DOI: 10.33667/2078-5631-2020-4-59-62

Клинико-эпидемиологическое обоснование профилактики рака тела матки

Т. В. Клинышкова, д.м.н., проф., проф. кафедры

Кафедра акушерства и гинекологии ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск

Clinical and epidemiological rationale for prevention of uterus cancer

T. V. Klinyshkova

Omsk State Medical University, Omsk, Russia

Резюме

Введение. ***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 в 2002–2018 годах. 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 ($Т_{пр.}$ = +1,8%; p < 0,001) и по РФ ($Т_{пр.}$ = +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 ($Т_{пр.}$ = +5,6%; p < 0,050). Представлены эпидемиологические особенности РТМ в сравнении с раком шейки матки в регионе: рост заболеваемости при РТМ ($Т_{пр.}$ = +1,8%) и стабильность показателя при раке шейки матки ($Т_{пр.}$ = +0,050%), 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: ***рак тела матки, заболеваемость, возраст, эпидемиологическое исследование, Омская область.***

Summary

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 in 2002–2018 years to determine the priorities of cancer prevention.*** *Results.* ***There was a moderate tendency to increase the incidence of UBC in the region ($R_{g.}$ = +1.8%; p < 0.001) and for the Russian Federation ($R_{g.}$ = +1.7%; p < 0.001). The maximum percentage was among patients of 60–69 years old (32.3%). There was a moderate trend in increasing UBC among women of 30–39 years old, and in the group of women of 35–39 years old there was a distinct trend in increasing the incidence ($R_{g.}$ = +5.6%; p < 0.050). The article presents the epidemiological features of UBC in comparison with cervical cancer in the region: the increase in the incidence of UBC ($R_{g.}$. =+1.8%) and the stability of the indicator at cervical cancer ($R_{g.}$ = +0.050%), the trend to rejuvenate both locations of cancer.*** *Conclusion.* ***In Omsk Region, there is a unidirectional increase in the incidence of UBC with the Russian Federation, a trend in rejuvenating the disease, which dictates the need for cancer prevention in the practice of an obstetrician-gynecologist.***

Key words: ***uterine body cancer, incidence, age, epidemiological study, Omsk Region.***

Актуальность

Эпидемиологические исследования в области предрака и рака гениталий у женщин имеют приоритетное значение как во всем мире, так и в Российской Федерации и регионах [1, 2, 3, 4]. Установлено, что наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин в РФ имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (39,2%), при этом опухоли половых органов составляют 18,2% всех злокачественных новообразований у женщин [1]. По данным 2017 года, рак тела матки (РТМ) находится на третьем месте (7,8%) в структуре онкологической патологии у женщин в России 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 году этот показатель составлял 128,6$^{0}/_{0000}$, а в 2018-м – 180,5 на 100 тыс. женщин. Наряду с распространенностью зафиксирован также рост заболеваемости РТМ в РФ, который составил в 2007 году 24,0$^{0}/_{0000}$, в 2017-м – 33,1 на 100 тыс. женщин. Прирост заболеваемости РТМ в 2007–2017 годах достиг 39,6%. Средний возраст пациенток, заболевших РТМ в РФ, составил 62,9 года.

По данным ВОЗ, Международного агентства по изучению рака (International Agency for Research on Cancer, IARC), в 2018 году показатель заболеваемости РТМ в мире в целом составляет 10,1 случая на 100 тыс. женщин, показатель заболеваемости РТМ во Франции – 31,9, в Новой Зеландии – 27,9 на 100 тыс. женщин [2].

Перечисленное свидетельствует о чрезвычайной актуальности данной проблемы, состояние вопроса на региональном уровне требует уточнения.

Цель исследования – анализ динамики заболеваемости рака тела матки в Омской области (ОО) в сравнении с данными по РФ в 2002–2018 годах для определения приоритетов онкопрофилактики.

Материал и методы

Проведено сплошное описательное наблюдательное ретроспективное эпидемиологического исследование заболеваемости РТМ за 2002–2017 годы с использованием официальных статистических данных МНИОИ им. П. А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, официальных отчетных форм БУЗ ОО «Клинический онкологический диспансер» (отчетные формы № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями», № 35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями»). Детальные данные о возрастной

Таблица
Показатели заболеваемости раком женских половых органов в Омской области и Российской Федерации в 2002–2017 годах (на 100 тыс. женщин)

Нозоформа	Территория	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Сред. год	m ср. год.	Тпр.,%	p
Рак тела матки	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
Рак шейки матки	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	> 0,050
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	> 0,050

Примечание: РФ – Российская Федерация, ОО – Омская область, Сред. год – среднемноголетний показатель, m – стандартная ошибка среднего-дового показателя; Тпр. (%) – темп прироста/снижения, p – статистическая значимость рассчитанного темпа прироста (снижения).

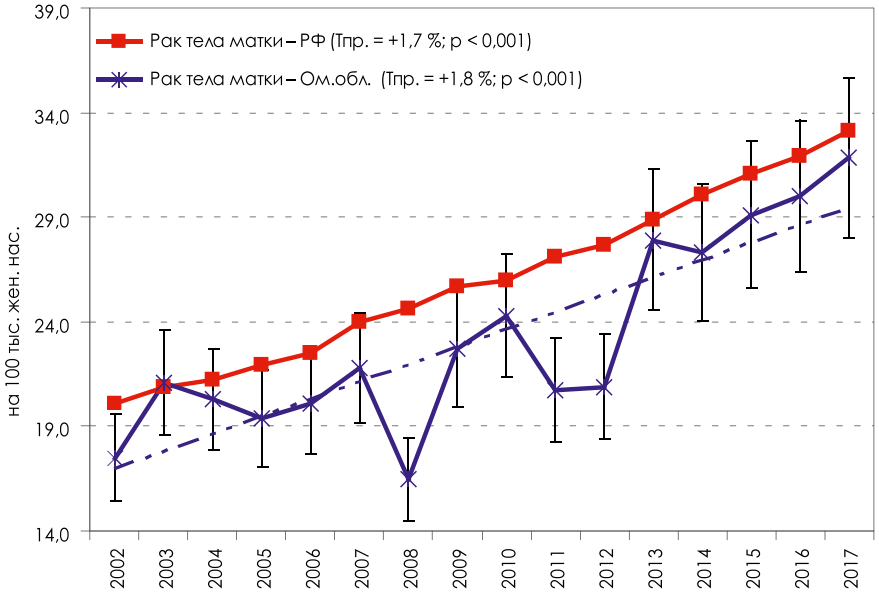


Рисунок 1. Заболеваемость раком тела матки в Омской области в сравнении с данными по Российской Федерации на 100 тыс. женщин (2002–2017 годы; указан 95%-ный доверительный интервал показателя).

структуре заболевших проанализированы за 2009–2018 годы.

Статистический анализ осуществлялся с использованием возможностей Microsoft Excel. В соответствии с алгоритмом описательного наблюдательного эпидемиологического исследования рассчитаны интенсивные и экстенсивные показатели, их стандартные ошибки (В. В. Власов, «Эпидемиология», 2004). Анализ динамических рядов показателей проводился с выравниванием методом наименьших квадратов и расчетом показателей темпа прироста (снижения), выраженным 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 (ОО) проводился в сравнении с данными по РФ за 2002–2017 годы. РТМ лидирует на протяжении всего периода наблюдения в сравнении с другими локализациями рака гениталий (табл. 1). Показатели заболеваемости раком шейки матки (РШМ) и раком яичников в Омской области были стабильными, тогда как по Российской Федерации отмечалась значимая тенденция к росту данных показателей.

Заболеваемость РТМ в РФ находилась в диапазоне от 20,1 в 2002 году до 33,1 на 100 тыс. женщин в 2017-м. Заболеваемость РТМ в ОО в 2002 году составила 17,5 на 100 тыс. женщин против 31,9 на 100 тыс. в 2017-м ($p < 0,001$; рис. 1). Отмечалась умеренная тенденция к росту заболеваемости РТМ (темп прироста $Т_{пр.} = +1,8\%$; $p < 0,001$), как и по РФ ($Т_{пр.} = +1,7\%$; $p < 0,001$). Сравнивая с раком шейки матки (по материалам предыдущих исследований), темп прироста заболеваемости РТМ был более высоким ($Т_{пр.} = +1,8\%$ против $Т_{пр.} = +0,05\%$ при РШМ) [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 сопоставимыми. В 2018 году показатель заболеваемости РТМ в ОО вырос до 35,1 случая на 100 тыс. женщин, достигнув максимума.

Возрастная структура заболевших РТМ не имела существенных различий в ОО и РФ ($p > 0,05$). Максимальную долю составили женщины 60–69 лет (32,3%), далее в порядке убывания – 50–59 (31,2%), 70 и более (23,4%), 40–49 (10,5%), 30–39 (2,3%), 20–29 (0,34%) лет (рис. 2). Обращает внимание умеренная тенденция к росту РТМ в 2009–2018 годах среди женщин репродуктивного возраста, некоторые

пациентки не выполнили репродуктивную функцию. В частности, наблюдался рост в группе 30–39 лет, причем в группе женщин 35–39 лет отмечена выраженная тенденция к росту заболеваемости ($T_{пр.}$ = +5,6%; p < 0,05).

Проводя сравнение с РШМ (по материалам предыдущих исследований), была установлена аналогичная тенденция к омоложению рака данной локализации, но наиболее уязвимой явилась группа заболевших пациенток 50–54 лет как в Омской области, так и в РФ [5].

Повозрастные показатели заболеваемости РТМ в Омской области представлены на рис. 3. Определяются следующие возрастные группы риска: 35–39 лет (выраженный прирост показателей), 45–49 (существенный прирост в сравнении с предыдущим возрастом) и 60–69 лет (максимальные показатели заболеваемости). При сравнении повозрастных показателей женского населения ОО со среднероссийскими существенных отличий не выявлено (p > 0,05).

Важно отметить, что при стандартизации показателей заболеваемости (использован мировой стандарт возрастной структуры женского населения) показатель заболеваемости Омской области оказался несколько выше среднероссийского (но статистически незначимо, соответственно 22,17 ± 0,35 и 21,8 ± 0,04; p > 0,05).

Итак, проводя параллели с заболеваемостью РШМ в регионе, можно заключить, что для РТМ характерны рост заболеваемости ($T_{пр.}$ = +1,8%) и стабильность показателя при РШМ ($T_{пр.}$ = +0,05%), наиболее уязвимой явилась группа заболевших пациенток 60–69 лет при РТМ и 50–54 лет при РШМ, тенденция к омоложению обеих локализаций рака. Относительное улучшение ситуации по РШМ (рак видимой локализации) можно объяснить внедрением цервикального скрининга с ВПЧ-тестированием в последние годы и проведением этиотропной терапии в случае выявления папилломавирусной инфекции, что привело к снижению показателя запущенности РШМ (с 52,7% в 2001 году до 40,6% в 2016-м; p < 0,001) в ОО, а также вакцинацией против ВПЧ высокого риска. Различный канцерогенез 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 стадии) за последние 5 лет – высокая (в пределах 81,7–81,8%) среди раков гениталий и молочных желез у женщин. Вероятно, это можно объяснить ранней

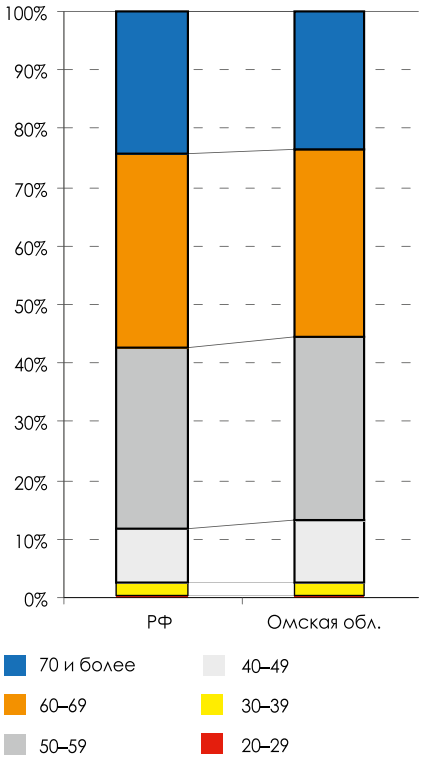


Рисунок 2. Возрастная структура пациенток, заболевших раком тела матки, в Омской области и Российской Федерации (в процентах).

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 выявляемости заболевания расширяет диапазон поиска причин.

Полученные данные объясняют необходимость усовершенствования программы канцеропревенции в практике гинеколога в отношении эндометрия. Последние данные по росту распространенности РТМ в России (с 128,6 в 2008 году до 180,5 на 100 тыс. в 2018-м) подтверждают эту необходимость [13]. В подавляющем большинстве 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. Среди возможных причин, способствующих формированию предрака эндометрия, можно выделить: неадекватные обследование и терапию рецидивирующих аномальных маточных кровотечений; неадекватное гормональное лечение пациенток с гиперплазией эндометрия (ГЭ) без атипии (менее 6 месяцев), приводящее к прогрессированию ГЭ; отсутствие гистологического кон-

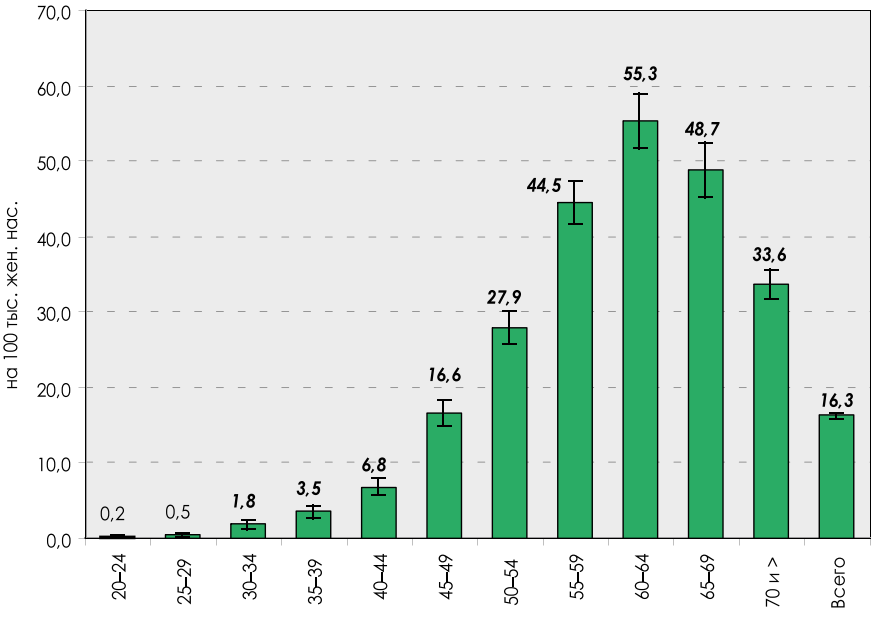


Рисунок 3. Повозрастные показатели заболеваемости раком тела матки в Омской области на 100 тыс. женщин, (2009–2018 годы; указан 95%-ный доверительный интервал показателя).

троля эндометрия после завершения лечения и ограничение диагностики УЗ-контролем; отсутствие профилактических курсов гормонотерапии при ГЭ без атипии (рекомендуется до 2 лет) после завершения основного курса лечения для профилактики рецидивирования заболевания; ожирение; отсутствие профилактических осмотров среди пациенток в постменопаузе (контроль толщины эндометрия по данным УЗИ); нарушение алгоритма обследования пациенток, использующих менопаузальную гормонотерапию; бесконтрольную менопаузальную гормонотерапию [6–12]. Вышеперечисленное в работе акушера-гинеколога можно рассматривать в качестве мер профилактики РТМ.

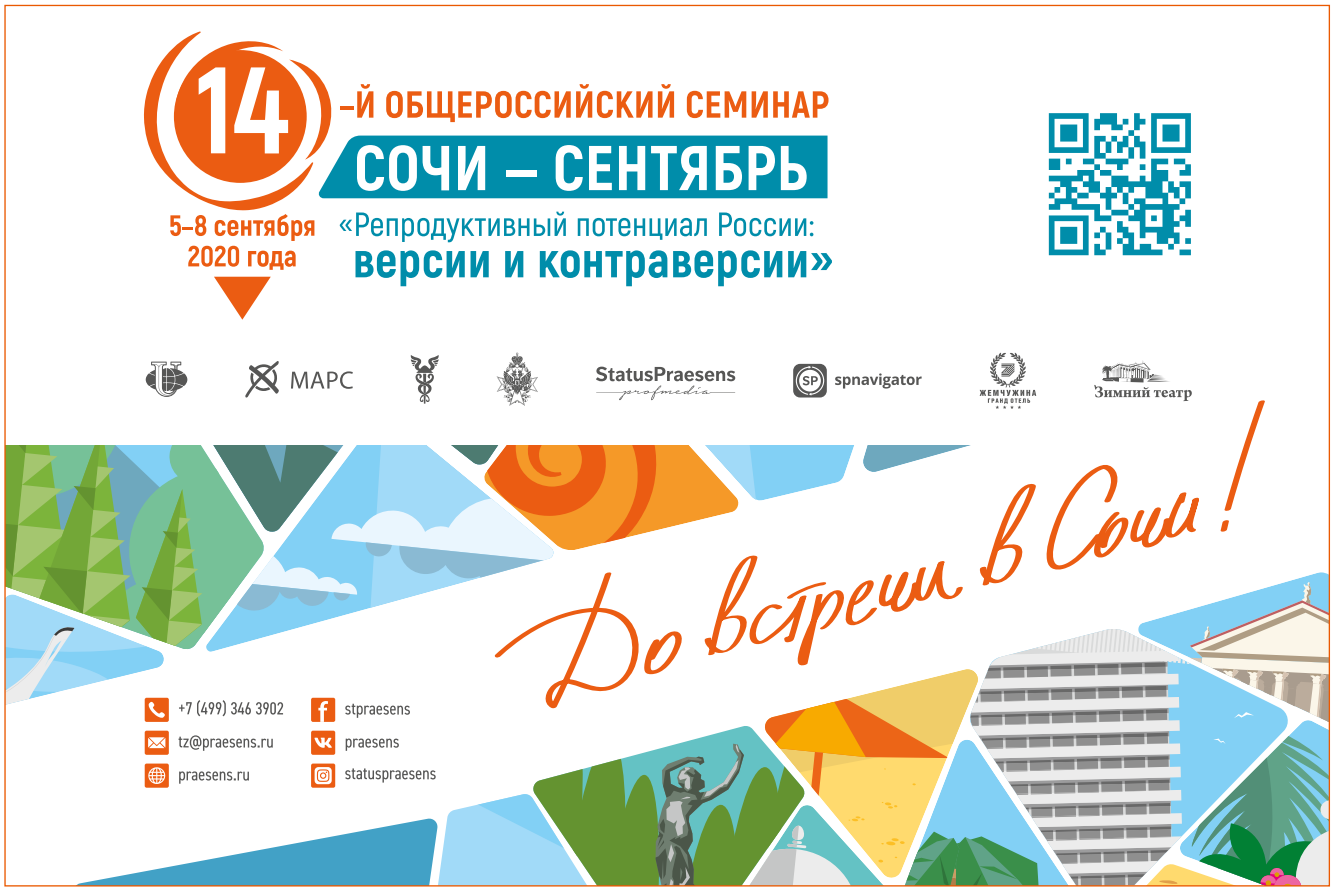
Вывод

РТМ занимает лидирующие позиции в структуре онкогинекологических заболеваний в РФ и регионе. В Омской области в 2002–2018 годах установлены рост заболеваемости РТМ на 100 тыс. женщин (17,5 в 2002 году и 35,1 в 2018-м; $T_{пр.} = +1,8\%$; $p < 0,001$), тенденция к омоложению пациенток с РТМ ($T_{пр.} = +5,6\%$ в группе женщин 35–39 лет; $p < 0,05$). Это диктует необходимость проведения онкопрофилактики в практике врача – акушера-гинеколога, включая выделение групп онкологического риска и стандартизации подходов при пролиферативных заболеваниях эндометрия.

Автор выражает благодарность проф. Д. В. Турчанинову.

Список литературы

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.*
2. *Cancer Today – IARC, World Health Organization: GLOBOCAN 2018. gco.iarc.fr/today/home.*
3. *Клинышкова Т. В., Турчанинов Д. В., Самсудова И. Б. Эпидемиологические аспекты цервикального предрака у женского населения г. Омска (по материалам выборочного исследования) // Росс. вестник акушера-гинеколога. – 2013; 4: 13–17.*
4. *Думановская М. Р., Чернуха Г. Е., Асатурова А. В. и др. Частота выявления и структура гиперплазии эндометрия в различные возрастные периоды // Акушерство и гинекология. – 2015; 3: 40–44.*
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.*
6. *Marnach ML, Butler KA, Henry MR et al. Oral Progestogens Versus Levonorge strel-Releasing Intrauterine System for Treatment of Endometrial Intraepithelial Neoplasia. J Womens Health (Larchmt). 2017; 26 (4): 368–373. DOI: 10.1089/jwh.2016.5774.*
7. *Gallos ID, 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 ID, 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 www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg_67_endometrial_hyperplasia.pdf.*
10. *Ørbo A, Arnes M, Vereide AB 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): 26–28.*
12. *Гиперпластические процессы эндометрия. Гинекология. Национальное руководство. 2017. М. с. 303–308.*
13. *Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году. Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019. илл. 236 с.*

Для цитирования: Клинышкова Т. В. Клинико-эпидемиологическое обоснование профилактики рака тела матки. Медицинский алфавит. 2020; (4): 59–62. https://doi.org/10.33667/2078–5631–2020–4–59–62

For citation: Klinyshkova T. V. Clinical and epidemiological rationale for prevention of uterus cancer. Medical alphabet. 2020; (4): 59–62. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-4-59–62