

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-02-09>

Клинико-эпидемиологические особенности рака тела матки

Т. Клинышкова, доктор медицинских наук, профессор
Омский государственный медицинский университет
E-mail: klin_tatyana@mail.ru

Злокачественные новообразования органов репродуктивной системы доминируют в структуре онкологической заболеваемости женщин в РФ. В структуре онкогинекологических заболеваний лидирует рак тела матки (РТМ).

Цель исследования. Анализ динамики заболеваемости РТМ в Омской области в сравнении с данными по РФ за период 2002–2018 гг. для определения приоритетов онкопрофилактики.

Материал и методы. Проведено сплошное описательное наблюдательное ретроспективное эпидемиологическое исследование заболеваемости РТМ с использованием официальных статистических данных.

Результаты. Отмечена умеренная тенденция к росту заболеваемости РТМ в регионе ($T_{nc}=+1,8\%$; $p<0,001$) и по РФ ($T_{nc}=+1,7\%$; $p<0,001$). Максимальную долю составили женщины 60–69 лет (32,3%). Установлена умеренная тенденция к росту РТМ среди женщин 30–39 лет, причем в группе женщин 35–39 лет отмечена выраженная тенденция к росту заболеваемости ($T_{nc}=+5,6\%$; $p<0,05$). Представлены эпидемиологические особенности РТМ в сравнении с раком шейки матки в регионе: рост заболеваемости при РТМ ($T_{nc}=+1,8\%$) и стабильность показателя при раке шейки матки ($T_{nc}=+0,05\%$), тенденция к «омоложению» обеих локализаций рака.

Заключение. В Омской области установлен однонаправленный с РФ рост заболеваемости РТМ, тенденция к «омоложению» заболевания, что диктует необходимость проведения онкопрофилактики в практике врача акушера-гинеколога.

Ключевые слова: акушерство и гинекология, онкология, рак тела матки, заболеваемость, возраст, эпидемиологическое исследование, Омская область.

Для цитирования: Клинышкова Т. Клинико-эпидемиологические особенности рака тела матки // Врач. – 2020; 31 (2): 41–44. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-02-09>

Эпидемиологические исследования в области предрака и рака гениталий у женщин занимают важнейшее место среди работ по изучению онкологических заболеваний как в мире в целом, так и в Российской Федерации (РФ) и ее регионах [1–4]. Установлено, что в структуре онкологической заболеваемости женщин в РФ лидируют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (39,2%); при этом доля опухолей половых органов составляет 18,2% всех злокачественных новообразований у женщин [1]. По данным 2017 г., рак тела матки (РТМ) находится в России на 3-м месте (7,8%) в структуре онкологической

патологии женщин после рака молочной железы (21,1%) и новообразований кожи (16,6%).

В структуре онкогинекологических заболеваний РТМ лидирует. Рост распространенности РТМ в РФ иллюстрируют следующие данные: в 2008 г. этот показатель составлял 128,6⁰/₀₀₀₀, в 2017 г. – 175,5⁰/₀₀₀₀ на 100 тыс. женского населения. Наряду с ростом распространенности зафиксирован также рост заболеваемости РТМ в РФ: в 2007 г. – 24,0⁰/₀₀₀₀, в 2017 г. – 33,1⁰/₀₀₀₀ на 100 тыс. женщин. Прирост заболеваемости РТМ за 2007–2017 гг. достиг 39,6%. Средний возраст пациенток, заболевших РТМ, составил 62,9 года.

По данным ВОЗ (International Agency for Research on Cancer – IARC), в 2018 г. заболеваемость РТМ в мире в целом составила 10,1 на 100 тыс. женщин, во Франции – 31,9, в Новой Зеландии – 27,9 [2].

Для определения приоритетов онкопрофилактики авторами проанализирована динамика заболеваемости РТМ в Омской области в сравнении с данными по РФ за 2002–2018 гг.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено сплошное описательное наблюдательное ретроспективное эпидемиологическое исследование заболеваемости РТМ за 2002–2017 гг. с использованием официальных статистических данных Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена – филиала Национального медицинского исследовательского центра радиологии Минздрава России, официальных отчетных форм Клинического онкологического диспансера (отчетные формы №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями», №35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями»). Детальные данные о возрастной структуре заболевших проанализированы за период 2009–2018 гг.

Статистический анализ осуществлялся с использованием возможностей Microsoft Excel. В соответствии с алгоритмом описательного наблюдательного эпидемиологического исследования рассчитаны интен-

сивные и экстенсивные показатели, их стандартные ошибки (Власов В.В., – Эпидемиология, 2004). Анализ динамических рядов показателей проводился с выравниванием методом наименьших квадратов и расчетом показателей темпа прироста (снижения), выраженных в процентах. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ динамики заболеваемости РТМ в Омской области проводился в сравнении с данными по РФ за 2002–2017 гг. На протяжении всего периода наблюдения РТМ лидировал среди других локализаций рака гениталий (см. таблицу). Показатели заболеваемости раком шейки матки (РШМ) и раком яичников в Омской области были стабильными, тогда как в целом в РФ отмечалась значимая тенденция к их росту.

Заболеваемость РТМ в РФ находилась в диапазоне от 20,1 в 2002 г. до 33,1 на 100 тыс. женщин в 2017 г., в Омской области соответственно – от 17,5 до 31,9 ($p < 0,001$; рис. 1). В Омской области отмечалась умеренная тенденция к росту заболеваемости РТМ ($T_{\text{н/с}} = 1,8\%$; $p < 0,001$), как и в РФ ($T_{\text{н/с}} = 1,7\%$; $p < 0,001$). По материалам предыдущих исследований темп прироста заболеваемости РТМ был выше такового при РШМ (1,8% против 0,05%) [5].

В целом за период наблюдения показатели заболеваемости в Омском регионе были несколько ниже среднероссийских (соответственно $23,2 \pm 0,4$ и $26,0 \pm 0,04$ ⁰/₀₀₀₀; $p < 0,001$), однако в последние годы фактически стали сопоставимы. В 2018 г. показатель заболеваемости РТМ в Омской области вырос до 35,1 на 100 тыс. женщин, достигнув максимума.

Возрастная структура заболевших РТМ не имела существенных различий в Омской области и РФ ($p > 0,05$). Максимальную долю больных составили женщины 60–69 лет (32,3%), далее в порядке убывания: женщины 50–59 лет (31,2%), не моложе 70 лет (23,4%), 40–49 лет (10,5%), 30–39 лет (2,3%), 20–29 лет (0,34%); рис. 2. Об-

Заболеваемость раком женских половых органов в Омской области и РФ (2002-2017 гг.; на 100 тыс. женского населения)

Нозологическая форма	Терр.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	СМП	$m_{\text{СМП}}$	$T_{\text{н/с}}$, %	p
РТМ	РФ	20,1	20,9	21,2	21,9	22,5	24,0	24,6	25,7	25,9	27,1	27,7	28,9	30,1	31,1	31,9	33,1	26,04	0,04	1,67	<0,001
	ОО	17,5	21,1	20,3	19,4	20,1	21,8	16,5	22,7	24,3	20,7	20,9	27,9	27,3	29,1	30,0	31,9	23,92	0,36	1,78	<0,001
РШМ	РФ	15,9	16,1	19,9	16,6	16,9	17,6	18,1	18,8	19,3	19,3	19,6	20,0	20,6	21,3	21,9	22,3	19,01	0,04	1,00	<0,001
	ОО	20,8	21,3	17,7	21,7	19,2	19,4	17,6	19,2	17,6	19,7	17,6	20,3	19,1	23,5	19,7	22,5	20,06	0,33	0,15	>0,05
Рак яичников	РФ	15,4	15,9	15,6	15,8	16,2	16,5	16,7	16,8	17,2	16,9	16,8	17,2	17,4	17,9	17,8	18,5	16,79	0,04	0,53	<0,001
	ОО	20,0	15,8	16,8	17,3	16,8	17,5	16,4	17,6	14,6	19,6	16,5	16,5	17,2	18,6	21,2	20,2	17,79	0,31	0,38	>0,05

Примечание. Терр. – территория; ОО – Омская область; СМП – среднемноголетний показатель; $m_{\text{СМП}}$ – стандартная ошибка среднемноголетнего показателя; $T_{\text{н/с}}$ (%) – темп прироста/снижения; p – статистическая значимость рассчитанного темпа прироста/снижения.

ращает на себя внимание умеренная тенденция к росту заболеваемости РТМ за период 2009–2018 гг. женщин репродуктивного возраста; некоторые пациентки не выполнили свою репродуктивную функцию. В частности, наблюдался рост заболеваемости в группе женщин 30–39 лет, причем у женщин 35–39 лет отмечена выраженная тенденция к росту заболеваемости ($T_{n/c}=5,6\%$; $p<0,05$).

По материалам предыдущих исследований была установлена аналогичная тенденция к омоложению РШМ, но наиболее уязвимой явилась возрастная группа 50–54 года как в Омской области, так и в РФ [5].

Повозрастные показатели заболеваемости РТМ женщин в Омской области представлены на рис. 3. Определены следующие возрастные группы риска: 35–39 лет (выраженный прирост показателей), 45–49 лет (существенный прирост в сравнении с предыдущей возрастной группой) и 60–69 лет (максимальные показатели). При сравнении повозрастных показателей заболеваемости женского населения Омской области с таковым в среднем в РФ существенных различий не выявлено ($p>0,05$).

Важно отметить, что при стандартизации показателей заболеваемости (использован мировой стандарт возрастной структуры женского населения) показатель заболеваемости в Омской области оказался несколько выше среднероссийского – соответственно $22,17\pm 0,35$ и $21,80\pm 0,04$; $p>0,05$).

Итак, проводя параллели с заболеваемостью РШМ, можно заключить, что для региона характерны рост заболеваемости РТМ ($T_{n/c}=1,8\%$) и стабильность показателя РШМ ($T_{n/c}=0,05\%$); наиболее уязвимой в отношении РТМ явилась группа пациенток 60–69 и 50–54 лет; характерна также тенденция к «омоложению» рака обеих локализаций.

Относительное улучшение ситуации по РШМ (рак видимой локализации) можно объяснить внедрением в последние годы цервикального скрининга с тестированием на вирус папилломы человека (ВПЧ) и проведением этиотропной терапии в случае выявления папилломавирусной инфекции, что способствовало снижению в Омской области показателя запущенности РШМ (с 52,7% – в 2001 г. до 40,6% – в 2016 г.; $p<0,001$), а также вакцинацией против ВПЧ высокого риска. Различия канцерогенеза шейки и тела матки (инфекционный – при РШМ и гормональный – при РТМ), а также наличие цервикального скрининга при РШМ объясняют возрастные особенности выявления рака этих локализаций. В то же время ранняя выявляемость РТМ (I–II стадия) за последние 5 лет достаточно высока (в пределах 81,7–81,8% по отношению к частоте выявления рака гениталий и молочных желез у женщин). Вероятно, это можно объяснить ранней манифестацией заболевания и активным обращением к гинекологу, а также широким внедрением в гинекологическую практику 3D-УЗИ органов малого таза и гистероскопии. В то же время рост заболеваемости РТМ на фоне стабильности показателя ранней его выявляемости расширяет диапазон поиска его причин.

Полученные данные объясняют необходимость усовершенствования программы канцеропревенции с учетом состояния эндометрия. В подавляющем боль-

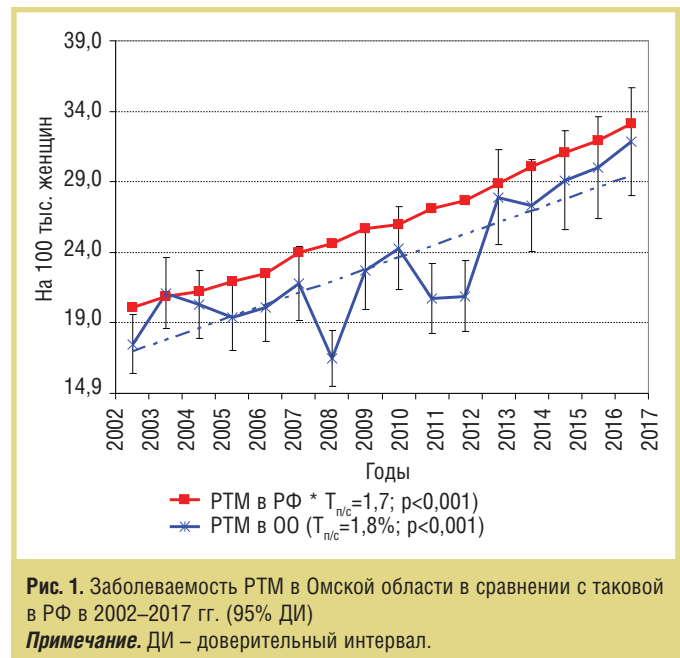


Рис. 1. Заболеваемость РТМ в Омской области в сравнении с таковой в РФ в 2002–2017 гг. (95% ДИ)

Примечание. ДИ – доверительный интервал.

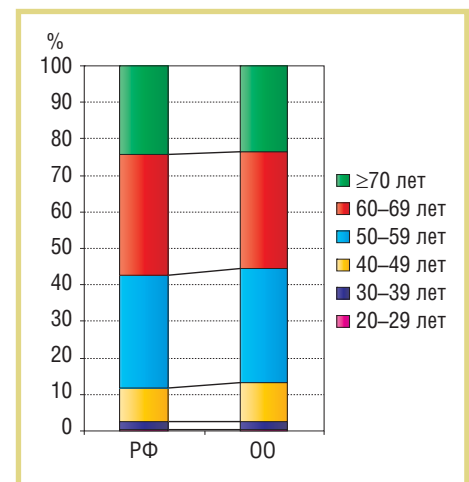


Рис. 2. Возрастная структура пациенток, заболевших РТМ, в Омской области и РФ

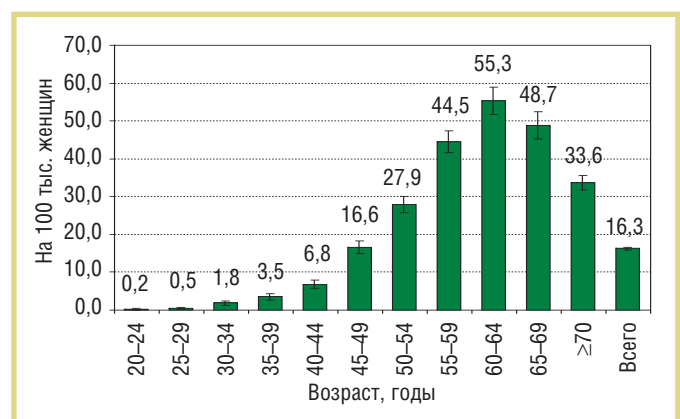


Рис. 3. Повозрастные показатели заболеваемости РТМ женского населения Омской области в 2009–2018 гг. (95% ДИ)

шинстве случаев в структуре РТМ заболевших женщин доминировала эндометриальная карцинома. Онкопрофилактика должна быть направлена на выделение групп высокого онкологического риска (в частности, среди пациенток с доброкачественными пролиферативными процессами эндометрия). Возможные причины формирования предрака эндометрия:

- неадекватное обследование и неадекватная терапия рецидивирующих аномальных маточных кровотечений;
- неадекватное гормональное лечение пациенток с гиперплазией эндометрия (ГЭ) без атипии (<6 мес), приводящее к прогрессированию ГЭ;
- пренебрежение гистологическим контролем состояния эндометрия после завершения лечения и ограничение диагностики УЗ-контролем;
- отсутствие профилактических курсов гормонотерапии при ГЭ без атипии (рекомендуется гормонотерапия на протяжении периода до 2 лет) после завершения основного курса лечения для профилактики рецидивирования заболевания;
- ожирение;
- отсутствие профилактических осмотров пациенток в постменопаузе (контроль толщины эндометрия по данным УЗИ);
- нарушение алгоритма обследования пациенток, использующих менопаузальную гормонотерапию;
- бесконтрольная менопаузальная гормонотерапия [6–12].

Адекватную терапию, грамотную профилактику, строгий контроль состояния эндометрия можно рассматривать в качестве мер предупреждения РТМ.

Таким образом, РТМ лидирует в структуре онкогинекологических заболеваний в РФ и Омской области. В Омской области за период 2002–2018 гг. заболеваемость РТМ на 100 тыс. женщин возросла с 17,5 в 2002 г. до 35,1 в 2018 г. ($T_{n/c}=1,8\%$; $p<0,001$). Установлена тенденция к «омоложению» заболеваемости РТМ ($T_{n/c}=5,6\%$ в группе женщин 35–39 лет; $p<0,05$). Это диктует необходимость проведения врачом акушером-гинекологом онкопрофилактики с учетом групп онкологического риска и стандартизации подходов при пролиферативных заболеваниях эндометрия.

Автор выражает благодарность профессору Д.В. Турчанинову.

Литература/Reference

1. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой / М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. илл. 250 с. [Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2017 godu (zabolevaemost' i smertnost') Pod red. A.D. Kaprina, V.V. Starinskogo, G.V. Petrovoi / M.: MNIIOI im. P.A. Gertsena – filial FGBU «NMITs radiologii» Minzdrava Rossii, 2018. ill. 250 s. (in Russ.)].
2. Cancer Today – IARC, World Health Organization: GLOBOCAN 2018. URL: <https://gco.iarc.fr/today/home>

3. Клинышкова Т.В., Турчанинов Д.В., Самосудова И.Б. Эпидемиологические аспекты цервикального предрака у женского населения г. Омска (по материалам выборочного исследования) // Росс. вестн. акушера-гинеколога. – 2013; 4: 13–7 [Klinyshkova T.V., Turchaninov D.V., Samosudova I.B. Epidemiological aspects of cervical pre-cancer in the female population of the city of Omsk (according to the materials of the sample studies) // Ross. Bull. of obstetrician-gynecologist. – 2013; 4: 13–7 (in Russ.)].

4. Думановская М.П., Чернуха Г.Е., Асатурова А. В. и др. Частота выявления и структура гиперплазии эндометрия в различные возрастные периоды // Акушерство и гинекология. – 2015; 3: 40–4 [Dumanovskaya M.P., Chernukha G.Ye., Asaturova A. V. et al. The frequency of detection and structure of endometrial hyperplasia in different age periods // Obstetrics and gynecology. – 2015; 3: 40–4 (in Russ.)]

5. Клинышкова Т.В., Турчанинов Д.В., Буян М.С. Эпидемиологические аспекты рака шейки матки в Омской области // Акушерство и гинекология. – 2018; 3: 102–8 [Klinyshkova T.V., Turchaninov D.V., Buyan M.S. Epidemiological aspects of cervical cancer in Omsk region // Obstetrics and gynecology. – 2018; 3: 102–8 (in Russ.)]

6. Marnach M., Butler K., Henry M. et al. Oral Progestogens Versus Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System for Treatment of Endometrial Intraepithelial Neoplasia // J. Wom. Health (Larchmt). – 2017; 26 (4): 368–73. DOI: 10.1089/jwh.2016.5774.

7. Gallos I., Shehmar M., Thangaratinam S. et al. Oral progestogens vs levonorgestrel-releasing intrauterine system for endometrial hyperplasia: a systematic review and metaanalysis. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010; 203 (6): 547.e1-10. DOI: 10.1016/j.ajog.2010.07.037.

8. Gallos I., Krishan P., Shehmar M. et al. LNG-IUS versus oral progestogen treatment for endometrial hyperplasia: a long-term comparative cohort study. // Hum. Reprod. – 2013; 28 (11): 2966–71. DOI: 10.1093/humrep/det320.

9. Management of Endometrial Hyperplasia. Green-top Guideline No. 67 RCOG/BSGE Joint Guideline February 2016. URL: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg_67_endometrial_hyperplasia.pdf

10. Orbo A., Arnes M., Vereide A. et al. Relapse risk of endometrial hyperplasia after treatment with the levonorgestrel-impregnated intrauterine system or oral progestogens // BJOG. – 2016; 123 (9): 1512–9. DOI: 10.1111/1471-0528.13763.

11. Тихомиров А.Л. Обоснование использования комбинированных оральных контрацептивов для профилактики рецидивов типичных гиперплазий эндометрия // Гинекология. – 2018; 20 (4): 26–8 [Tikhomirov A.L. Rationale for the use of combined oral contraceptives for the prevention of recurrence of typical endometrial hyperplasia // Gynecology. – 2018; 20 (4): 26–8 (in Russ.)].

12. Гиперпластические процессы эндометрия. Гинекология. Национальное руководство / М.: 2017; с. 303–8 [Giperplasticheskie protsessy endometriya. Ginekologiya. Natsional'noe rukovodstvo / M.: 2017; s. 303–8 (in Russ.)].

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF CORPUS UTERI CANCER

Professor T. Klinyshkova, MD
Omsk State Medical University

Introduction. Malignant neoplasms of the reproductive system dominate the structure of cancer incidence in women in the Russian Federation. In the structure of oncogynecological diseases, uterine body cancer (UBC) leads the way.

The purpose of the study: to analyze the dynamics of UBC incidence in the Omsk region in comparison with data for the Russian Federation for the period 2002–2018 to determine the priorities of cancer prevention.

Results: there was a moderate tendency to increase the incidence of UBC in the region ($Rg. = +1.8\%$; $p<0.001$) and for the Russian Federation ($Rg. = +1.7\%$; $p<0.001$). The maximum percentage was 60–69 years old (32.3%). There was a moderate tendency to increase UBC among women 30–39 years old, and in the group of women 35–39 years old there was a pronounced tendency to increase the incidence ($Rg. = +5.6\%$; $p<0.05$). The article presents the epidemiological features of UBC in comparison with cervical cancer in the region: the increase in the incidence of UBC ($Rg. = +1.8\%$) and the stability of the indicator at cervical cancer ($Rg. = +0.05\%$), the tendency to rejuvenate both locations of cancer.

Conclusion: in the Omsk region, there is a unidirectional increase in the incidence of UBC with the Russian Federation, a tendency to «rejuvenate» the disease, which dictates the need for cancer prevention in the practice of an obstetrician-gynecologist.

Key words: obstetrics and gynecology; oncology; corpus uteri cancer; incidence; age, epidemiological study; Omsk Region.

For citation: Klinyshkova T. Clinical and epidemiological features of corpus uteri cancer // Vrach. – 2020; 31 (2): 41–44. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-02-09>