

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В РК И В МИРЕ. ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НА ОХВАТ И УСПЕШНОСТЬ ПРОГРАММЫ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

И.А. Жетписбаева, Ш.К. Сармұлдаева, Н.Е. Глушкова, Э.А. Федянина

1. Казахский медицинский университет «ВШОЗ»
2. Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Казахстан, Алматы

АННОТАЦИЯ

На протяжении многих лет проблема распространенности рака шейки матки является одной из наиболее актуальных для здравоохранения в большинстве стран мира. Несмотря на всё возрастающее количество скрининговых программ, рак шейки матки по-прежнему остается одной из наиболее распространенных локализаций злокачественных новообразований женской репродуктивной системы. Программы скрининга эффективны, если в них участвуют 70 % и более населения соответствующих возрастных групп. В Казахстане этот показатель составляет для скрининга на РШМ – 48–50 %. [1,2,3]

Ключевые слова: рак шейки матки, скрининг, приверженность, охват.

Согласно данным глобального ресурса эпидемиологии рака Международного агентства по изучению рака в общей мировой структуре онкопатологии РШМ находится на 5 ранговом месте [4]. В Казахстане в структуре онкопатологии у женщин рак шейки матки занимает второе место после рака молочной железы. Ежегодно регистрируются около 1700 новых случаев рака шейки матки и около 600 случаев смертельных исходов от этого заболевания. Учитывая, что средний возраст заболевших РШМ находится между 40 и 50 годами, т.е. приходится на наиболее социально активный период жизни, не сложно представить какой урон наносит обществу РШМ [5]. Благодаря пристальному вниманию Всемирной организации здравоохранения к проблеме распространенности рака шейки матки в настоящее время широко внедрены скрининговые программы, направленные на раннее выявление предраковых заболеваний и преклинических форм рака шейки матки [5]. В группах населения с множеством профилактических программ скрининга отмечается снижение смертности от рака шейки матки на 50–75% за последние 50 лет. Однако по данным литературы, программы скрининга эффективны, если в них участвуют 70% и более населения соответствующих возрастных групп, то есть должен быть высокий охват и высокая приверженность населения к прохождению скрининга рака шейки матки.2,3

Приверженность – это соответствие поведения пациента рекомендациям врача о медицинских услугах [1]. Чтобы оказывать существенное влияние на снижение показателей заболеваемости раком шейки матки и смертности от него, программы профилактики и снижения заболеваемости раком шейки матки должны разрабатываться таким образом, чтобы охватывать и обеспечивать доступ всех женщин целевого возраста, особенно принадлежа-

щих к маргинализированным группам (например, нижним слоям социоэкономических категорий, проживающим в отдаленных районах) [6].

В различных странах широко исследовалось участие женщин в программах скрининга на РШМ. В результате которых, выявлено что, основным барьером к участию является высокая стоимость медицинских услуг, включая скрининг, и отсутствие медицинской страховки в тех странах, где эти услуги не покрываются государственными программами [7,8,9]. В развивающихся странах основными препятствиями к участию в программах скрининга считаются отсутствие соответствующей инфраструктуры и недостаток квалифицированного медицинского персонала [10,9]. К социально-культурным аспектам относят низкий уровень осведомленности об услугах, страх перед процедурой скрининга и положительным результатом теста, социальную стигматизацию, смущение и нарушение конфиденциальности [11,9].

Достижения Китая в снижении уровня заболеваемости и смертности от рака шейки матки были значительными в прошлом. Частота выявления рака шейки матки снизилась со 145 на 100 000 женщин в 1950-е годы - 8,2 на 100 000 женщин в 1990-е годы. Однако сравнение данных с 2003 по 2010 год показывает, что заболеваемость раком шейки матки и смертность увеличилась в 21-м веке. С 2009 по 2010 годы количество квалифицированных регистров и охват населения резко увеличились. Было 72 квалифицированных реестра в 2009 г. (охватывающая около 6,4% населения Китая), по сравнению с 145 в 2010 г. (что составляет около 11,9% населения). Кроме того, чтобы улучшить качество данных реестра, в 2010 году была проведена всесторонняя оценка и наблюдение системы регистрации рака, сбалансированное количе-

ство регистров в городской и сельской местности, и распределены реестры по всей стране. Хотя охват населения увеличился быстро, все же оставался на низком уровне в отличие от 96% охвата в США и почти 100% охвата в Великобритании. Помимо ограниченного охвата, качество регистрационных данных также оставляет желать лучшего. Низкая доля охваченного населения и низкое качество данных, препятствует точной интерпретации картины в целом; кроме того, существенно отстают от реальной ситуации. Исходя из этих причин можно сделать вывод, что резкое увеличение заболеваемости раком шейки матки и смертности от РШМ в 2009-2010 гг. в Китае не связано с расширением охвата и качественными данными регистра. [12]

В Малави самый высокий в мире уровень заболеваемости РШМ и смертности от этого недуга: стандартизованный по возрасту показатель составляет 75,9 и 49,8 на 100 000 населения соответственно. В ответ Министерство здравоохранения разработало программу скрининга на рак шейки матки с использованием визуального осмотра с уксусной кислотой и лечения предраковых поражений с помощью криотерапии. [13] Было проведено исследование среди женщин, посещавших пункты скрининга на рак шейки матки для первоначального посещения, последующего посещения и последующего наблюдения за период 2011–2015 гг. Основные результаты данного исследования показали, что число женщин, прошедших скрининг на рак шейки матки, увеличивалось с 15331 в 2011 году до 49 301 в 2015 году. Охват подходящего населения (женщины в возрасте 30–45 лет, 6,74% от общей численности населения, цель программы – достичь 80% прохождения скрининга через 5 лет) увеличился с 9,3% в 2011 году до 26,5% к концу 2015 года. Всего было обследовано 145 015 женщин, из которых 5,1% и 4,3% были с положительной реакцией на уксусную кислоту и имели подозрение на рак соответственно. Только 40,4% из 7349 женщин с положительной реакцией на вирусную инфекцию, которым была назначена криотерапия, получили лечение. Показатель положительности пробы с уксусной кислотой и распространенность подозреваемого рака оставались на уровне 5% и 4% соответственно. [14]. Исследование документально подтвердило, что Малави успешно расширила масштабы услуг по скринингу на рак шейки матки с использованием визуального осмотра с уксусной кислотой. В период 2011–2015 годов количество пунктов скрининга на рак шейки матки, количество женщин, прошедших скрининг, и охват в год увеличились с 75–130 (количество пунктов скрининга рака шейки матки), 15 331–49 301 (количество женщин, прошедших скрининг) и 9,3–26,5% (охват) соответственно. [15, 16].

По данным систематического обзора, проведенного среди 19-ти исследований на территории Нигерии (47,4%) и Южной Африки (26,3%) в период 2014-2019 гг. были отмечены следующие результаты: охват скринингом после вмешательства колебался от 1,7 до 99,2%, при этом шесть исследований (31,6%) сообщили о значительном улучшении скрининга, достигнув $\geq 60\%$ охвата.

Охват цервикального скрининга чаще всего определялся как «когда-либо проходивший скрининг» ($n=8$, 42,1%) или скрининг в течение определенного периода времени, обычно в течение периода исследования ($n = 7$, 36,8%).

Наиболее высокие показатели случаев рака шейки матки приходится на регион Азии и Океании – более 50% случаев во всем мире. Тем не менее, рак шейки матки – один из немногих видов рака, который можно предотвратить путем всестороннего обследования предраковых образований с последующим их лечением. Скрининг с помощью цитологии шейки матки, очень старая технология, позволил снизить смертность и заболеваемость раком шейки матки при применении в комплексных программах с широким охватом и гарантией качества. Однако из тех стран в этом регионе, которые создали такие программы, многие были оппортунистическими, имели плохой охват или неадекватные лечебные учреждения для обнаруженных поражений. Следовательно, они не увидели значительного снижения заболеваемости или смертности от рака. Различия в заболеваемости и смертности от рака шейки матки в Азиатской Океании в значительной степени связаны с существованием или отсутствием хорошо организованных, хорошо контролируемых, высококачественных программ скрининга цитологии шейки матки с хорошим охватом соответствующей целевой группы населения. Это в значительной степени зависит от большой разницы в экономике населения внутри стран, а также между странами, большого разнообразия культур (этнических групп, традиций, религий и национальностей), а в некоторых странах - больших различий в признании прав женщин. [17]

В 2015 г по инициативе Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазии (РАГИН) стартовал Всероссийский проект «Женщины разного возраста между онконебрежностью и онкофобией». По результатам проведенного в 20 регионах России анкетирования были сделаны выводы о том, что женщины в большинстве своем небрежно относятся к своему здоровью, редко посещают врача и, соответственно, редко проходят скрининговое обследование [18]. Данный факты, безусловно, определяют необходимость совершенствования практических рекомендаций по формированию оптимального отношения к здоровью – отношению разумной настороженности. [19; 20] Полученные данные позволили разработать и представить в 32 регионах России образовательный проект для пациентов и врачей, способствующий формированию грамотного, разумного отношения к здоровью. Весьма важно то, что в ряде городов к участию в Онкопатруле были привлечены не только врачи, но и их пациенты, что в дальнейшем сподвигнет многих участников семинаров и их близких пересмотреть свое отношение к здоровью в сторону разумной настороженности и регулярно проходить скрининговые обследования. [19; 21]

Рак шейки матки – важная проблема общественного здравоохранения в Европе. Общий уровень заболеваемо-

сти раком шейки матки в Европе составляет 10,6 на 100 000 человек. Однако внутри Европы показатели заболеваемости значительно различаются, ниже в Западной Европе, где программы профилактики развиты лучше, значительно выше уровень заболеваемости и смертности в Центральной и Восточной Европе, что тесно связано с интенсивностью организованного скрининга. Тенденции заболеваемости раком шейки матки во многом отражают охват и качество скрининга, а также подверженность факторам риска. [22]. Обзоры тенденций заболеваемости и смертности от рака шейки матки показали тесную корреляцию с интенсивностью организованного скрининга. В группах населения, где качество скрининга и охват были высокими, эти усилия заметно снизили частоту инвазивного рака шейки матки [23].

Программы организованного скрининга на цервикальный рак существуют лишь в девяти странах Европы (Дании, Финляндии, Исландии, Норвегии, Словении, Швеции, Нидерландах, Великобритании и в крупных регионах Италии). Скрининговые программы вводятся в действие в странах Балтии и в Венгрии. В большинстве других стран скрининг остается оппортунистическим, и зависит от инициативы конкретной женщины или ее врача. Для такого оппортунистического скрининга характерно следующее: высокий охват в отдельных группах населения, которые проходят скрининг слишком часто; низкий охват в других группах населения, которые менее развиты в социально-экономическом плане; и неоднородное качество. Имеется мало информации о ситуации со скринингом в странах Восточной Европы, Кавказского региона и республиках Средней Азии, но, как можно предположить, охват и качество в целом недостаточные. [24]

В Исландии, где общенациональные программы охватывали почти все возрастные группы (29—59 лет) и охват женщин скринингом приближался к 100%, смертность от РШМ снизилась за 20-летний период на 80%; в Финляндии и Швеции, где охват женщин скринингом был также очень высок, — на 50% и 34% соответственно. В Дании приблизительно 40% населения были охвачены скринингом, и смертность от РШМ снизилась на 25%. В то же время в Норвегии, где только 5% населения подвергались скринингу, смертность от РШМ снизилась лишь на 10% [25].

Выраженное различие в эффективности цитологического скрининга отмечено и в Великобритании. Лишь в одной области Шотландии (Grampian) имелось значительное уменьшение заболеваемости и смертности от РШМ (охват скринингом женского населения здесь составил 95%). Это резко контрастировало с результатами в остальной Англии, где скринингом было охвачено лишь 40% женщин [26].

Ситуация с заболеваемостью раком шейки матки в Казахстане развивается негативно, несмотря на наличие в стране действующей с 2008 г. государственной скрининговой программы по раннему выявлению рака шейки матки [27].

По результатам исследования, проведенного КазНИИОиР в период с 2007-2016 гг. в Республике Казахстан было зарегистрировано 15265 новых случаев РШМ, а также 6382 случаев летального исхода женщин от данного заболевания. Анализ распространенности РШМ как в целом по республике, так и по регионам показал рост заболеваемости этой онкопатологией среди женского населения. Также за последние 5 лет имеется тенденция к «омоложению» РШМ. Возрастное распределение подтверждает необходимость усовершенствования скрининга и его усиление среди женщин репродуктивного возраста [28]. Республика Казахстан относится к странам с высокими показателями заболеваемости РШМ наряду с прибалтийскими странами, Российской Федерацией и соседними республиками Центральной Азии. Опубликованный анализ интенсивных и стандартизованных показателей заболеваемости РШМ свидетельствует об увеличении числа новых случаев заболевания в РК. В частности, за период с 2008 по 2017 годы отмечается тенденция роста заболеваемости с 8.0 до 10.3 на 100000 населения [29].

Согласно данным Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии охват скринингом РШМ в Республике Казахстан в период за 2008 по 2016 годы [30]:

1. В абсолютных показателях:

- наиболее высокое количество было в 2008 г. – 554283 и в 2012г.- 583638;
- наиболее низкие показатели в 2015 г. – 376552.

2. По данным регистра прикрепленного населения, в %:

- наиболее высокие показатели в 2012г – 76,8, в 2008г – 72,9;
- среднее количество выпало на 2014 г – 67,7;
- наиболее низкое количество в 2015г – 49,5, 2016г – 45,9.

В Казахстане показатель охвата для скрининга на РШМ составляет – 48–50 % [1,2,3]. Как и в других странах СНГ, отношение женщин к программам скрининга на РШМ характеризуется следующим: присутствуют страх перед возможностью выявления злокачественной опухоли, неуверенность в необходимости проведения обследования и равнодушие к своему здоровью. [31, 32] По данным отечественных исследований основными факторами, препятствующими к своевременному прохождению скрининга на выявление заболеваний шейки матки со стороны женщин, являются: низкая медицинская грамотность, отсутствие приверженности и доверия к эффективности проводимых профилактических скринингов, неинформированность о доступности, бесплатности и эффективности скрининга, занятость дома и на работе. Все перечисленные факторы, свидетельствующие о низкой ответственности женщин за свое здоровье, способствуют выявлению РШМ в запущенных стадиях, и к повышению смертности населения. [31]

Проведенный обзор данных литературы об эпидемиологии рака шейки матки в РК и в мире, о программе скрининга РШМ и ее охвате в РК и в мире,

влиянии различных факторов (в том числе, социально-демографических, психологических и поведенческих) на приверженность к прохождению скрининга РШМ, программе повышения приверженности к прохождению скрининга РШМ, позволил понять, что данная тема имеет особенно актуальное значение. Исследование в данной области поможет проанализировать причины низкой приверженности населения скринингу на РШМ в РК, что в свою очередь позволит разработать оптимальную, научно обоснованную концепцию повышения приверженности к скринингу рака шейки матки с последующим повышением уровня охвата целевой группы женщин (от 30 до 70 лет, не состоящих на учете

по РШМ). Приверженность населения к прохождению скрининга является основой успешной реализации программы скрининга.

Повышение приверженности требует потенциально значительных денежных затрат сверх тех, которые необходимы для предоставления прямых услуг программы здравоохранения. Понимание взаимосвязи между этими инвестициями и преимуществами более строгого соблюдения режима лечения важно при планировании программ здравоохранения. На этапе планирования необходимо искать альтернативы данным о населении для поддержки принятия решений и составления бюджета до их реализации. [33]

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖАТЫР МОЙНЫНЫ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЖӘНЕ ӘЛЕМДЕГІ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ. ХАЛЫҚТЫҢ ЖАТЫР МОЙНЫНЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНЕ АРНАЛҒАН СКРИНИНГ БАҒДАРЛАМАСЫН ҰСТАНУЫНЫҢ ҚАМТУ МЕН БАҒДАРЛАМАНЫҢ СӘТТІ ЖҮЗЕГЕ АСУЫНА ЫҚПАЛЫ

И.А. Жетписбаева, Ш.К. Сармұлдаева, Н.Е. Глушкова, Э.А. Федянина

1. «Қоғамдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі» Қазақ медициналық университеті
2. «С.Ж.Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті» коммерциялық емес акционерлік қоғамы
Қазақстан, Алматы

Қатерлі ісікті зерттеу жөніндегі халықаралық агенттіктің қатерлі ісік эпидемиологиясы жаһандық ресурсының деректеріне сәйкес жалпы дүниежүзілік құрылымда ЖМҚІ онкопатологиялары 5-ші дәрежелік орында тұр [4]. Қазақстанда әйелдердегі онкопатология құрылымында жатыр мойнының қатерлі ісігі сүт безінің қатерлі ісігінен кейін екінші орында тұр. Жыл сайын жатыр мойны қатерлі ісігінің шамамен 1700 жаңа оқиғасы және осы аурудан өлімге ұшыраудың шамамен 600 оқиғасы тіркеледі. ЖМҚІ-мен ауыратын адамдардың орташа жасы 40 пен 50 жас аралығында екенін, яғни ауру өмірдің ең әлеуметтік белсенді кезеңіне келетінін ескере отырып, ЖМҚІ-нің қоғамға қандай нұқсан келтіретінін елестету қиын емес [5]. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының жатыр мойны қатерлі ісігінің таралуы мәселесіне жіті назар аударғанының арқасында қазіргі кезде қатерлі ісік алды ауруларын және жатыр мойны қатерлі ісігінің преคลินิกалық формаларын ерте анықтауға бағытталған скринингтік бағдарламалар кеңінен енгізілген [5]. Скринингтің көптеген профилактикалық бағдарламалары бар тұрғындар топтарында соңғы 50 жыл ішінде жатыр мойнының қатерлі ісігінен өлімге ұшырау көрсеткішінің 50-75%-ға төмендегені байқалады. Алайда әдеби деректер бойынша, скрининг бағдарламалары тұрғындардың тиісті жастық топтарының 70%-ы және одан астам үлесі қатысса, тиімді болады, яғни қамту үлесі жоғары болуы және тұрғындар жатыр мойны қатерлі ісігінің скринингінен өтуге бейілді болуы тиіс [2,3].

Бейілділік дегеніміз – пациент мінез-құлқының дәрігердің медициналық қызметтер туралы ұсыныстарына сәйкестігі [1]. Жатыр мойнының қатерлі ісігімен ауыру және одан өлімге ұшырау көрсеткіштерін төмендетуге елеулі түрде әсер ету үшін жатыр мойны қатерлі ісігінің алдын алу және онымен ауыруды азайту бағдарламалары мақсатты жастағы, әсіресе маргиналданған топтарға (мысалы, шалғай аудандарда тұратын, әлеуметтік-экономикалық санаттардың төменгі қабаттарына) жататын әйелдерді қамтуы және олардың қолжетімділігін қамтамасыз етуі тиіс [6].

Түрлі елдерде әйелдердің ЖМҚІ скринингі бағдарламаларына қатысуы кеңінен зерттелген. Нәтижесінде қатысуға негізгі тосқауыл медициналық қызметтердің, солардың ішінде скринингтің жоғары құны және бұл қызметтер мемлекеттік бағдарламалар арқылы өтелмейтін елдерде медициналық сақтандырудың жоқтығы болып табылатыны анықталды [7,8,9]. Дамушы елдерде скрининг бағдарламаларына қатысуға негізгі кедергілер тиісті инфрақұрылымның жоқтығы және білікті медициналық персоналдың тапшылығы бо-

лып саналады [10,9]. Әлеуметтік-мәдени аспектілерге қызметтер туралы хабардарлықтың төмен деңгейі, скрининг процедурасынан және тесттің оң нәтижесінен қорқу, әлеуметтік стигматизация, ұялу және құпиялылықтың бұзылуы жатқызылады [11,9].

Қытайдың жатыр мойнының қатерлі ісігімен ауыру және одан өлімге ұшырау деңгейін төмендету бойынша өткен уақыттағы жетістіктері елеулі болды. Жатыр мойны қатерлі ісігінің анықталу жиілігі 1950-ші жылдардағы 100 000 әйелге 145 мәннен 1990-шы жылдардағы 100 000 әйелге 8,2 мәнне дейін төмендеді. Алайда 2003-2010 жж. аралығындағы деректерді салыстыру 21-ші ғасырда жатыр мойнының қатерлі ісігімен ауыру және одан қаза табу деңгейі жоғарылағанын көрсетеді. 2009-2010 жылдары аралығында білікті тіркелімдер саны мен тұрғындардың қамтылуы күрт артты. 2010 жылғы 145 тізіліммен (бұл тұрғындардың шамамен 11,9%-ын құрайды) салыстырғанда, 2009 ж. 72 білікті тіркелім (Қытай халқының шамамен 6,4%-ын қамтиды) болды. Бұған қоса, тізілім деректерінің сапасын жақсарту үшін 2010 жылы қатерлі ісікті тіркеу жүйесі, қалалар мен ауылдардағы тіркелімдердің теңдестірілген саны жан-жақты бағанды және бақыланды, тізілімдер бүкіл ел бойынша таратылды. Халықты қамту тез ұлғайғанымен, АҚШ-тың 96%-ына және Ұлыбританияның 100%-ға жуық көрсеткішіне қарағанда төмен деңгейде қалды. Шектеулі қамту көрсеткішімен қатар тіркеу деректерінің сапасы әлі де жақсартуды талап етеді. Қамтылған тұрғындардың төмен үлесі мен деректердің төмен сапасы жалпы көріністі түсінуге кедергі келтіреді; бұған қоса, нақты жағдайдан айтарлықтай артта қалады. Осы себептерге сүйене отырып, Қытайда 2009-2010 жж. Жатыр мойнының қатерлі ісігімен ауыру және ЖМҚІ-ден өлімге ұшырау көрсеткіштерінің күрт жоғарылауы қамтудың кеңеюіне және тіркелімнің сапалық деректеріне байланысты емес деп қорытынды жасауға болады [12].

Әлемдегі ең жоғары ЖМҚІ-мен ауыру және одан өлімге ұшырау деңгейі Малавиде: жас шамасы бойынша стандартталған көрсеткіш 100 000 тұрғынға сәйкесінше 75,9 және 49,8 мәндерін құрайды. Жауап ретінде Денсаулық сақтау министрлігі сірке қышқылымен визуалды тексеріс және криотерапияның көмегімен қатерлі ісік алды зақымдарының емі қолданылатын жатыр мойнының қатерлі ісігіне скрининг бағдарламасын әзірледі [13]. Жатыр мойнының қатерлі ісігіне скрининг жасау пунктеріне келген әйелдер арасында бастапқы келу, кейінгі келу және 2011-2015 жж. кезеңі ішінде одан әрі бақылау үшін зерттеу жүргізілді. Бұл зерттеудің негізгі нәтижелері жатыр мойнының қатерлі ісігіне скринингтен өткен әйелдер

санының 2011 жылы 15331 әйелден 2015 жылғы 49 301 әйелге дейін артқанын көрсетті. Жарамды тұрғындарды қамту (30–45 жастағы әйелдер, халықтың жалпы санының 6,74%, бағдарламаның мақсаты – 5 жылдан кейін 80% скринингтен өту көрсеткішіне қол жеткізу) 2011 жылы 9,3% болып, 2015 жылдың соңында 26,5%-ға дейін артты. Барлығы 145 015 әйел тексерілді, олардың 5,1%-ында және 4,3%-ында сірке қышқылына оң реакция байқалып, сәйкесінше қатерлі ісік қатері бар деген күдік болды. Криотерапия тағайындалған, вирустық инфекцияға оң реакциясы болған 7349 әйелдің 40,4%-ы ғана ем алды. Сірке қышқылы сынамасының оң көрсеткіші мен қатерлі ісік күдігінің таралуы сәйкесінше 5% және 4% деңгейінде қалды [14]. Зерттеу Малавидің сірке қышқылымен визуалды тексеріс қолданылатын жатыр мойнының қатерлі ісігіне скрининг жасау қызметтерінің ауқымын ойдағыдай кеңейткенін құжатпен растады. 2011–2015 жылдар кезеңінде жатыр мойнының қатерлі ісігіне скрининг жасау пункттерінің саны, скринингтен өткен әйелдер саны және жыл ішіндегі қамту 75-тен 130-ға дейін (жатыр мойны қатерлі ісігінің скринингін жасау пункттерінің саны), 15 331 әйелден – 49 301 әйелге дейін (скринингтен өткен әйелдер саны) және сәйкесінше (қамту) 9,3–26,5%-ға дейін артты [15, 16].

2014–2019 жж. аралығында Нигерия (47,4%) мен Оңтүстік Африка (26,3%) аумағында жүргізілген жүйелі шолудың деректері бойынша келесі нәтижелер байқалды: Араласқаннан кейін скринингпен қамту 1,7%-дан 99,2%-ға дейін ауытқыды, бұл ретте алты зерттеуде (31,6%) қамтудың >60%-ына қол жеткізіле отырып, скринингтің айтарлықтай жақсарғаны хабарланды.

Цервикальді скринингтің қамтуы көбінесе «бір кездері өткізілген скрининг» ($n=8$, 42,1%) немесе белгілі бір уақыт кезеңі ішіндегі, әдетте зерттеу кезеңі ішіндегі скрининг ($n = 7$, 36,8%) деп анықталған.

Жатыр мойнының қатерлі ісігі оқиғаларының ең жоғары көрсеткіштері Азия және Океания өңіріне келеді – дүние жүзіндегі оқиғалардың 50%-нан астам. Дегенмен жатыр мойнының қатерлі ісігі – қатерлі ісік алды түзілімдерді жан-жақты тексеру және одан әрі емдеу жолымен алдын алуға болатын азғана қатерлі ісік түрлерінің бірі. Өте ескі технология болып саналатын жатыр мойнының цитологиясы көмегімен скрининг жасау қамтуы кең және сапа кепілдігі бар кешенді бағдарламаларда қолданған кезде, жатыр мойнының қатерлі ісігінен өлімге ұшырауды және онымен ауыруды азайтуға мүмкіндік берді. Алайда бұл өңірдегі осындай бағдарламаларды жасаған елдердің ішінде көпшілігі оппортунистік болды, олардың қамтуы нашар немесе емдеу мекемелері анықталған зақымдар үшін барабар емес болды. Демек, олар қатерлі ісікпен ауырудың немесе одан өлімге ұшыраудың елеулі түрде азайғанын байқамады. Азиялық Океанияда жатыр мойнының қатерлі ісігімен ауырудағы және одан өлімге ұшыраудағы айырмашылықтар жақсы ұйымдастырылған, жақсы бақыланатын, тұрғындардың тиісті мақсатты тобын жақсы қамтитын жатыр мойны цитологиясының жоғары сапалы скринингі бағдарламаларының бар не жоқ болуына елеулі дәрежеде байланысты. Бұл елдердің ішінде, сондай-ақ елдер арасында халық экономикасындағы үлкен айырмашылыққа, мәдениеттердің (этникалық топтардың, дәстүрлердің, діндердің және ұлттардың) алуан түрлілігіне, ал кейбір елдерде әйелдердің құқықтарын мойындаудағы үлкен айырмашылықтарға елеулі дәрежеде байланысты [17].

2015 жылы Ресей гениталдық инфекциялар және

неоплазия қауымдастығының (РГИНК) бастамасымен «Онконемқұрайлық пен онкофобия арасындағы әртүрлі жастағы әйелдер» атты бүкілресейлік жоба басталды. Ресейдің 20 өңірінде жүргізілген сауалнаманың нәтижелері бойынша әйелдердің көп жағдайда өз денсаулығына немқұрайлы қарайтыны, дәрігерге сирек жүгінетіні және, сәйкесінше, скринингтік тексерістен сирек өтетіні туралы қорытынды жасалды [18]. Бұл фактілердің денсаулыққа оңтайлы көзқарасты – ақылға қонымды сақтық көзқарасын қалыптастыру жөніндегі тәжірибелік ұсыныстарды жетілдіру қажеттілігін анықтайтыны анық [19; 20]. Алынған деректер Ресейдің 32 өңірінде денсаулыққа деген сауатты, ақылға қонымды көзқарасты қалыптастыруға көмектесетін, пациенттер мен дәрігерлерге арналған білім беру жобасын әзірлеуге және ұсынуға мүмкіндік берді. Бірқатар қалада Онкопатрульге дәрігерлер ғана емес, пациенттер де тартылғаны аса маңызды, бұл болашақта семинарлардың көптеген қатысушылары мен олардың жақындарын өздерінің денсаулыққа деген көзқарасын ақылға қонымды сақтық жағына қарай қайта қарауға және скринингтік тексерістерден жүйелі түрде өтуге итермелейді [19; 21].

Жатыр мойнының қатерлі ісігі – Еуропада қоғамдық денсаулық сақтаудың маңызды проблемасы.

Еуропада жатыр мойнының қатерлі ісігімен ауырудың жалпы деңгейі 100 000 адамға 10,6 мәнін құрайды. Алайда Еуропаның ішінде ауыру көрсеткіштері айтарлықтай өзгеше болып келеді – алдын алу бағдарламалары жақсырақ дамыған Батыс Еуропада төменірек, ал Орталық және Шығыс Еуропада ауыру және өлімге ұшырау деңгейі әлдеқайда жоғарырақ, бұл ұйымдастырылған скринингтің қарқындылығына тығыз байланысты. Жатыр мойнының қатерлі ісігімен ауыру беталыстары көбінесе скринингтің қамтуы мен сапасын, сондай-ақ қауіп-қатер факторларына ұшырағыштықты көрсетеді [22]. Жатыр мойнының қатерлі ісігімен ауыру және одан өлімге ұшырау беталыстарына шолу ұйымдастырылған скринингтің қарқындылығымен тығыз корреляцияны көрсетті. Скринингтің сапасы мен қамту деңгейі жоғары болған жердегі тұрғындардың топтарында салынған күш-жігер жатыр мойнының инвазиялық қатерлі ісігінің жиілігін елеулі түрде азайтты [23].

Цервикальді қатерлі ісікке ұйымдастырылған скрининг бағдарламалары Еуропаның тоғыз елінде ғана (Дания, Финляндия, Исландия, Норвегия, Словения, Швеция, Нидерланд, Ұлыбритания және Италияның ірі өңірлері) бар. Скринингтік бағдарламалар Балтық елдерінде және Венгрияда енгізілуде. Басқа елдердің көпшілігінде скрининг оппортунистік болып қалуда және нақты әйелдің немесе оның дәрігерінің бастамасына тәуелді. Мұндай оппортунистік скринингке мыналар тән: скринингтен тым жиі өтетін тұрғындардың жеке топтарында жоғары қамту деңгейі; әлеуметтік-экономикалық тұрғыдан дамуы артта қалған тұрғындардың басқа топтарында төмен қамту деңгейі; және біркелкі емес сапа. Шығыс Еуропа елдеріндегі, Кавказ өңіріндегі және Орта Азия республикаларындағы скринингтің жағдайы туралы ақпарат аз, бірақ, жалпы алғанда, қамту мен сапа жеткіліксіз деп шамалауға болады [24].

Жалпы ұлттық бағдарламалар жастық топтардың барлығын дерлік (29–59 жас) қамтыған және әйелдердің скринингпен қамтылуы 100%-ға жақындаған Исландияда 20 жылдық кезең ішінде ЖМҚІ-ден өлімге ұшырау 80%-ға төмендеді; әйелдердің скринингпен қамтылуы

жоғары болған Финляндия мен Швецияда — сәйкесінше 50% және 34%-ға төмендеді. Данияда тұрғындардың шамамен 40% -ы скринингпен қамтылды, және ЖМҚІ-ден өлімге ұшырау көрсеткіші 25%-ға төмендеді. Ал тұрғындарының тек 5%-ы скринингтен өткен Норвегияда ЖМҚІ-ден өлімге ұшырау көрсеткіші 10%-ға ғана төмендеді [25].

Цитологиялық скрининг тиімділігіндегі айқын айырмашылық Ұлыбританияда да байқалды. Шотландияның бір облысында ғана (6^atr^ap) ЖМҚІ-мен ауыру және одан өлімге ұшырау көрсеткішінің елеулі түрде төмендеген (мұнда әйелдердің скринингпен қамтылуы 95%-ды құрды). Бұл әйелдердің 40%-ы ғана скринингпен қамтылған Англияның қалған жерлерінің нәтижелерінен айрықша болды [26].

Қазақстанда 2008 ж. бері жатыр мойнының қатерлі ісігін ерте анықтаудың қолданыстағы мемлекеттік скринингтік бағдарламасы бар болғанына қарамастан, елімізде жатыр мойнының қатерлі ісігімен ауыру жағдайы теріс дамып келеді [27].

ҚазОжРҒЗИ жүргізген зерттеудің нәтижелері бойынша 2007-2016 жж. Қазақстан Республикасында ЖМҚІ-нің 15265 жаңа оқиғасы, сондай-ақ әйелдердің осы аурудан өлімге ұшырауының 6382 оқиғасы тіркелді. ЖМҚІ-нің тұтас республика бойынша да, жеке өңірлер бойынша да таралуын талдау әйелдердің арасында осы онкопатологиямен ауырудың өсуін көрсетті. Сонымен бірге соңғы 5 жыл ішінде ЖМҚІ-нің «жасару» беталысы бар. Жастық таралу скринингі жетілдіру және репродуктивті жастағы әйелдер арасында оны күшейту қажеттілігін растайды [28]. Қазақстан Республикасы Балтық маңындағы елдермен, Ресей Федерациясымен және Орталық Азиядағы көршілес республикалармен қатар ЖМҚІ-мен ауыру көрсеткіштері жоғары елдерге жатады. ЖМҚІ-мен ауырудың қарқынды және стандартталған көрсеткіштерінің жарияланған талдауы ҚР-да ауырудың жаңа оқиғалары санының артқанын куәландырады. Атап айтқанда, 2008-2017 жылдар аралығындағы кезең ішінде ауырудың 100000 тұрғынға 8.0-ден 10.3-ке дейін өсу беталысы байқалған [29].

Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институтының деректеріне сәйкес Қазақстан Республикасында 2008-2016 жылдар ішіндегі кезеңде ЖМҚІ скринингімен қамту мынадай болды [30]:

1. Абсолют көрсеткіштерде:

- ең жоғары саны 2008 жылы – 554283 және 2012 ж. – 583638;
- ең төмен көрсеткіштер 2015 ж. – 376552.

2. Бекітілген тұрғындар тіркелімінің деректері бойынша, %-бен:

- ең жоғары көрсеткіштер 2012 ж. – 76,8, 2008 ж. – 72,9;
- орташа саны 2014 ж. болды – 67,7;
- ең төмен саны 2015 ж. – 49,5, 2016 ж. – 45,9.

Қазақстанда ЖМҚІ скринингінің қамту көрсеткіштері 48-50%-ды құрайды [1,2,3]. ТМД-ның басқа елдеріндегідей, әйелдердің ЖМҚІ скринингі бағдарламаларына көзқарасы былайша сипатталады: қатерлі ісіктің анықталу мүмкіндігінен қорқу, тексерісті өткізу қажет екеніне сенімді болмау және өз денсаулығына деген немқұрайлық [31, 32]. Отандық зерттеулердің деректері бойынша әйелдер тарапынан жатыр мойнының ауруларын анықтауға бағытталған скринингтен уақытылы өтуіне кедергі келтіретін негізгі факторлар мынадай: төмен медициналық сауаттылық, өткізілетін

профилактикалық скринингтердің тиімділігіне бейілділік пен сенімнің жоқтығы, скринингтің қолжетімділігі, тегін болуы және тиімділігі туралы хабардар болмау, үйде немесе жұмыста бос болмау. Әйелдердің өз денсаулығына деген төмен жауапкершілігін куәландыратын аталмыш факторлардың барлығы ЖМҚІ-нің асқынған сатыда анықталуына және тұрғындар өлім-жітімінің артуына әкеледі [31].

Жатыр мойны қатерлі ісігінің ҚР-дағы және әлемдегі эпидемиологиясы туралы, ЖМҚІ скринингі бағдарламасы және оның ҚР-дағы және әлемдегі қамту деңгейі, ЖМҚІ скринингінен өтуге бейілділікке түрлі (солардың ішінде әлеуметтік-демографиялық, психологиялық және мінез-құлықтық) факторлардың әсері, ЖМҚІ скринингінен өтуге бейілділікті арттыру бағдарламасы туралы әдеби деректерге жасалған шолу бұл тақырыптың аса өзекті мәнге ие екенін түсінуге мүмкіндік берді. Осы саладағы зерттеу ҚР-дағы тұрғындардың ЖМҚІ скринингіне бейілділігінің төмен болу себептерін талдауға көмектеседі, бұл, өз кезегінде, әйелдердің мақсатты тобын (ЖМҚІ бойынша есепте тұрмаған 30-70 жас аралығындағы) қамту деңгейін көтере отырып, жатыр мойны қатерлі ісігінің скринингіне бейілділікті арттырудың оңтайлы, ғылыми негізделген тұжырымдамасын әзірлеуге мүмкіндік береді. Халықтың скринингтен өтуге бейілділігі скрининг бағдарламасын табысты жүзеге асырудың негізі болып табылады.

Бейілділікті арттыру денсаулық сақтау бағдарламасының тікелей қызметтерін көрсетуге қажет ақшалай шығындардан астам ықтимал елеулі шығындарды талап етеді. Осы инвестициялар мен емдеу режимін қатаңырақ сақтау артықшылықтары арасындағы өзара байланысты түсіну денсаулық сақтау бағдарламаларын жоспарлаған кезде маңызды болып келеді. Жоспарлау кезеңінде шешімдердің қабылдануын қолдау және оларды жүзеге асыруға дейін бюджетті құру үшін тұрғындар туралы деректердің баламаларын іздеу қажет [33].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Dannyye Vsemirnoy organizatsii zdavoohraneniya. Skringing na rak sheyki matki (<https://www.who.int/cancer/detection/cytologyscreen/ru/>)
2. Shalabekova M.T., Kudaybergenova T.A. Vestnik Almatinskogo gosudarstvennogo instituta usovershenstvovaniya vrachey. 2018; 3: 67–75
3. Bekmuhambetov E.Zh., Balmagambetova S.K., Zhyilkaydarova A.Zh. Onkologiya i radiologiya Kazahstana. 2017; 2(44): 30-33
4. Amerikanskoe onkologicheskoe obschestvo . Globalnyie faktyi i tsifryi o rake. 2-e izd. (<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027766.pdf>. Accessed 10 iyunya, 2016
5. Dannyye Kazahsko nauchno-issledovatel'skogo instituta onkologii i radiologii (<https://onco.kz/skrining-na-ranee-vyyavlenie-raka-molochnoj-zhelezy>)
6. YuNFPA «Kompleksnyie programmyi profilaktiki i snizheniya zabolevaemosti rakom sheyki matki Rukovodstvo dlya gosudarstv», Fevral 2011 g
7. Gintsburg O.M. Borba s rakom molochnoj zhelezyi i sheyki matki v stranah s nizkim i srednim urovnem dohoda: prava cheloveka sootvetstvuyut razumnoy politike zdavoohraneniya. Politika J Canc. 2013; 1(3–4): e35e41.
8. Uolsh B., Sills M., O'Neyl C. Rol chastnogo meditsinskogo strahovaniya v sotsialno-ekonomicheskom neravenstve pri skringinge raka v Irlandii. Ekon. Zdorovya. 2012; 21: 1250–1256.
9. Shamsutdinova A.G., Turdalieva B.A., Ramazanova B.A., Beltenova A.G. Sibirskiy onkologicheskii zhurnal. 2020; 19(4): 7–23
10. Lim D.U., Oyo A.A. Eur J Cancer Care. 2017; 26(1): e12444.
11. Marlow L.V., Wardle J., Waller J. BJC. 2015; 113: 833–839.
12. Review of the cervical cancer burden and population-based cervical cancer screening in China
13. Ferley Dzh., Surdzhomataram I., Ervik M., Dikshit R., Ezer S., Mazer K., Rebelo M., Parkin D. M., Forman D., Brey F. GLOBOCAN 2012 v1. Onkologicheskaya baza MAIR # 11, Lion : Mezhdunarodnoe agentstvo po izucheniyu raka; 2014 g.
14. Kelias Firi Msyamboza 1 2, Twambilire Phiri 3, Uesli Sihali 4, Villi Kvenda 5, Fanni Kachale BMC Public Health. 2016 17 avgusta; 16 (1): 806. DOI: 10.1186 / s12889-016-3530-u.
15. Atashili J, Smith JS, Adimora AA, Eron J, Miller WC, Myers E. PLoS One. 2011;6(4), e18527. 11.
16. Li R, Lewkowitz AK, Zhao FH, Zhou Q, Hu SY, Qiu H, Zhang Y, Jiang HW, Zhang JS, Li M, Tong SM, Zhang QY, Qiao YL. Arch Gynecol Obstet. 2012;285(6):1627–32.
17. Syuzanna M. Garland , Nirdzha Bhatla i Hekstan I.S. Ngan DOI: 10.1158 / 1055-9965.EPI-12-0164 sentyabr 2012g.
18. Rogovskaya S. I., Mashovets S. P., Moskvina N. B. [i dr.] Doktor.Ru. 2016 # 8 (125) — # 9 (126). S. 6–10.
19. Радзинский В.Е. Слово главного редактора // Status Praesens. 2017.- N2(38).- C.10.
20. Rogovskaya S. I., Gerasimenko M. Yu., Mashovets SP [i dr.] Rossiysko-kitayskiy nauchnyiy zhurnal «Sodruzhestvo» 2016. # 5 (5) S.29-35.
21. Perova M. Izdatelskiy dom «Uromedia». 2016. # 2. S.6-14
22. Vesna Keshich , Mario Polyak i Svetlana Rogovskaya DOI: 10.1158 / 1055-9965.EPI-12-0181, sentyabr 2012 g.
23. Mezhdunarodnoe agentstvo po izucheniyu raka. Skringing raka sheyki matki. V: Spravochniki MAIR po profilaktike raka . Vol . 10. Lion, Frantsiya : IARC Press ; 2005 . p. 1 – 302.
24. Marc Arbyn Evropeyskiy zhurnal po seksualnomu i reproduktivnomu zdorovyu No.64 – 2007
25. Aymon P. Cervical cancer screening: some evidence coming from the north // Cancer J- 1987- 1- P.342.
26. Coleman D.V. The dynamics of the cervical screening programme // Experts' Conference of 2nd International Congress of Papillomavirus in Human Pathology/ Ed. by J. Monsonego- Paris- EUROGIN Sci. Publ.- 1994- P.21-25.
27. Sh. Nurgaziev Rannaya diagnostika raka sheyki matki na urovne pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoschi. Tsitologicheskii skringing. Metodicheskie rekomendatsii. Almatyi: 2012. 364 s.
28. D.R. Kaydarova, M.R. Kayrbaeva, R.O. Bolatbekova «Epidemiologiya Raka Sheyki Matki v Respublike Kazahstan Za 10 let», 2017g.
29. Kaydarova D.R., Kayrbaev M.R., Bolatbekova R.O. Onkologiya i radiologiya Kazakhstana. – 2017. - # 43 (1). – S. 7-11.
30. Kaydarova D.R. Opyt skringinga raka sheyki matki v respublike Kazahstan. EURASIAN CANCER SCREENING CONFERENCE, 2018g
31. Kasyimova G.P., Shalkarbaeva N.Zh. Vestnik KazNMU. 2015; 3: 107–108.
32. Shalgumbaeva G.M., Sagidullina G.G., Sandyibaev M.N., Musahanova A.K., Semenova L.M., Kaydarova S.B., Slyamhanova N.S., Adieva M.K., Zhumyirbaeva N.A., Sadyibekova Zh.T. Nauka i zdavoohranenie. 2014; 2: 55
33. Goldhaber-Fiebert JD, Denny LA, De Souza M, Kuhn L, Goldie SJ (2009). PLoS ONE 4 (5): e5691. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005691>

SUMMARY

**CERVICAL CANCER'S EPIDEMIOLOGY IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN
AND IN THE WORLD.
IMPACT OF POPULATION ADHERENCE ON COVERAGE AND SUCCESS OF
CERVICAL CANCER SCREENING PROGRAMS**

I.A. Zhetpisbayeva, Sh.K. Sarmuldayeva, N.E. Glushkova, E.A. Fedyanina

1. КМУ«KSPH»,
2. KazNMU named S.D.Asfendiyarov
Kazakhstan, Almaty

For many years, the problem of the prevalence of cervical cancer has been one of the most pressing for public health in most countries of the world. Despite the increasing number of screening programs, cervical cancer is still one of the most common sites of malignant neoplasms of the female reproductive system. Screening programs are effective if they involve 70% or more of the population in the appropriate age groups. In Kazakhstan, this figure for cervical cancer screening is 48–50%. [1,2,3]

Key words: *cervical cancer; screening, adherence, coverage.*