

Особенности субъективных проявлений, стадийность неоплазии половых органов в постменопаузальный период

М.А. Гарашова

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

Цель исследования: определение структуры, стадии, выраженности субъективных проявлений опухолевых процессов репродуктивных органов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 301 больной с опухолями репродуктивных органов в постменопаузальный период. Средний возраст пациенток составил $61,6 \pm 0,4$ года. Длительность постменопаузального периода колебалась в пределах $11,0 \pm 0,6$ года.

Результаты. Установлено, что у 28,9% женщин в период постменопаузы выявляли миому матки, у 29,4% – гиперпластические процессы эндометрия, у 21,6% – рак эндометрия, у 10,6% – рак яичников, у 5,6% – доброкачественные опухоли яичников, у 5,6% – рак шейки матки, у 1,7% – саркому матки.

У 68,8% больных рак яичников диагностировали на поздних стадиях с преобладанием выявления заболевания на III стадии опухолевого процесса (62,5%). Рак эндометрия диагностировали у 86,2% женщин на ранних стадиях опухолевого процесса. Частота диагностики рака эндометрия на поздних стадиях составляет 4,6%.

Из клинических проявлений опухолей половых органов в постменопаузе преобладают кровянистые выделения и кровотечения из наружных половых органов, боль внизу живота, учащенное сердцебиение и избыточное оволосение.

Заключение. Полученные результаты позволили установить, что постменопаузальный период является периодом высокого риска развития неопластических процессов органов репродуктивной системы.

Ключевые слова: опухоли половых органов, постменопаузальный период, рак эндометрия, рак яичников, миома матки, саркома матки, гиперплазия эндометрия.

Постменопаузальный период является периодом угасания функциональной активности яичников. Длительность постменопаузального периода колеблется в широких пределах, достигая 30–35 лет. В этот период с увеличением возраста женщин отмечается увеличение частоты развития неопластических процессов половых органов. Установлено, что ежегодно у 75 000 женщин в постменопаузальный период диагностируют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы, включая рак яичников, эндометрия, шейки матки, влагалища, вульвы, маточных труб [2, 6, 7]. При этом большую часть этих неоплазий диагностируют впервые. Большинство этих новообразований протекает бессимптомно, что затрудняет своевременную диагностику и тем самым ухудшает прогноз заболевания [1, 4, 9].

По данным научных исследований, в перименопаузальный период причинами ациклических кровотечений были: миома матки (79%), аденомиоз (3%) [3, 10, 12]. Гистологические исследования соскоба эндометрия у женщин с ациклическими кровотечениями установило наличие:

- гиперплазии эндометрия без атипичии – 60%;
- гиперплазии эндометрия с атипичией – 1,4%;

- полипов эндометрия – 22,4%;
- секреторного типа эндометрия – 10%;
- пролиферативного типа эндометрия – 11% [3, 6, 11].

Одним из факторов риска развития патологии эндометрия в постменопаузальный период также является наличие ациклических маточных кровотечений.

Установлено, что причинами кровотечений в постменопаузальный период являются полипы эндометрия и канала шейки матки в 2–12% случаев, гиперплазия эндометрия – в 50%, карцинома эндометрия – в 10%, экзогенный прием эстрогенов – в 15–25%, наличие атрофического эндометрита и вагинита – в 60–70% случаев [6, 10, 11].

Наличие патологических маточных кровотечений увеличивает риск развития рака эндометрия [13]. Частота рака эндометрия и атипичной гиперплазии у женщин с аномальными маточными кровотечениями в перименопаузальный период представлена в табл. 1.

Была выявлена также взаимосвязь между развитием рака эндометрия и атипичической гиперплазии с возрастом. Риск возникновения рака эндометрия увеличивается у женщин в возрасте 45 лет и выше [12, 14].

В последние годы в научных исследованиях возраст женщины определяют как один из основных факторов риска развития рака эндометрия. Большинство женщин с раком эндометрия находятся в постменопаузальном периоде, у 15% женщины рак эндометрия приходится на возраст до 50 лет и только у 5% женщин – моложе 40 лет [2, 6, 11].

Эпидемиологические исследования, проводимые по определению факторов риска развития лейомиомы, установили, что раннее менархе (до 10 лет), позднее менархе (после 16 лет), стрессовые факторы, наличие процессов ремоделирования экстрацеллюлярного матрикса, постменопаузальный период, применение заместительной гормональной терапии, применение оральных контрацептивов, увеличивающих чувствительность эстрогеновых рецепторов матки, способствуют развитию и росту миоматозных узлов матки [4, 5, 9, 14].

По результатам проведенных научных исследований выявлено, что для опухолей репродуктивной системы характерна гетерогенность, которая обуславливает как разнообразие факторов риска, так и сложность и многообразие патологических механизмов [3, 5].

В структуре гинекологических заболеваний рак яични-

Таблица 1

Частота рака и атипичической гиперплазии эндометрия у женщин с маточными кровотечениями в постменопаузальный период по Ponnant M.E. (2016)

Патология эндометрия	%
Рак эндометрия при:	
– патологических маточных кровотечениях	0,33
– меноррагии	0,11
– метроррагии	0,52
Атипичическая гиперплазия маточных кровотечений	1,31

Таблица 2

Стадии рака яичников по системе FIGO

Стадия рака яичников	Абс. число	%
I	3	9,4
II	7	21,9
III	20	62,5
IV	2	6,3

ков находится на третьем месте по частоте заболеваемости после рака шейки матки и эндометрия и на первом месте – по показателям смертности [15].

Исследования у женщин в пре- и постменопаузальный периоды позволили установить различную частоту малигнизации опухолей яичников в зависимости от возраста. При этом частота доброкачественных опухолей яичников в перименопаузе составила 91,7%, в постменопаузе – 70,1%. Частота эпителиального рака яичников в перименопаузе составила 3,8%, а в постменопаузе – 17,6%. Среди доброкачественных опухолей яичников в перименопаузальный период преобладали: серозная цистаденома – 24,8%, эндометриома яичников – 17,3%, функциональные кисты – 11,7%, муцинозные опухоли – 8%, тератома – 8% [7, 15].

Следует отметить, что имеются ограниченные сведения о частоте неопластических процессов половых органов в постменопаузальный период, а данные о частоте и разнообразии субъективных проявлений доброкачественных и злокачественных новообразований органов репродуктивной системы противоречивы. Исходя из актуальности настоящей проблемы, определена цель данного исследования.

Цель исследования: определение структуры, стадии неоплазии, выраженности субъективных проявлений опухолей половых органов в постменопаузальный период.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 301 больной в постменопаузальный период с различными опухолями органов репродуктивной системы, проходивших обследование в Онкологической клинике Азербайджанского Медицинского Университета.

Средний возраст больных составил 61,6±0,4 года. Длительность постменопаузального периода была в среднем 11,0±0,6 года.

У женщин с опухолями репродуктивных органов в постменопаузе, включенных в ретроспективное исследование, отмечали высокую частоту:

- гипертонической болезни (17,5%),
- ожирения (12,2%),
- варикозного расширения вен нижних конечностей (7,9%),
- ишемической болезни сердца (5,3%),
- заболеваний нервной системы (6,6%),
- артроза/артрита (6,6%),
- перенесенных детских инфекционных заболеваний (13,6%),
- заболеваний мочевыделительной системы (5,3%).

Частота заболеваний щитовидной железы составила 4,2%, сахарного диабета – 3,8%. Следует отметить также высокую частоту оперативных вмешательств – 6,9%.

Изучение частоты гинекологических заболеваний у женщин с опухолями половых органов в постменопаузальный период позволило установить высокую частоту:

- хронических воспалительных заболеваний половых органов (39,4%),
- синильного вагинита (11,6%),
- миомы матки (10,8%),
- очаговой и диффузной гиперплазии эндометрия (7%),
- опущения внутренних половых органов (10,1%),
- синдрома поликистозных яичников (6,9%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении настоящего исследования была определена частота опухолей органов репродуктивной системы в период постменопаузы.

Опухоли половых органов в постменопаузе:

- Миома матки (n=87) – 28,9%;
- Саркома матки (n=5) – 1,7%;
- Гиперпластические процессы эндометрия (n=69) – 29,4%:

1) Атипичная гиперплазия (n=37) – 12,3%;

2) Гиперплазия эндометрия (n=32) – 10,6%:

а) очаговая (полип) (n=13) – 4,3%;

в) диффузная (n=19) – 6,3%;

– Рак эндометрия (n=65) – 21,6%;

– Доброкачественные опухоли яичников (n=17) – 5,6%:

а) опухолевидные образования яичников (n=3) – 1,0%;

в) серозная цистаденома (n=7) – 2,3%;

с) муцинозная цистаденома (n=4) – 1,3%;

д) фиброма яичника (n=2) – 0,3%;

е) эндометриома (n=2) – 0,1%;

– Рак яичников (n=32) – 10,6%:

а) серозная аденокарцинома (n=26) – 8,6%;

в) муцинозная аденокарцинома (n=6) – 2,0%;

– Рак шейки матки (n=26) – 8,6%.

При этом у 57,4% больных в период постменопаузы преобладали доброкачественные новообразования, у 42,6% – злокачественные новообразования репродуктивных органов.

В результате данного исследования при выявлении были изучены стадии рака яичников и рака эндометрия.

Результаты определения стадийности рака яичников по FIGO представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, в 62,5% случаев рак яичников выявляют на III стадии, в 21,9% – на II стадии опухолевого

Таблица 3

Стадии рака эндометрия по FIGO и TNM

Стадия рака эндометрия	TNM	Абс. число	%
I стадия: – IA (опухоль в пределах эндометрия или инвазия < 1/2 толщины миометрия) – IB (инвазия > 1/2 толщины миометрия)	T1a T1b	39 17	60 26,2
II стадия (опухоль распространяется на сторону шейки матки, но не выходит за пределы матки)	T2	6	9,2
III стадия: – IIIA (прорастание в серозную оболочку матки) – IIIC (метастазы в тазовых лимфоузлах)	T3A T3AN	1 2	1,5 3,1

Частота субъективных проявлений опухолей половых органов в постменопаузальный период

Жалобы	Абс. число	%
Боль внизу живота	136	13,9
Кровянистые выделения	171	17,5
Кровотечение	84	8,6
Увеличение объема живота	54	5,5
Недержание мочи	71	7,3
Чувство тяжести в животе	24	2,5
Затруднение дыхания	31	3,2
Избыточное оволосение	98	10,0
Нарушение дефекации	44	4,5
Диспареуния	32	3,3
Одышка	96	9,8
Учащенное сердцебиение	112	11,5
Болезненность и нагрубание грудных желез	23	2,4

Примечание. За 100% принято общее количество субъективных ощущений.

процесса. В 9,4% опухоль была ограничена 1 яичником (I стадия) и только в 6,3% было установлено наличие отдаленных метастазов – IV стадия опухолевого процесса.

Результаты исследования стадий рака эндометрия представлены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, в 60% случаев рак эндометрия определяли на I стадии развития, когда опухоль располагалась в пределах эндометрия либо инвазировалась в миометрии <1/2 толщины. В 26,2% случаев отмечали инвазию опухолевого процесса в более 1/2 толщины миометрия. В 9,2% случаев рак эндометрия диагностировали во II стадии, когда имелось прорастание опухоли в сторону шейки матки. В единичных случаях (4,6%) отмечали прорастание серозной оболочки матки и наличие метастазов в тазовых лимфоузлах.

При проведении данного исследования была изучена частота предъявляемых жалоб у женщин с опухолями половых органов в постменопаузальный период. Частота встречаемых субъективных проявлений опухолей репродуктивной системы представлена в табл. 4.

Как видно из табл. 4, у больных с различными опухолями половых органов в постменопаузальный период отмечается высокая частота:

- кровянистых выделений (17,5%),
- боли внизу живота (13,9%),
- учащенного сердцебиения (11,5%),
- кровотечений (8,6%),
- недержания мочи (7,3%),
- избыточного оволосения (10,0%).

Особливості суб'єктивних проявів, стадійність неоплазії статевих органів у постменопаузальний період
М.А. Гарашова

Мета дослідження: визначення структури, стадії, вираженості суб'єктивних проявів пухлинних процесів репродуктивних органів.
Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороби 301 хворої з пухлинами репродуктивних органів у постменопаузальний період. Середній вік пацієнток становив 61,6±0,4, року. Тривалість постменопаузального періоду коливалась у межах 11,0±0,6 року.

Результати. Установлено, що у 28,9% жінок у період постменопаузи виявляли міому матки, у 29,4% – гіперпластичні процеси ендометрія, у 21,6% – рак ендометрія, у 10,6% – рак яєчників, у 5,6% – доброякісні пухлини яєчників, у 5,6% – рак шийки матки, у 1,7% – саркому матки.

По результатам исследования было установлено, что из 30% больных с опухолями половых органов в постменопаузальный период у 78 (25,6%) женщин субъективные проявления наличия данных опухолей отсутствовали.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в результате проведенного исследования у женщин в постменопаузальный период в 28,9% случаев определяется миома матки, в 29,4% – гиперпластические процессы эндометрия, в 21,6% – рак эндометрия, в 10,6% – рак яичников, в 5,6% – доброкачественные опухоли яичников, в 8,6% – рак шейки матки, в 1,7% – саркома матки. Рак у 68,8% больных диагностируют на поздних стадиях опухолевого процесса, с преимущественным выявлением на III стадии (62,5%). В отличие от рака яичников, рак эндометрия в 86,2% случаев диагностируют на I стадии опухолевого процесса. Частота диагностики рака эндометрия на поздних стадиях составила 4,6%.

Изучение субъективных проявлений различных опухолей половых органов показало, что каждая 4-я больная с опухолями органов репродуктивной системы в постменопаузальный период не предъявляла жалоб. Среди субъективных проявлений данных опухолей преобладали кровянистые выделения и кровотечения из половых путей, боль внизу живота, учащенное сердцебиение и избыточное оволосение.

Полученные результаты позволили установить, что постменопаузальный период является периодом высокого риска развития неопластических процессов органов репродуктивной системы.

У 68,8% хворих на рак яєчників діагностували на пізніх стадіях з переважанням виявлення захворювання на III стадії пухлинного процесу (62,5%). Рак ендометрія діагностували у 86,2% жінок на ранніх стадіях пухлинного процесу. Частота діагностики раку ендометрія на пізніх стадіях становить 4,6%.

З клінічних проявів пухлин статевих органів у постменопаузі преvalюють кров'яністі виділення та кровотечі із зовнішніх статевих органів, біль унизу живота, прискорене серцебиття і надмірне оволосіння.

Заключення. Отримані результати дозволили встановити, що постменопаузальний період є періодом високого ризику розвитку неопластичних процесів органів репродуктивної системи.

Ключові слова: пухлини статевих органів, постменопаузальний період, рак ендометрія, рак яєчників, міома матки, саркома матки, гіперплазія ендометрія.

Features of subjective manifestations, staging of neoplasia of the genitals in the postmenopausal period

M.A. Garashova

The objective: to determine the structure, the stage of detecting, the severity of subjective manifestations in the presence of tumor processes of the reproductive organs.

Materials and methods. A retrospective analysis of case histories of 301 patients with tumors of the reproductive organs in the postmenopausal period was carried out. The average age of patients was 61,6±0,4 years. The duration of the postmenopausal period ranged from 11,0±0,6 years.

Results. It was established that 28,9% of postmenopausal women have uterine fibroids, 29,4% have endometrial hyperplasia, 21,6% have endo-

metrial cancer, 10,6% – ovarian cancer, 5,6% – benign ovarian tumors, 5,6% – cervical cancer, 1,7% of patients have uterine sarcoma.

In 68,8% of patients, ovarian cancer is diagnosed in the late stages with a predominance of disease detection at stage III of the tumor process (62,5%). Endometrial cancer is diagnosed in 86,2% of patients in the early stages of the tumor process. The frequency of diagnosis of endometrial cancer in the later stages is 4,6%.

From the clinical manifestations of genital tumors in postmenopausal, vaginal bloody discharge and/or bleeding, abdominal pain, rapid heartbeat and excessive body hair growth predominate.

Conclusion. The results obtained allowed to establish that the postmenopausal period is a period of high risk for the development of neoplastic processes of the reproductive organs.

Key words: genital tumors, postmenopausal period, endometrial cancer, ovarian cancer, uterine myoma, uterine sarcoma, endometrial hyperplasia.

Сведения об авторе

Гарашова Мина Ариф кызы – Кафедра акушерства и гинекологии 1 Азербайджанского Медицинского Университета, AZ1000, г. Баку, Азербайджан, ул. X.Шушинского, 24; тел: (+994) 215-49-01. E-mail : minagarashova@mail.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бочкарева Н.В., Коломиец Л.А., Кондакова И.В., Мунтян А.Б. Оценка риска развития рака эндометрия у больных с гиперпластическими процессами эндометрия и миомой матки в различные возрастные периоды // Журн. «Опухоли женской репродуктивной системы». – 2009. – № 1. – С. 102–107.
2. Давыдов А.И., Крыжановская О.В. Гиперпластические процессы эндометрия: концептуальные вопросы диагностики и лечения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2009. – Т. 8, № 2. – С. 77–82.
3. Клинышкова Т.В., Фролова Н.Б., Мозговой С.И. Клинико-морфологическое обоснование оптимизации лечения больных с гиперплазией эндометрия // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. – № 3. – С. 16–20.
4. Baird D.D., Hill M.C., Schectman J.M., Hollis B.W. Vitamin D and the risk of uterine fibroids // Epidemiology. – 2013. – Vol. 24. – P. 447–453.
5. Bowden W., Skorupski J., Kovanci E., Rajkovic A. Detection of novel copy number variants in uterine leiomyomas using high resolution SNP arrays // Molec. Hum. Reprod. – 2009. – Vol. 15, № 9. – P. 563–568.
6. Brinton L.A., Sakoda L.C., Lissowska J., Sherman M.E., Chatterjee N. Reproductive risk factors for endometrial cancer among Polish women // Br.J.Cancer. – 2007. – № 96. – P. 1450–1456.
7. Hildebrand J.S., Gapstur S.M., Feigelson H.S., Teras L.R. Postmenopausal hormone use and incident ovarian cancer: Associations differ by regimen. // Int.J.Cancer. – 2010. – № 127. – P. 2928–2935.
8. Kho K.A., Lin K., Hechanova M., Richardson D.L. Risk of Occult Uterine Sarcoma in Women Undergoing Hysterectomy for Benign Indications // Am.J.Obstet.Gynecol. – 2016. – Vol. 127, № 3. – P. 468–473.
9. Laughlin S.K., Schroeder J.C., Baird D.D. New directions in the epidemiology of uterine fibroids // Seminars in Reproductive Medicine. – 2010. – Vol. 28, № 3. – P. 204–217.
10. Lieng M., Qvigstad E., Sandvik L et al. Hysteroscopic resection of symptomatic and asymptomatic endometrial polyps // J.Minim Invasive Gynecol. – 2007, vfr-Apr, 14 (2), p. 189–94.
11. Lu L., Risch H., Irwin M.L., Mayne S.T. Long-term overweight and weight gain in early adulthood in association with risk of endometrial cancer // Int.J.Cancer. – 2011. – № 129. – P. 1237–1243.
12. Ma X., Zhao L.G., Sun J.W., Yang Y. Association between breastfeeding and risk of endometrial cancer: a meta-analysis of epidemiological studies // Eur.J.Cancer.Prev. – 2015.
13. Pennant M.E., Mehta R., Moody P., Hackett G., Prentice A. Premenopausal abnormal uterine bleeding and risk of endometrial cancer // BJOG. – 2017. – Vol. 124. – P. 404–411.
14. Saldana T.M., Moshesh M., Barid D.D. Self-reported family history of leiomyoma: not a reliable marker of high risk // Annals of Epidemiology. – 2013. – Vol. 23, № 5. – P. 286–290.
15. Wu A.H., Pearce C.L., Tseng C.C., Templeman C. Markers of inflammation and risk of ovarian cancer in Los Angeles County // Int.J.Cancer. – 2009. – № 124. – P. 1409–1415.

Статья поступила в редакцию 05.04.2019