

## Естественное развитие рака шейки матки: даже нерегулярный скрининг женщин старшей возрастной группы спасает жизнь

Последние данные свидетельствуют о том, что ежегодно в мире рак шейки матки (РШМ) диагностируется у 466 000 женщин, причем большинство из них проживают в развивающихся странах. Около 80% из 231 000 женщин, ежегодно умирающих от РШМ, – из развивающихся стран, где РШМ является самой распространенной среди женщин причиной смертности от раковых заболеваний.<sup>1</sup> Скрининг на РШМ – рентабельный и действенный путь к спасению женских жизней. Исследование Мирового банка в 1993 году показало, что скрининг женщин каждые пять лет и последующее стандартное наблюдение за женщинами с выявленной патологией обходится в 100 долларов США за каждый год жизни, отнятый от прогнозируемого числа лет в связи с нетрудоспособностью (DALY – показатель сокращения жизни в результате ранней смерти или инвалидности). В то же время лечение инвазивного рака и паллиативная

помощь на поздней стадии обходятся в 2 600 долларов США (DALY).<sup>2</sup> Для того чтобы профилактические мероприятия действительно спасали человеческие жизни необходимы программы, в которых учтены принципы естественного развития РШМ.

### Папилломавирус человека (ПВЧ) является первопричиной РШМ

- ПВЧ – инфекция, передаваемая половым путем (ИППП), является основной причиной, вызывающей развитие РШМ.<sup>3</sup>
- Остановить передачу вируса папилломы человека очень трудно. Барьерная контрацепция эффективна только частично, потому что вирус может долго существовать в аногенитальной области, не прикрываемой мужскими презервативами.<sup>4</sup>
- ПВЧ не поддается лечению, но в большинстве случаев инфекция нераспознаваема. Однако, у небольшого

количества женщин ПВЧ ведет к предраковым состояниям, которые называются дисплазией. Особенную опасность представляет ПВЧ для женщин с ослабленной иммунной системой.<sup>5</sup>

- ПВЧ легче выявить у молодых женщин. Хотя распространенность ПВЧ разная в разных регионах мира, как правило, ее пик – это 20% женщин в возрасте от 20 до 24 лет. Цифра снижается до приблизительно 8 – 10% среди женщин старше 30 лет.<sup>6</sup>

### РШМ, как правило, развивается на протяжении многих лет; наибольшую угрозу он представляет для женщин старшей возрастной группы, которые в первую очередь должны пройти скрининг на РШМ

- Из небольшого процента женщин, у которых ПВЧ вызывает дисплазию, в большинстве случаев – это слабая дисплазия, которая,

### Естественное развитие рака шейки матки



Целью скрининга является выявление патологии в этих пределах.

как правило, регрессирует, или не прогрессирует, особенно у женщин моложе 35 лет. Только у небольшого количества женщин на фоне дисплазии развивается РШМ.

- Период образования выявляемой патологии может быть до 10 лет. Результаты одного из исследований показывают, что риск развития дисплазий средней тяжести до тяжелой степени злокачественности составляет 32% в течение 10 лет.<sup>7</sup>
- Женщины в возрасте 35 и старше с выявленной умеренной или тяжелой патологией относятся к группе высокого риска развития РШМ.
- РШМ чаще всего развивается у женщин старше 40 лет, в основном, в возрасте 50-60 лет.<sup>8,9,10</sup>
- Курение, рождение первого ребенка в раннем возрасте, применение пероральных средств контрацепции, гормональные и физиологические изменения у часторожающих женщин повышают риск РШМ.<sup>9</sup>
- Клинические данные повышения уровня заболеваемости РШМ среди женщин более молодой возрастной группы могут скорее отражать демографическую структуру

или принципы выбора целевой группы для скрининга, чем изменение уровня заболеваемости по возрастным группам.<sup>11</sup>

### Даже редко проводимый скрининг может стать эффективным средством профилактики

- Редко проводимый скрининг и связанное с ним последующее наблюдение женщин от 30 лет и старше является приемлемым и рентабельным подходом профилактики РШМ в том случае, если для скрининга используются действенные методики, достигается высокий процент охвата женского населения и работает система направлений женщин на лечение.<sup>12,13</sup>
- Женщины с хотя бы одним отрицательным результатом скрининга РШМ относятся к группе низкого риска заболевания РШМ в течение 10 или более лет после скрининга.<sup>14</sup>
- На основании результатов проведенного в Южной Африке исследования можно предположить, что даже один скрининг на протяжении жизни женщины в возрасте 35 лет снижает смертность от РШМ на 26%.<sup>13</sup>

«В странах с ограниченными ресурсами наша цель – сделать так, чтобы каждая женщина из целевой группы хотя бы раз в жизни в возрасте около 40 лет прошла скрининг. По мере улучшения доступа к ресурсам кратность скрининга должна быть увеличена до одного раза в 10 лет, потом раз в 5 лет для женщин от 35 до 55 - летнего возраста. При дальнейшем улучшении ресурсной базы и достаточно широком охвате скринингом целевой возрастной группы следует расширить охват скрининга. Вначале включить женщин до 60 лет, а затем женщин более молодого возраста (начиная с 25 лет). Если же ресурсы позволят и большая часть целевой возрастной группы проходит скрининг каждые 5 лет, то кратность скрининга должна быть один раз в три года для женщин в возрасте 25 – 60 лет».

—ВОЗ, 1992<sup>9</sup>

**Таблица 1. Потенциал снижения общей заболеваемости РШМ в зависимости от периодичности скрининга**

Кратность скрининга	Процент снижения общего числа случаев*(%)
Каждый год	90 – 93
Каждые два года	86 – 91
Каждые три года	75 – 88
5 раз за жизнь женщины	61 – 74
3 раза за жизнь женщины	35 – 55
2 раза за жизнь женщины	29 – 42
1 раз за жизнь женщины	17 – 32

По данным Goldie SJ, et al 2001<sup>13</sup>

\* Данные для стратегий, при которых 1-ый визит включает VIA, 2-ой визит – тест на ПВЧ и 3-ий визит – мазок по Папаниколу

† Учтена чувствительность и специфичность на основе имеющихся данных при 75% - 100% охвата и с учетом 15% потери пациенток в ходе последующего наблюдения после каждого дополнительного посещения для скрининга.

### Библиография:

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. *GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality, and Prevalence Worldwide. Version 1.0*. IARC CancerBase No. 5, Lyon: IARC Press (2001 г.).
2. Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press, World Bank (1993 г.).
3. Bosch FX, Muñoz N, de Sanjose S. Human papillomavirus and other risk factors for cervical cancer. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 51(6–7): 268–275 (1997 г.).
4. PATH. Preventing cervical cancer in low-resource settings. *Outlook* 18(1):1–8 (2000 г.).
5. Temmerman M, Tyndall MW, Kidula N, et al. Risk factors for human papillomavirus and cervical precancerous lesions, and the role of concurrent HIV-1 infection. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 65(2):171–181 (май 1999 г.).
6. Herrero R, Schiffman MH, Bratti C, et al. Design and methods of a population-based natural history study of cervical neoplasia in a rural province of Costa Rica: the Guanacaste Project. *Pan American Journal of Public Health* 1(5):362–375 (май 1997 г.).
7. Holowaty P, Miller AB, Rohan T, et al. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. *Journal of the National Cancer Institute* 91(3):252–258 (3 февраля, 1999 г.).
8. Parkin DM. "The Epidemiological Basis for Evaluating Screening Policies." In: Franco E and Monsonog J, eds. *New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention*. Oxford: Blackwell Science (1997 г.).
9. Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Geneva: World Health Organization (1992 г.).
10. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, et al., eds. *Cancer Incidence in Five Continents, Volume VII*. International Agency for Research on Cancer (IARC) Scientific Publications No. 143. Lyon: IARC (1997 г.).
11. Herdman C, Sherris J. *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs*. 2nd ed. Seattle: PATH (2000 г.).
12. Mandelblatt JS, Lawrence WR, Gaffkin L, et al. Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries. *Journal of the National Cancer Institute* 94(19):1469–1483 (2 октября, 2002 г.).
13. Goldie SJ, Kuhn L, Denny L, et al. Policy analysis of cervical cancer screening strategies in lowresource settings: clinical benefits and costeffectiveness. *Journal of the American Medical Association* 285(24):3107–3115 (27 июня, 2001 г.).
14. IARC Working Group on Cervical Cancer Screening. Summary chapter. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*. IARC Scientific Publications No. 76. Lyon: IARC (1986 г.).

Организации-участницы Альянса по профилактике рака шейки матки (ACCP):

EngenderHealth, 440 Ninth Avenue, New York, New York 10001 USA, Tel: (212)561-8000

IARC (International Agency for Research on Cancer), 150, cours Albert-Thomas, F-69372, Lyon cedex 08, FRANCE, Tel: (011)33-472738599

JHPIEGO, 1615 Thames Street, Baltimore, Maryland 21231 USA, Tel: (410)955-8618

PAHO (Pan American Health Organization), 525 Twenty-Third Street, N.W., Washington, DC 20037 USA, Tel: (202)974-3890

PATH Alliance coordinating agency, 1455 NW Leary Way, Seattle, Washington 98107 USA, Tel: (206)285-3500

Настоящая публикация была разработана Альянсом по профилактике рака шейки матки (ACCP), благодаря финансовой поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс.

Для дополнительной информации посетите веб-страницу ACCP: [www.alliance-cxca.org](http://www.alliance-cxca.org)

С вопросами к ACCP обращайтесь электронной почтой: [accp@path.org](mailto:accp@path.org)

апрель 2003 г.

