

DOI: 10.29296/25877305-2018-02-06

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В АСПЕКТЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А. Солопова, доктор медицинских наук, профессор,

Л. Идрисова, кандидат медицинских наук,

А. Суренков,

В. Москвичева

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

E-mail: antoninasolopova@yandex.ru

Рак шейки матки (РШМ) занимает одну из лидирующих позиций в структуре онкогинекологической заболеваемости и смертности, привлекая особое внимание врачей-реабилитологов.

Медицинская реабилитация – незаменимый компонент терапевтического процесса в современной онкогинекологии, позволяющий улучшить эпидемиологическую ситуацию по РШМ.

Ключевые слова: онкогинекология, рак шейки матки, эпидемиология, реабилитация.

Для цитирования: Солопова А., Идрисова Л., А. Суренков и др. Эпидемиология рака шейки матки в аспекте медицинской реабилитации онкогинекологических больных // Врач. – 2018; 29 (2): 26–30. DOI: 10.29296/25877305-2018-02-06

Рак шейки матки (РШМ) – одна из самых распространенных злокачественных опухолей органов женской репродуктивной системы не только в России, но и во всем мире. Данная патология занимает 2-е место в структуре онкогинекологической заболеваемости и 7-е место – среди всех форм злокачественных новообразований, значительно варьируя в различных регионах и странах [1, 2].

По последним данным Международного агентства по изучению рака ВОЗ (International Agency for Research on Cancer), ежегодно в мире регистрируется 555 100 новых случаев РШМ и 309 900 женщин умирают от этой патологии [2, 3]. Наибольшее распространение РШМ отмечено в развивающихся странах (Южной и Центральной Америке, Африке, Южной и Юго-Восточной Азии), где на долю РШМ приходится до 78% случаев, при этом опухоль шейки матки достигает 15% всех форм злокачественных новообразований у женщин и является 2-й по частоте причиной смерти.

В некоторых странах (Японии, Бразилии и Индии) РШМ составляет 80% всех онкологических заболеваний женской репродуктивной системы, хотя в целом в мире 1-е место принадлежит раку молочной железы (РМЖ) [3]. В то же время в странах Северной Америки и Западной Европы, где на государственном уровне действуют массовые профилактические, реабилитационные, диагностические и противорецидивные скрининговые программы, показатели заболеваемости и смертности от РШМ за последние 10 лет значительно снизи-

лись и составили 4,4% всех злокачественных новообразований у женщин [3, 4].

Эффективность и целесообразность использования данных программ подтверждается многочисленными исследованиями, проведенными в Европе и США [5–7], которые показали значительное улучшение качества и продолжительности жизни, снижение заболеваемости и частоты рецидивов, серьезных послеоперационных осложнений и психофизиологических расстройств у больных, прошедших курс медицинской реабилитации и получивших своевременную профилактическую помощь. Это и объясняет стремительный рост за рубежом числа онкопрофилактических и реабилитационных центров, в которых активно применяются профилактические и реабилитационные программы, позволяющие своевременно предупредить развитие РШМ и других онкологических заболеваний, ускорить процесс восстановления и приблизить онкобольных к нормальным социальным и физиологическим условиям жизни и таким образом максимально снизить заболеваемость и смертность больных с данной патологией [8–10].

В Российской Федерации РШМ занимает 3-е место по распространенности среди онкологических заболеваний органов женской репродуктивной системы (после РМЖ и рака эндометрия) и 6-е – в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. В 2015 г. в РФ было зарегистрировано 16 710 новых случаев РШМ и 6628 смертельных исходов, т.е. на долю этой патологии в структуре заболеваемости женщин со злокачественными опухолями пришлось 5,2% [3, 11].

С каждым годом заболеваемость и смертность от РШМ неуклонно растут (рис. 1, 2). Так, в 2015 г. заболеваемость им составила 15,01 на 100 тыс. населения, а смертность – 5,39 на 100 тыс. населения. С 2005 по 2015 гг. абсолютное число заболевших в РФ возросло на 23,92%, а среднегодовой темп прироста составил 2,11%. Летальность в течение 1 года с момента установления диагноза РШМ составляет 17,2% (из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году); это почти в 2 раза больше, чем при РМЖ и раке тела матки, занимающих соответственно 1-е и 2-е места среди злокачественных новообразований женской половой сферы [3, 11, 12].

В последние 10–15 лет происходит активное внедрение в медицинскую практику современных и высокотехнологичных методов диагностики и лечения, однако продолжительность жизни больных после выявления злокачественной патологии шейки матки в 2005 г. практически не изменилась по сравнению с 2015 г. и составила соответственно 5,7 и 5,9 года. При этом в возрасте 15–39 лет РШМ занял 1-е место среди всех злокачественных опухолей у женщин и стал основной причиной их гибели [11–13]. Важно также отметить, если в конце 90-х – начале 2000-х годов в РФ средний возраст больных РШМ составлял 60–70 лет, то сегодня в возрасте 20–29 лет данная патология встречается в 2 раза чаще, а в возрасте 30–39 лет – в 3 раза чаще [11, 12, 14] (рис. 3).

Таким образом, за период с 2005 по 2015 г. прослеживается стремительное увеличение заболеваемости и смертности от РШМ у наиболее активных в репродуктивном отношении женщин, что представляет собой одну из серьезных проблем современной онкогинекологии [13]. Именно у онкогинекологических больных репродуктивного возраста после проведенного радикального лечения РШМ часто развивается хирургическая (искусственная) менопауза, что проявляется

серьезными физиологическими и психосоциальными расстройствами, кризисными состояниями, суицидальными мыслями и наклонностями, требующими незамедлительной коррекции.

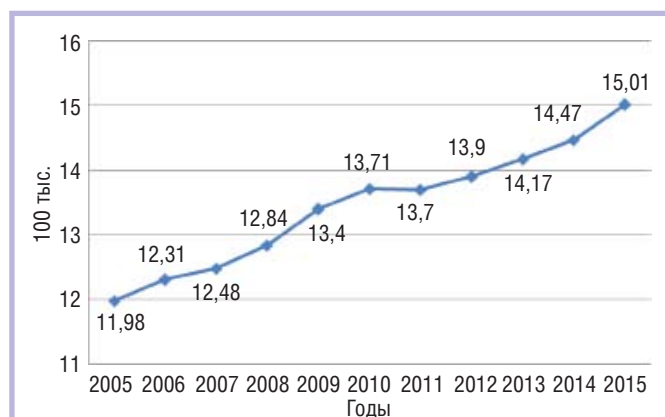


Рис. 1. Заболеваемость населения России РШМ в 2005–2015 гг. (на 100 тыс. населения) [11]

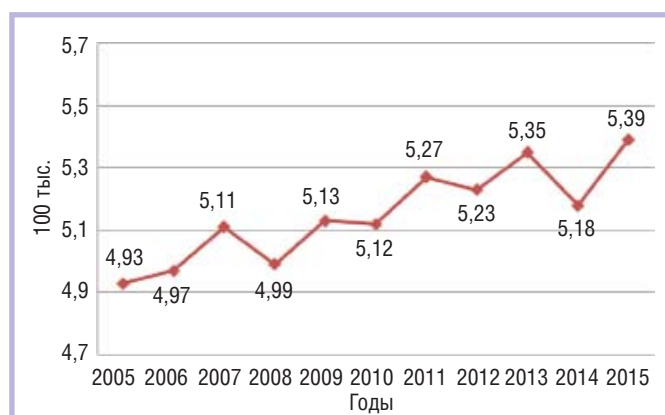


Рис. 2. Показатели смертности населения России от РШМ в 2005–2015 гг. (на 100 тыс. населения) [11]

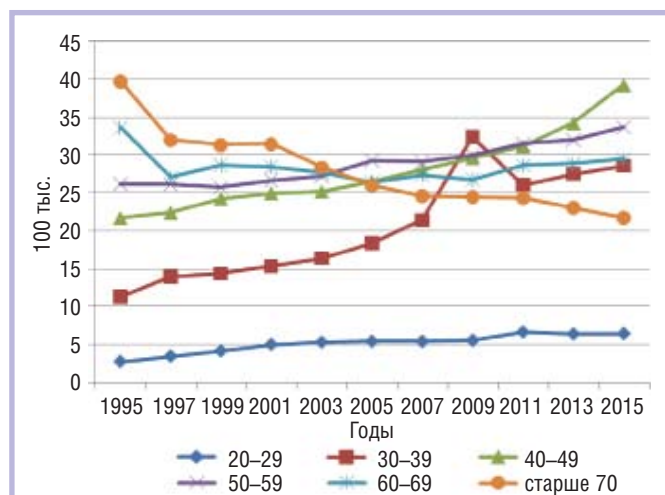


Рис. 3. Заболеваемость РШМ в разных возрастных группах (на 100 тыс. населения) в России в 1995–2015 гг. [11]

Кроме того, неуклонно растет показатель запущенности заболевания: удельный вес больных РШМ II–IV стадии составляет 60–75% (I стадии – 33,1%, II – 30,8%, III – 25,2% и IV – 10,9%), что находится в прямой зависимости от возникновения рецидивов, причем 78,3% из них выявляются в первые 2 года после начала лечения, чаще – у женщин 40–49 лет [13, 15] (рис. 4). Поэтому после прохождения первичного специализированного лечения все больные РШМ нуждаются в комплексной медицинской реабилитации, направленной на восстановление нарушенных или компенсацию утраченных функций организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности и психических расстройств, а также на своевременное выявление осложнений, ранних рецидивов и метастазирования опухоли [8, 9].

По данным ВОЗ, до 96% онкологических больных после стационарного лечения нуждаются в медицинской реабилитации [16], особенно больные онкогинекологического профиля. Это определяется тем, что основным методом лечения онкогинекологических больных и больных РШМ в частности являются обширное оперативное вмешательство, лучевая, цитостатическая и гормональная терапия, которые часто приводят к нарушениям различных функций организма, что считается одной из причин снижения продолжительности жизни и смертности больных, ведущей к неблагоприятной эпидемиологической ситуации. Поэтому следует включить в современную концепцию снижения заболеваемости и смертности от РШМ не только вакцинопрофилактику и массовый цитологический скрининг, но и комплексную медицинскую реабилитацию (рис. 5).

В практике медицинской реабилитации больных РШМ во всем мире активно используются различные комплексные реабилитационные программы [8, 17–20], включающие диагностический скрининг, физиотерапию и лечебную

физкультуру, санаторно-курортное лечение, психотерапию, социально-психологические мероприятия, диетотерапию, иммунотерапию.

Одним из основных компонентов реабилитационного процесса в онкогинекологии выступает *диагностический скрининг*, который включает лабораторные (онкомаркеры) и инструментально-диагностические (УЗИ, компьютерную – КТ и магнитно-резонансную – МРТ, позитронно-эмиссионную – ПЭТ – томографию) методы, необходимые для своевременного выявления осложнений, рецидивов и метастазирования после лечения РШМ, а также для прогностической оценки опухолевого процесса [21]. Поэтому очень важно организовывать на базе реабилитационных центров и учреждений санаторно-курортного профиля кабинеты патологии шейки матки или лабораторно-диагностические отделения, позволяющие осуществлять систематический контроль за состоянием здоровья больных РШМ на протяжении всего восстановительно-оздоровительного периода.

Традиционно считалось, что проведение общеукрепляющих *физиотерапевтических процедур* больным с онкологическими заболеваниями абсолютно противопоказано, так как многие из них могут стимулировать рост злокачественных опухолей и способствовать прогрессированию или рецидивированию онкологического заболевания. Однако в последние годы резко возрос интерес врачей-исследователей всего мира к возможностям физиотерапии в рамках медицинских реабилитационных программ по восстановлению онкологических больных [19, 22].

По результатам зарубежных и отечественных исследований был сделан вывод, что физиотерапия не только не оказывает отрицательного влияния на течение злокачественных заболеваний, но и способствует восстановлению утраченных вследствие противоопухолевой терапии функций организма [8, 19, 22, 23]. Сегодня физиотерапия получила широкое применение в комплексной системе медицинских реабилитационных мероприятий при РМЖ, РШМ и раке тела матки [19, 23].

Показаниями к восстановительному лечению и проведению *физиотерапевтических процедур* больным РШМ являются посткастрационный синдром I–III степени выраженности, отек нижних конечностей I–IV степени, отсутствие или нарушение самостоятельного мочеиспускания, лучевой фиброз тканей передней брюшной стенки, паховой области и промежности. С целью нормализации функционального состояния онкологических больных врачами-реабилитологами и физиотерапевтами активно используются следующие физиотерапевтические процедуры: электросон, пневматическая компрессия, магнитотерапия, электростимуляция, массаж и лечебная физкультура (ЛФК), которые выступают незаменимыми компонентами в комплексной терапии посткастрационного синдрома и других патологических состояний [8, 19].

В последние годы во многих европейских странах создаются специализированные санатории при онкологических центрах, так как после окончания специфического противоопухолевого лечения РШМ онкологическим больным необходимы не только терапия имеющихся осложнений, но и дополнительное общеукрепляющее лечение сопутствующих заболеваний в санаторных условиях. Такие *санаторно-курортные* факторы, как климато- и ландшафтотерапия, кислородотерапия, ароматерапия, терренкур, лечебное плавание, бальнеотерапия, питьевое лечение минеральными водами, индифферентные изотермические ванны, занятия в

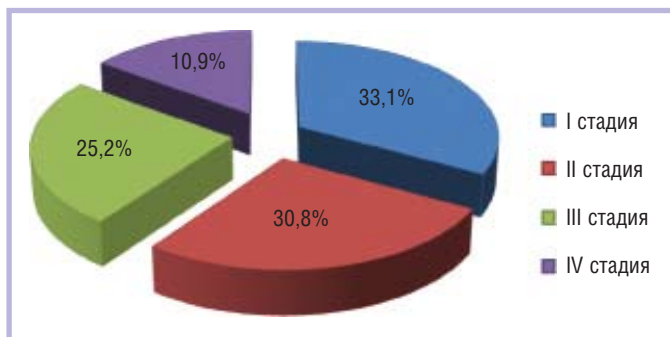


Рис. 4. Показатели диагностики РШМ на разных стадиях в России в 2015 г. [11]

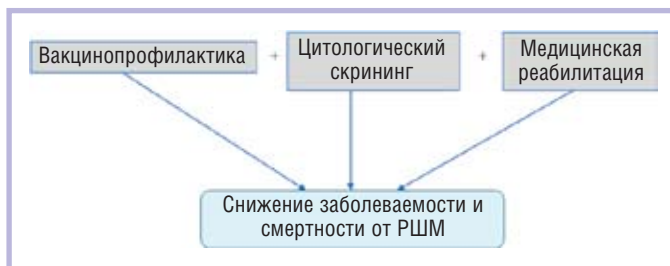


Рис. 5. Современная концепция снижения заболеваемости и смертности от РШМ

водоемах и бассейнах способствуют улучшению общего состояния больных, восстановлению нарушенных функциональных показателей, повышению работоспособности и, соответственно, повышению качества жизни больных данной группы [18, 24].

Наиболее важным для больных РШМ компонентом восстановительного комплекса является программа *психологической реабилитации*, которая включает работу с психологом и психиатром, проведение индивидуальных и групповых методик психокоррекции и психореабилитации, ускорение процесса психосоциальной адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактику и лечение развивающихся патологических психических нарушений и расстройств. Среди компонентов психологического комплекса программ выделяют следующие методы: когнитивно-поведенческие, десенсибилизация психологических травм с помощью движения глаз, креативная визуализация, нервно-мышечная релаксация, арт-терапия (изо-терапия, дансинг-терапия), трудотерапия, восточные практики, йога, гипноз и медитация. Они позволяют сформировать адекватные психологические установки и реакции, обучить женщин технике релаксации, снятию психологического напряжения и коррекции внутри- и межличностных конфликтов и проблем [8, 9, 21].

В реабилитационных центрах Европы, США, Австралии существуют постоянно действующие программы по оказанию социальной и психологической помощи не только онкологическим больным, но и их семьям, активно формируются группы психосоциальной поддержки для обучения оказанию помощи и поддержки. Социальный работник и психолог призваны обучить навыкам общения окружающих с онкологическими больными, а также дать им возможность переосмыслить свою жизнь, поведение и тем самым создать базу для мотивированного действия. Пациент, находясь в комфортном семейном микроклимате, способен смягчить эмоциональное напряжение, стресс, избежать чувства страха, формирующего депрессию. Все это повышает эффективность оказания социальной помощи и улучшает качество жизни больных [25].

В результате выявления опухолевого процесса у больных решительно изменяются не только образ и качество жизни, но также и характер питания. Это объясняется в первую очередь общим и местным воздействием опухоли на метаболические и обменные процессы в организме, а также результатами обширных хирургических вмешательств, продолжительной противоопухолевой терапией и психосоциальными расстройствами. Поэтому очень важно учитывать данные факты при составлении рациона ежедневного питания. Оно должно быть полноценным (содержать все питательные вещества в требуемом организмом количестве), сбалансированным (сохранять определенные соотношения между питательными веществами), легкоусвояемым, содержать все необходимые микроэлементы и витамины, не быть однообразным и не угнетать аппетит [17].

Противоопухолевая иммунотерапия в онкологии используется сравнительно недавно, однако зарекомендовала себя как высокоэффективный метод лечения и реабилитации онкологических больных. Иммунотерапевтические препараты широко представлены различными видами вакцин, лимфокинактивированных клеток, цитокинов, моноклональных антител [26].

На современном этапе одним из перспективных цитокинов, применяемых в онкогинекологии в сочетании с химиотерапией, является интерферон- γ (ингарон) – природный

цитокин, обеспечивающий стимуляцию клеточного иммунитета и оказывающий антипролиферативное и иммуномодулирующее действие. Данный препарат активно применяется при противоопухолевой терапии и комплексной реабилитации больных РШМ, демонстрируя эффективность даже на поздних стадиях [26, 27].

Для достижения наиболее благоприятных результатов медицинская реабилитация больных РШМ должна проводиться группой специалистов (в их числе – реабилитолог, онкогинеколог, эндокринолог, иммунолог, сексопатолог, психотерапевт, физиотерапевт, социолог, трудотерапевт и функциональный диагност), приобретая мультидисциплинарный характер [8].

Таким образом, РШМ продолжает занимать одну из лидирующих позиций в структуре онкогинекологической заболеваемости и смертности не только в России, но и во всем мире. Отмечено значительное «омоложение» данной патологии, что проявляется стремительным ростом числа пациенток с РШМ среди женщин репродуктивного возраста. Кроме того, неуклонно растет показатель запущенности заболевания. По этой причине в современную концепцию по снижению заболеваемости и смертности от РШМ необходимо включить не только вакцинопрофилактику и массовый цитологический скрининг, но и комплексную медицинскую реабилитацию.

Поэтому лечение больных РШМ должно обязательно сопровождаться комплексом медицинских онкопрофилактических и реабилитационных программ, которые выступают основными компонентами терапевтического процесса в онкогинекологии. Они позволяют повысить уровень здоровья, улучшить качество и продолжительность жизни, снизить заболеваемость и смертность и в итоге достичь благоприятной эпидемиологической ситуации по РШМ в нашей стране.

Важно не только внедрять реабилитацию в медицинскую практику врачей, но и осуществлять на государственном уровне работу по созданию кабинетов патологии шейки матки, реабилитационных отделений и многопрофильных реабилитационно-диагностических центров, включающих опытных врачей по разным медицинским специальностям, что позволит реализовать предложенные комплексные программы и оказать квалифицированную помощь каждой пациентке.

Литература

1. Шевелева А.С. Вирус папилломы человека как основной фактор возникновения рака шейки матки // Молодой ученый. – 2016; 30: 127–9.
2. Jemal A., Bray F., Center M. et al Global cancer statistics // CA Cancer J. Clin. – 2011; 61 (2): 69–90.
3. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы // Онкогинекология. – 2012; 1: 18–25.
4. Новик В.И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг. В кн.: Практическая онкогинекология: избранные лекции. Под ред. А.Ф. Урманчевой, С.А. Тюляндина, В.М. Моисеенко / СПб: Центр ТОММ, 2008; 1: 115–26.
5. Silver J., Baima J., Mayer R. Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship // CA Cancer J. Clin. – 2013; 63 (5): 295–317.
6. Astin J., Shapiro J., Shapiro D. Psychological control and morbidity/mortality in breast cancer patients: A 20 year follow-up study // Behavioral. Med. – 2013; 39: 7–10.
7. Saotome T., Klein L., Faux S. Cancer rehabilitation: a barometer for survival? // Support Care Cancer. – 2015; 23 (10): 3033–41.
8. Солопова А.Г., Идрисова Л.Э., Макацария А.Д. и др. Мультидисциплинарный подход к медицинской реабилитации онкогинекологических больных // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2017; 3: 5–15.

9. Идрисова Л.Э., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю. и др. Основные направления психологической реабилитации онкогинекологических больных // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2016; 4: 94–104.
10. Солопова А., Идрисова Л., Суренков А. и др. Онкогинекология: оценка психологической реабилитации и качества жизни больных // Врач. – 2017; 8: 81–2.
11. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году / М.: НИИ им. Герцена, 2016; 236 с.
12. Аксель Е.М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы в России сферы // Онкогинекология. – 2015; 1: 6–15.
13. Сушинская Т.В., Жорданин К.И., Паяниди Ю.Г. Аналитические аспекты онкологических заболеваний женского населения в России. МНИОИ имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ ФМИЦ Минздрава России 2 ФГБНУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН // Онкогинекология. – 2015; 3: 40–3.
14. Паяниди Ю.Г., Жордания К.И., Савостикова М.В. и др. Рак шейки матки в России. Пути профилактики // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина. – 2015; 1: 33–42.
15. Гуськова Е.А., Неродо Г.А., Гуськова Н.К. и др. Факторы, влияющие на частоту рецидивирования рака шейки матки // Междунар. журн. прикладных и фундаментальных исследований. – 2015; 10: 87–91
16. Морозов Р.Н. Медико-социологические предикторы ресоциализации больных раком молочной железы. Дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2015; 152 с.
17. Брюзгин В.В. Лечебное питание при онкологических заболеваниях / М., 2011; 480 с.
18. Грушина Т.И., Миронова Е.Е. Санаторно-курортное лечение в комплексе реабилитационных мероприятий у больных раком молочной железы // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2003; 4: 34–8.
19. Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия / М., 2006; 240 с.
20. Михайлова И.Н., Титов К.С., Демидов Л.В. Парадигма иммунотерапии в онкогинекологии // Онкогинекология. – 2015; 1: 16–21.
21. Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Идрисова Л.Э. и др. Реабилитация онкогинекологических больных. Взгляд на проблему // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2015; 4: 46–54.
22. Arving C., Thormodsen I., Brekke G. et al. Early rehabilitation of cancer patients - a randomized controlled intervention stud // BMC Cancer. – 2012; 7: 13–9.
23. Uzkeser H. Efficacy of manual lymphatic drainage and intermittent pneumatic compression pump use in the treatment of lymphedema after mastectomy: a randomized controlled trial // Breast Cancer. – 2013; 8: 145–8.
24. Молчанов С.В., Коломиец Л.А., Гриднева Т.Д. Менопаузальный синдром и его коррекция у онкогинекологических больных // Сиб. онкол. журн. – 2009; 2: 86–90.
25. Мисяк С.А. Социальная реабилитация в онкологии. URL: <http://www.spirehab.com/?soc> (дата обращения: 2017 Nov 25).
26. Михайлова И.Н., Титов К.С., Демидов Л.В. Парадигма иммунотерапии в онкогинекологии // Онкогинекология. – 2015; 1: 16–21.
27. Stiff P., Czerlanis C., Drakes M. Dendritic cell immunotherapy // Exp. Rev. Anticancer Ther. – 2013; 13: 43–53.

THE EPIDEMIOLOGY OF CERVICAL CANCER IN THE ASPECT OF MEDICAL REHABILITATION OF GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS

Professor **A. Solopova**, MD; **L. Idrisova**, Candidate of Medical Sciences; **A. Surenkov**; **V. Moskvicheva**

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

Cervical cancer (CC) occupies one of the leading positions in the structure of gynecological cancer morbidity and mortality, by attracting the special attention of rehabilitation physicians.

Medical rehabilitation is an essential component of the therapeutic process in modern gynecological oncology, which allows the epidemiological situation of CC to be improved

Key words: *gynecological oncology, cervical cancer, epidemiology, rehabilitation.*

For citation: *Solopova A., Idrisova L., Surenkov A. et al. The epidemiology of cervical cancer in the aspect of medical rehabilitation of gynecological cancer patients // Vrach. – 2018; 29 (2): 26–30. DOI: 10.29296/25877305-2018-02-06*