancer. Lviv. [in Ukrainian].
4. Svinickij, V.S., Vorob'ev, L. I., Stakhovskij, E. A., Ligirda, N. F., Dermenzhi, T. F., & Yacina, A. I. (2013) Rasshirennaya gisterektomiya u bol'nykh invazivnym rakom shejki матки [Extended hysterectomy in patients with cervical] *Klinicheskaya onkologiya*, 2(10), 2. [in Ukrainian].
5. Alteri, R., Bertaut, T., Brooks, D., Chambers, W., Chang, E., Chen, M.S., et al. (2016) *Cancer Facts and Figures is an annual publication of the American Cancer Society*. Atlanta, Georgia. Table 8.
6. Zhylka, N. Ya., & Zaykova, T. V. (2012) Epidemiolohiia raku shyiky матки v Ukraini [Epidemiology of cervical cancer in Ukraine]. *Ukraina. Zdorovia natsii*, 4, 40–47. [in Ukrainian].

Сведения об авторах:

Колесник А. П., д-р мед. наук, доцент каф. онкологии и онкохирургии, Запорожский государственный медицинский университет, зав. отделением торакальной хирургии, Запорожский областной клинический онкологический диспансер, E-mail: kap_kan@mail.ru.

Каджоян А. В., канд. мед. наук, ассистент каф. онкологии и онкохирургии, Запорожский государственный медицинский университет.

Кабаков А. О., студент 5 курса 2 медицинского факультета, Запорожский государственный медицинский университет.

Відомості про авторів:

Колесник О. П., д-р мед. наук, доцент каф. онкології та онкохірургії, Запорізький державний медичний університет, зав. відділення торакальної хірургії, Запорізький обласний клінічний онкологічний диспансер, E-mail: kap_kan@mail.ru.

Каджоян А. В., канд. мед. наук, асистент каф. онкології та онкохірургії, Запорізький державний медичний університет.

Кабаков А. О., студент 5 курсу 2 медичного факультету, Запорізький державний медичний університет.

Information about authors:

Kolesnik O. P., MD, associate professor of chair of oncology and oncosurgery. Zaporizhzhia State Medical University. Head of thoracal department, Zaporizhzhia Regional Clinical Oncology Center, E-mail: kap_kan@mail.ru.

Kadzhoyan A. V., PhD, medical oncologist, assistant professor of oncology and oncosurgery chair of Zaporizhzhia State Medical University.

Kabakov A. O., student of the 5-th year, 2-nd medical faculty, Zaporizhzhia State Medical University.

Надійшла в редакцію 08.08.2016 р.