

Ведение больных со злокачественными опухолями половых органов

Выполнила: Нигметулла Д.С., 757 гр

Злокачественные опухоли вульвы

Возрастные особенности

В 50% случаев рак вульвы возникает в возрасте 60-80 лет, хотя в последние годы отмечается рост заболеваемости среди молодых женщин. Этот факт связывают с ростом частоты инфицированности женщин вирусом папилломы человека

Патогенетические гипотезы

- **Гипоэстрогения, которая у части женщин сочетается с нарушениями жирового и углеводного обмена**

Считается, что механизмы, приводящие к развитию рака вульвы, запускаются в результате гормональной перестройки репродуктивной сферы в период климакса и постменопаузы. Это приводит к снижению уровня чувствительности рецепторов к эстрогену, возрастным инволютивным изменениям тканей. При неблагоприятных условиях в тканях вульвы возникают пролиферативные, диспластические изменения с последующей злокачественной трансформацией.

- **HSV 2, HPV**
- **На фоне предшествующих дистрофических процессов половых органов - крауроза и лейкоплакии вульвы**
- **К истинному предраку в гинекологии относят дисплазию вульвы (атипическую гиперплазию)**
- **Позднее наступление менархе и ранняя менопауза Существенную роль в развитии рака вульвы играют вредные привычки, частая смена**

Классификация рака вульвы

- **По гистотипу** в 80-90% случаев диагностируется плоскоклеточная форма рака вульвы с высокой степенью дифференцировки. У 2% пациенток выявляется злокачественная меланома вульвы; гораздо реже – прочие формы (первичная аденокарцинома, базальноклеточный рак, саркома, рак бартолиновой железы). По типу роста различают экзофитный, узловатый, язвенный, инфильтративно-отечный рак вульвы.
- **Согласно международной клинической классификации, распространенность рака вульвы оценивают по стадиям FIGO (0-IV) и критериям TNM (где, T – первичная опухоль, N- регионарные лимфоузлы, M – отдаленное метастазирование):**
 - Стадия 0 (Tis) – преинвазивный рак вульвы
 - Стадия I (T1) – распространение опухоли ограничено вульвой или промежностью, но не превышает в наибольшем размере 2 см:
 - IA (T1A) – инвазия стромы менее 1 см
 - IB (T1B) – инвазия стромы более 1 см
 - Стадия II (T2) - распространение опухоли ограничено вульвой или промежностью, но превышает в наибольшем размере 2 см.
 - Стадия III (T3 N1) – опухолевый рост может распространяться на влагалище, нижние отделы уретры, анус, регионарные лимфоузлы с одной стороны.
 - Стадия IVA (T4 N2) - опухолевый рост может распространяться на слизистую мочевого пузыря, верхние отделы уретры, прямую кишку, лимфоузлы с двух сторон.
 - Стадия IVB (M1) - при любой распространенности рака вульвы определяются отдаленные метастазы.

Симптомы рака вульвы

- Жалобы при раке вульвы могут быть разнообразными. Типичными ранними симптомами служат жжение, раздражение, зуд вульвы, носящие приступообразный характер и усиливающиеся в ночное время. По мере увеличения опухоли и нарушения трофики тканей появляется изъязвление слизистой, мокнутие. Отек и нарушение целостности покрова вульвы проявляются болями, серозными, кровянистыми или гнойными (при вторичном инфицировании) выделениями. Болевой синдром особенно выражен при опухоли клитора и глубокой инфильтрации тканей. При распаде опухоли может возникать массивное кровотечение, обильные зловонные выделения. При запущенном раке вульвы отмечается отечность лобка, конечностей, нарушение мочеиспускания, запоры.
- Метастазирование рака вульвы происходит лимфогенным способом; при этом первоначально поражаются паховые, затем подвздошные и подчревные лимфоузлы. Общими проявлениями рака вульвы на поздних стадиях служат субфебрилитет, утомляемость, слабость, снижение трудоспособности. Рак вульвы дифференцируют с вульвитом, бартолинитом, сифилисом, туберкулезом, доброкачественными новообразованиями вульвы, кожными заболеваниями (дерматомикозами, дерматозами, пигментными образованиями).

Диагностика рака вульвы

- Первичным методом распознавания рака вульвы служит гинекологический осмотр. Визуально в области малых или больших половых губ, клитора, уретры могут обнаруживаться небольшие узелки, изъязвления, бородавчатые или пигментированные образования, отличающиеся по цвету от неизмененных тканей. Для детального осмотра атипичных участков вульвы проводится вульвоскопия (кольпоскопия).
- В процессе диагностики выполняется взятие и исследование (микроскопическое, цитологическое, бактериологическое) мазков с поверхности новообразования, из влагалища и цервикального канала. Решающим методом в диагностике рака вульвы является биопсия наружных половых органов с последующим гистологическим рассмотрением материала.

Лечение рака вульвы

Наиболее широко при раке вульвы используются хирургические и лучевые методы лечения; также возможно проведение фотодинамической терапии, лазерной абляции и химиотерапии.

- При стадии 0 (раке вульвы in situ) производится широкая эксцизия (иссечение) опухолевого очага или абляция вульвы.
- При более распространенном поражении и инвазивном росте (стадия I) показана вульвэктомия с односторонней лимфаденэктомией. Вульвэктомия заключается в удалении клитора, половых губ, жировой клетчатки в зоне лобка.
- Выявление рака вульвы в стадии II является основанием для проведения радикальной вульвэктомии с двусторонней лимфаденэктомией пахово-бедренных узлов. Если опухоль локализуется в области клитора, требуется выполнение пахово-бедренно-подвздошной лимфаденэктомии. При заинтересованности лимфоузлов хирургический этап удаления рака вульвы дополняется послеоперационным облучением регионарных зон.
- При резектабельном раке вульвы на стадии III лечение начинают с радикальной вульвэктомии, двусторонней пахово-бедренно-подвздошной лимфаденэктомии с последующим дистанционным облучением всех заинтересованных зон.
- Возможности хирургического лечения рака вульвы на стадии IV зависят от распространенности опухолевого поражения на соседние структуры. В ряде случаев выполняется радикальная вульвэктомия, удаление прямой кишки, мочевого пузыря, влагалища, клетчатки, удаление матки (гистерэктомия) с аднексэктомией и дальнейшее облучение зон метастазирования. При нерезектабельном раке вульвы лечение начинают с проведения лучевой (химиолучевой) терапии, затем, по возможности, выполняют хирургический этап.

Рак влагалище

- Рак влагалища обычно локализуется на задней стенке верхней части влагалищной трубки, может распространяться на окружающие ткани и органы (паравагинальную клетчатку, прямую кишку, влагалищно-ректальную перегородку, мочевой пузырь), а также давать отдаленные метастазы. Метастазирование происходит преимущественно лимфогенным путем; метастазы чаще обнаруживаются в подвздошно-обтураторных, аноректальных, сакральных, пахово-бедренных лимфоузлах.
- На первичный рак влагалища в гинекологии приходится 1–2% всех злокачественных опухолей женской половой сферы; вторичный (метастатический) - выявляется намного чаще, первичным очагом в этих случаях обычно служит рак шейки матки, эндометрия, саркомы и хорионкарциномы матки, рак яичников и почек.

Причины рака влагалища

- Фоном для развития рака влагалища могут служить хронические инфекции (прежде всего, ВПЧ 16 и 18 типов), вагиниты, генетическая предрасположенность, аденоз влагалища, эндокринные нарушения (в т.ч., постменопаузальная гипоэстрогения), снижение иммунного статуса, стрессы, хроническое раздражение стенок влагалища (ношение пессариев при выпадении матки), курение, радиационное воздействие и реконструктивно-пластические операции.
- Рак влагалища выявляется преимущественно в возрасте 45-65 лет, причем светлоклеточная аденокарцинома обычно встречается в молодом возрасте (19 – 20 лет), а плоскоклеточный рак - в старшей возрастной группе.
- Предопухолевые изменения, а также рак шейки матки и рак вульвы повышают риск развития плоскоклеточного рака влагалища. Плоскоклеточный рак влагалища может развиваться на фоне предракового состояния - интраэпителиальной неоплазии (дисплазии) влагалища. Доказано, что возникновение светлоклеточной аденокарциномы влагалища и шейки матки у женщин связано с приемом их матерями диэтилстилбестрола во время беременности, особенно, в первые 16 – 18 недель.

Классификация рака влагалища

Рак влагалища может происходить из эпителиальных клеток (в т.ч., эктопических), желез влагалища, гладких или поперечно-полосатых мышц его стенки. По гистологическим признакам выделяют плоскоклеточный рак влагалища (в 95% случаев), аденокарциному (эндометриоидную, светлоклеточную); меланому, саркому (лейомиосаркому, рабдомиосаркому).

- Рака влагалища классифицируют по TNM критериям (размеру, поражению лимфоузлов, наличию отдаленных метастазов) и стадиям (FIGO). Опухоли с вовлечением наружных гениталий относят к раку вульвы; с распространением на влагалищный отдел шейки матки – к раку шейки матки.
- Стадия 0 (Tis) – преинвазивный рак влагалища (in situ)
- Стадия I (T1) – опухолевый процесс ограничивается влагалищем, диаметр первичной опухоли до 2 см
- Стадия II (T2) – опухолевый рост распространяется на паравагинальные ткани, не достигает до стенок таза; диаметр первичной опухоли свыше 2 см
- Стадия III (T3 или N1) - опухолевый рост распространяется на стенки таза, наличие регионарных метастазов
- Стадия IVA (T4) – рак влагалища прорастает в уретру, мочевой пузырь, прямую кишку, кости таза, промежность; определяются регионарные метастазы
- Стадия IVB (M1) — наличие отдаленных метастазов рака влагалища.

Симптомы рака влагалища

- На ранних стадиях рак влагалища протекает с отсутствующей или слабовыраженной симптоматикой. Больных раком влагалища могут беспокоить дискомфорт, зуд в области половых органов. Клинические проявления возникают по мере роста опухоли на поздних стадиях рака влагалища. При этом появляются водянистые или гнойевидные бели, сукровичные и кровянистые выделения, аномальные кровотечения из влагалища: спонтанные (в середине менструального цикла, во время менопаузы) или контактные (после полового акта). Наблюдаются боли в области лобка, промежности, отдающие в поясницу, болезненный половой акт.
- Прогрессирование рака влагалища за счет метастазирования в регионарные лимфоузлы и инвазии в окружающие ткани может вызывать нарушение функции кишечника и мочевыделительной системы (учащенное и болезненное мочеиспускание, запоры, хронические боли в тазовой области). Нарушается общее самочувствие: появляется слабость, утомляемость, анемия, повышается температура, развивается отечность нижних конечностей.

Диагностика рака влагалища

- Диагноз рака влагалища устанавливается на основании жалоб, результатов гинекологического осмотра, инструментально-лабораторных исследований (кольпоскопии, цитологического исследования мазков с пораженных участков, биопсии опухоли с гистологическим исследованием материала).
- Рак влагалища на ранних стадиях может иметь характер подслизистого инфильтрата, небольшого изъязвления, папиллярных разрастаний. Экзофитная опухоль имеет бугристую поверхность, может легко травмироваться и кровоточить; язвенная опухоль находится в окружении плотного валика; эндофитный рак влагалища с инвазией в окружающие ткани отличается неподвижностью и повышенной плотностью.
- Для исключения метастазов первичного рака влагалища выполняют отдельное диагностическое выскабливание слизистой шейки матки и стенок матки, УЗИ органов малого таза, ректороманоскопию, экскреторную урографию, цистоскопию, УЗИ брюшной полости, рентгенографию грудной клетки, маммографию, МРТ и КТ.
- Следует дифференцировать рак влагалища от хорионэпителиомы и метастазов рака шейки матки; доброкачественных новообразований влагалища (папиллом, остроконечных кондилом, гемангиом); гиперпластических процессов и эндометриоза; лимфомы; пролежней; кольпитов; сифилитических и туберкулезных язв.

Лечение рака влагалища

- При выборе метода и плана лечения рака влагалища необходимо учитывать следующие факторы: локализацию и степень инвазии опухоли в окружающие ткани и органы, стадию и длительность заболевания, общее состояние пациентки, ее возраст, желание иметь детей, побочное действие различных видов терапии. Основными схемами лечения рака влагалища, которые использует современная гинекология, являются хирургическая операция, лучевая и химиотерапия.
- При неинвазивном раке влагалища (локализованной форме с моноцентрическим ростом) хирургическое лечение включает электроэксцизию; в случае мультицентрического роста опухоли - вагинэктомия и гистерэктомия. Достаточно эффективными считаются терапия кислотным лазером и криодеструкция опухолевого очага. Химиотерапия в лечении рака влагалища используется реже, в виде местных аппликаций с фторурацилом. В современном лечении преинвазивного рака влагалища применяется фотодинамическая терапия, в случае неэффективности локального воздействия - показана лучевая терапия.
- Основным методом лечения инвазивного рака влагалища является радиотерапия (лучевая терапия), включающая дистанционное, внутривлагалищное (эндовагинальное) и внутритканевое облучение. В зависимости от стадии рака влагалища рентгенотерапию, гамма-терапию и внутривлагалищное введение радиоактивных препаратов применяют отдельно или в сочетании друг с другом. При запущенных опухолевых процессах проводят облучение зоны поражения, тканей параметрия и тазовых лимфатических узлов.
- Показания к хирургическому лечению при инвазивном раке влагалища ограничены. При опухоли верхней трети влагалища пациенткам молодого и среднего возраста выполняют удаление верхней части влагалища с удалением матки и придатков; при сочетании с раком шейки матки – обязательна пангистерэктомия с иссечением тазовых лимфатических узлов. У пациенток с IV ст. рака влагалища, осложненной ректовагинальным или везиковагинальным свищами, проводят экзентерацию малого таза и тазовую лимфаденэктомию.

Рак шейки матки

К фоновым заболеваниям, предрасполагающим к развитию рака шейки матки относят лейкоплакию (интраэпителиальную неоплазию, CIN), эритроплакию, кондиломы, полипы, истинную эрозию и псевдоэрозию шейки матки, цервициты.

Классификация РШМ

По гистологическому типу, в соответствии с двумя видами эпителия, выстилающего шейку матки, различают плоскоклеточный цервикальный рак с локализацией в эктоцервиксе (85-95%) и аденокарциному, развивающуюся из эндоцервикса (5-15%). Плоскоклеточный рак шейки матки, в зависимости от степени дифференцировки, может быть ороговевающим, неороговевающим и низкодифференцированным. К редким гистотипам рака шейки матки относятся светлоклеточная, мелкоклеточная, мукоэпидермоидная и др. формы. С учетом типа роста различают экзофитные формы рака шейки матки и эндофитные, встречающиеся реже и имеющие худший прогноз.

Причины рака шейки матки

- Ключевая роль в канцерогенезе отводится папилломавирусной инфекции, обладающей тропностью к эпителию шейки матки. Серотипы ВПЧ высокого онкогенного риска (16, 18) обнаруживаются в 95% случаев рака шейки матки: при плоскоклеточном цервикальном раке чаще выявляется ВПЧ 16 типа; при аденокарциноме и низкодифференцированной форме - ВПЧ 18 типа. Серотипы ВПЧ «низкого» онкогенного риска (6, 11, 44) и среднего риска (31, 33, 35) преимущественно вызывают образование плоских и остроконечных кондилом, дисплазию и редко – рак шейки матки.
- Среди других ИППП, повышающих риски развития рака шейки матки, выделяют генитальный герпес, цитомегаловирусную инфекцию, хламидиоз, ВИЧ. Из всего вышесказанного следует, что вероятность развития рака шейки матки больше у женщин, часто меняющих половых партнеров и пренебрегающих барьерными методами контрацепции. Кроме того, при раннем начале сексуальной жизни (в возрасте 14-18 лет) незрелый эпителий шейки матки обладает особой восприимчивостью к воздействию повреждающих агентов.
- К факторам риска по развитию рака шейки матки относят ослабление функции иммунной системы, курение, возраст старше 40 лет, диеты с малым содержанием фруктов и овощей, ожирение, недостаток витаминов А и С. Также доказано, что вероятность развития рака шейки матки увеличивается при длительном (свыше 5 лет) приеме оральных контрацептивов, многочисленных родах, частых абортах. Одним из факторов позднего обнаружения рака шейки матки является низкая медицинская культура, нерегулярное прохождение женщинами профилактических осмотров с исследованием мазка из цервикального канала на онкоцитологию.

- Для оценки распространенности в клинической гинекологии используются классификации рака шейки матки по двум системам: FIGO, принятой Международной федерацией акушеров и гинекологов, и TNM (где T – распространенность опухоли; N – вовлеченность регионарных лимфоузлов; M – наличие отдаленных метастазов).
- Стадия 0 (FIGO) или Tis (TNM) расценивается как преинвазивный или внутриэпителиальный рак шейки матки (in situ).
- Стадия I (FIGO) или T1 (TNM) - опухолевая инвазия ограничивается шейкой матки, без перехода на ее тело.
- I A1 (T1 A1) – микроскопически определяемый рак шейки матки с глубиной инвазии до 3 мм с горизонтальным распространением до 7 мм;
- I A2 (T1 A2) – прорастание опухоли в шейку матки на глубину от 3 до 5 мм с горизонтальным распространением до 7 мм.
- I B1 (T1 B1) – макроскопически определяемый цервикальный рак, ограниченный шейкой матки, либо микроскопически выявляемые поражения, превышающие IA2 (T1A), не превышающее в максимальном измерении 4 см;
- I B2 (T1 B2) - макроскопически определяемое поражение, превышающее в максимальном измерении 4 см.
- Стадия II (FIGO) или T2 (TNM) характеризуется распространением рака за пределы шейки матки; нижняя треть влагалища и стенки таза интактны.
- II A (T2 A) – опухоль инфильтрирует верхнюю и среднюю треть влагалища или тело матки без прорастания параметрия;
- II B (T2 B) – опухоль инфильтрирует параметрий, но не достигает до стенок таза.
- Стадия III (FIGO) или T3 (TNM) характеризуется распространением рака за пределы шейки матки с прорастанием параметрия до стенок таза либо вовлечением нижней трети влагалища, либо развитием гидронефроза.
- III A (T3 A) – опухоль захватывает нижнюю треть влагалища, но не прорастает в стенки таза;
- III B (T3 B) – опухоль переходит на стенки таза либо вызывает гидронефроз, или вторичное поражение почки.
- Стадия IV A (FIGO) или T4 (TNM) характеризуется распространением рака шейки матки в смежные органы либо распространением за пределы таза. Стадия IV B (T4 M1) свидетельствует о наличии отдаленных метастазов.

Симптомы рака шейки матки

- Клинические проявления при карциноме in situ и микроинвазивном раке шейки матки отсутствуют. Появление жалоб и симптоматики свидетельствует о прогрессировании опухолевой инвазии. Наиболее характерным проявлением рака шейки матки служат кровянистые выделения и кровотечения: межменструальные, постменопаузальные, контактные (после полового акта, осмотра гинекологом, спринцевания и т. д.), меноррагии. Больные отмечают появление белей - жидких, водянистых, желтоватого или прозрачного цвета влагалищных выделений, обусловленных лимфореей. При распаде раковой опухоли выделения принимают гноевидный характер, иногда имеют цвет «мясных помоев» и зловонный запах.
- При прорастании опухоли в стенки таза или нервные сплетения появляются боли в животе, под лоном, в крестце в покое или во время полового акта. В случае метастазирования рака шейки матки в тазовые лимфоузлы и сдавливания венных сосудов могут наблюдаться отеки ног и наружных гениталий.
- Если опухолевая инфильтрация затрагивает кишечник или мочевого пузырь, развиваются нарушения дефекации и мочеиспускания; появляется гематурия или примесь крови в кале; иногда возникают влагалищно-кишечные и влагалищно-пузырные свищи. Механическая компрессия метастатическими лимфоузлами мочеточников приводит к задержке мочи, формированию гидронефроза с последующим развитием анурии и уремии. К общим симптомам рака шейки матки относятся общая слабость, повышенная утомляемость, лихорадка, похудание.

Диагностика

- Основу раннего выявления микроинвазивного цервикального рака составляют регулярные онкопрофилактические осмотры с цитологическим исследованием соскоба шейки матки. Пап-тест (мазок по Папаниколау) позволяет выявлять предраковые процессы, раковые клетки при преинвазивном росте опухоли. Визуальный гинекологический осмотр в ранней стадии позволяет обнаружить или заподозрить рак шейки матки по внешним признакам: изъязвлениям, изменению окраски шейки матки.
- В инвазивной стадии при экзофитном типе роста рака на поверхности шейки матки определяются фибриновые наложения, опухолевидные разрастания красноватого, белесоватого, розовато-серого цвета, которые легко кровоточат при прикосновении. В случае эндофитного роста цервикального рака шейка матки становится увеличенной, приобретает бочковидную форму, неровную бугристую поверхность, неравномерную розово-мраморную окраску. При ректо-вагинальном исследовании в параметрии и малом тазу могут определяться инфильтраты.
- С помощью кольпоскопии при увеличении изображения в 7,5- 40 раз возможно более детально изучить шейку матки, обнаружить фоновые процессы (дисплазию, лейкоплакию) и начальные проявления рака шейки матки. Для исследования зоны трансформации эпителия используют проведение пробы с уксусной кислотой и Шиллер-теста (йодной пробы). Атипия при раке шейки матки выявляется по характерной извитости сосудов, менее интенсивному окрашиванию патологических йоднегативных очагов. При подозрении на рак шейки матки показано исследование опухолеассоциированного антигена плоскоклеточных карцином – онкомаркера SCC (в норме не превышает 1,5 нг/мл).
- Расширенная кольпоскопия дает возможность выявить участок трансформации и произвести прицельную биопсию шейки матки для гистологического исследования забранных тканей. Ножевая биопсия шейки матки с выскабливанием цервикального канала обязательна при подозрении на цервикальный рак. Для определения степени инвазии рака производится конизация шейки матки – конусовидное иссечение кусочка тканей. Решающим и окончательным методом в диагностике рака шейки матки является морфологическая интерпретация результатов биопсии.

Лечение рака шейки матки

- При преинвазивном раке у молодых женщин, планирующих деторождение, выполняются щадящие вмешательства с удалением начально измененных участков шейки матки в пределах здоровых тканей. К органосохраняющим операциям относят конусовидную ампутацию (конизацию) шейки матки, электрохирургическую петлевую эксцизию, высокую ампутацию шейки матки. Экономные резекции при раке шейки матки позволяют соблюсти онкологическую радикальность и сохранить репродуктивную функцию.
- При более выраженных изменениях и распространенности опухолевого процесса показано удаление матки с транспозицией яичников (выведением их за пределы таза) или с овариэктомией. При раке шейки матки в стадии I B1 стандартным хирургическим объемом является пангистерэктомия – экстирпация матки с аднексэктомией и тазовой лимфодиссекцией. При переходе опухоли на влагалище показано проведение радикальной гистерэктомии с удалением части влагалища, яичников, маточных труб, измененных лимфоузлов, парацервикальной клетчатки.
- Хирургический этап лечения рака шейки матки может сочетаться с лучевой или химиотерапией, либо с их комбинацией. Химио- и радиотерапия могут проводиться на дооперационном этапе для уменьшения размеров опухоли (неoadъювантная терапия) или после операции для уничтожения возможно оставшихся опухолевых тканей (адъювантная терапия). При запущенных формах рака шейки матки выполняются паллиативные операции – выведение цистостомы, колостомы, формирование обходных кишечных анастомозов.

Рак тела матки

- Рак тела матки занимает первое место среди злокачественных новообразований женских половых органов, а в структуре всей женской онкопатологии - промежуточное место между раком молочной железы и раком шейки матки. Тенденция к росту заболеваемости раком эндометрия в гинекологии отчасти объясняется увеличением общей продолжительности жизни женщин и времени их нахождения в постменопаузе, а также стремительным нарастанием частоты такой патологии, как хроническая гиперэстрогения, ановуляция, бесплодие, миома матки, эндометриоз и др. Чаще рак тела матки развивается у женщин перименопаузального и постменопаузального периода (средний возраст – 60-63 года).

Причины и этапы развития рака тела матки

В онкогинекологии этиология рака тела матки рассматривается с точки зрения нескольких гипотез.

- Одна из них – гормональная, связывает возникновение рака тела матки с проявлениями гиперэстрогении, эндокринных и обменных нарушений, что отмечается у 70% больных. Гиперэстрогения характеризуется ановуляторными циклами и кровотечениями, бесплодием, поздней менопаузой, опухолевыми и гиперпластическими процессами в яичниках и матке. Гормонозависимый рак тела матки чаще встречается у пациенток с ожирением, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, феминизирующими опухолями яичника, неоднократными прерываниями беременности, получающих ЗГТ эстрогенами, имеющих отягощенную наследственную по раку яичников, эндометрия, молочной железы, толстой кишки.
- Фоновыми заболеваниями для рака тела матки служат гиперплазия эндометрия, полипы матки. На фоне гиперэстрогении, как правило, развивается высокодифференцированный рак тела матки, имеющий медленный темп прогрессирования и метастазирования, который в целом протекает относительно благоприятно. Такой вариант рака эндометрия высокочувствителен к гестагенам.
- Другая гипотеза опирается на данные, свидетельствующие об отсутствии эндокринно-обменных нарушений и расстройств овуляции у 30% пациенток с раком тела матки. В этих случаях онкопатология развивается на фоне атрофического процесса в эндометрии и общей депрессии иммунитета; опухоль преимущественно низкодифференцированная с высокой способностью метастазирования и нечувствительностью к препаратам гестагенового ряда. Клинически данный вариант рака тела матки протекает менее благоприятно.
- Третья гипотеза связывает развитие неоплазии эндометрия с генетическими факторами.
- В своем развитии рака тела матки проходит этапы:
 - функциональных нарушений (гиперэстрогении, ановуляции)
 - морфологических фоновых изменений (железистокистозная гиперплазия эндометрия, полипы)
 - морфологических предраковых изменений (атипической гиперплазии и дисплазии)
 - злокачественной неоплазии
- Метастазирование рака тела матки происходит по лимфогенному, гематогенному и имплантационному способу. При лимфогенном варианте поражаются паховые, подвздошные, парааортальные лимфоузлы. В случае гематогенного метастазирования отсевы опухоли обнаруживаются в легких, костях, печени. Имплантационное распространение рака тела матки возможно при прорастании опухолью миометрия и периметрия, вовлечении висцеральной брюшины, большого сальника.

Классификация рака тела матки

- Согласно гистопатологической классификации, среди форм рака тела матки выделяют аденокарциному, мезонефроидную (светлоклеточную) аденокарциному; плоскоклеточный, серозный, железистоплоскоклеточный, муцинозный и недифференцированный рак.
- По типу роста различают рак эндометрия с экзофитным, эндофитным и смешанным (эндоэкзофитным) ростом. По степени дифференцировки клеток рак тела матки может быть высокодифференцированным (G1), умереннодифференцированным (G2) и низкодифференцированным (G3). Наиболее часто рак тела матки локализуется в области дна, реже в области нижнего сегмента.

- В клинической онкологии используются классификации по стадиям (FIGO) и системе TNM, позволяющие оценить распространенность первичной опухоли (T), поражение лимфоузлов (N) и наличие отдаленных метастазов (M).
- 0 стадия (Tis) – преинвазивный рак тела матки (in situ)
- I стадия (T1) - опухоль не распространяется за пределы тела матки
- IA (T1a) – рак тела матки инфильтрирует менее 1/2 толщи эндометрия
- IB (T1b) – рак тела матки инфильтрирует половину толщи эндометрия
- IC (T1c) – рак тела матки инфильтрирует более 1/2 толщи эндометрия
- II стадия (T2) – опухоль переходит на шейку матки, но не распространяется за ее границы
- IIA (T2a) – отмечается вовлеченность эндоцервикса
- IIB (T2b) – рак инвазирует строму шейки
- III стадия (T3) – характеризуется местным или регионарным распространением опухоли
- IIIA (T3a) – распространение или метастазирование опухоли в яичник или серозную оболочку; наличие атипичных клеток в асцитическом выпоте или промывных водах
- IIIB (T3b) – распространение или метастазирование опухоли во влагалище
- IIIC (N1) – метастазирование рака тела матки в тазовые либо парааортальные лимфоузлы
- IVA стадия (T4) – распространение опухоли на слизистую толстого кишечника или мочевого пузыря
- IVB стадия (M1) – метастазирование опухоли в отдаленные лимфоузлы и органы.

Симптомы рака тела матки

- При сохранной менструальной функции рак тела матки может проявляться длительными обильными менструациями, ациклическими нерегулярными кровотечениями, в связи с чем женщины могут длительное время ошибочно лечиться по поводу дисфункции яичников и бесплодия. В постменопаузе у пациенток возникают кровяные выделения скудного или обильного характера.
- Кроме кровотечений при раке тела матки часто наблюдается лейкоррея - обильные водянистые жидкие бели; в запущенных случаях выделения могут иметь цвет мясных помоев или гнойный характер, ихорозный (гнилостный) запах. Поздним симптомом рака тела матки служат боли внизу живота, пояснице и крестце постоянного или схваткообразного характера. Болевой синдром отмечается при вовлечении в онкопроцесс серозной оболочки матки, сдавлении параметральным инфильтратом нервных сплетений.
- При нисходящем распространении рака тела матки в цервикальный канал возможно развитие стеноза шейки матки и пиометры. В случае сдавливания мочеточника опухолевым инфильтратом возникает гидронефроз, сопровождающийся болями в области поясницы, уремией; при прорастании опухоли в мочевой пузырь отмечается гематурия. При опухолевой инвазии прямой или сигмовидной кишки возникают запоры, появляется слизь и кровь в кале. Поражение тазовых органов нередко сопровождается асцитом. При запущенном раке тела матки нередко развивается метастатический (вторичный) рак легких, печени.

Диагностика рака тела матки

- Задачей диагностического этапа служит установление локализации, стадии процесса, морфологической структуры и степень дифференцировки опухоли. Гинекологическое исследование позволяет определить увеличение размеров матки, наличие инфильтрации рака параметральную и ректовагинальную клетчатку, увеличенные придатки.
- Обязательным при раке тела матки является цитологическое исследование мазков цервикального канала и содержимого аспирационной биопсии из полости матки. Материал для гистологического исследования получают при помощи биопсии эндометрия микрокюреткой или отдельного диагностического выскабливания в ходе гистероскопии. УЗИ малого таза – важный диагностический скрининг-тест при раке тела матки. При ультразвуковом сканировании определяются размеры матки, ее контуры, структура миометрия, характер опухолевого роста, глубина инвазии опухоли, локализация, метастатические процессы в яичниках и лимфоузлах малого таза.
- С целью визуальной оценки распространенности рака тела матки выполняют диагностическую лапароскопию. Для исключения отдаленного метастазирования рака тела матки показано включение в обследование УЗИ органов брюшной полости, рентгенографии грудной клетки, колоноскопии, цистоскопии, экскреторной урографии, КТ мочевыводящей системы и брюшной полости. При диагностике рак тела матки необходимо дифференцировать с полипами эндометрия, гиперплазией эндометрия, аденоматозом, подслизистой миомой матки.

Лечение рака тела матки

- Вариант лечения при раке тела матки определяется стадией онкопроцесса, сопутствующим фоном, патогенетическим вариантом опухоли. При раке тела матки гинекология применяет методы хирургического, лучевого, гормонального, химиотерапевтического лечения.
- Лечение начального рака тела матки может включать проведение абляции эндометрия – деструкции базального слоя и части подлежащего миометрия. В остальных операбельных случаях показана пангистерэктомия, или расширенное удаление матки с двусторонней аднексэктомией и лимфаденэктомией. При формировании пиометры проводится бужирование цервикального канала расширителями Гегара и эвакуация гноя.
- При инвазии миометрия и распространенности рака тела матки в постоперационном периоде назначается лучевая терапия на область влагалища, малого таза, зоны регионарного метастазирования. В комплексную терапию рака тела матки по показаниям включают химиотерапию цисплатином, доксорубицином, циклофосфамидом. С учетом чувствительности опухоли к гормональной терапии назначаются курсы лечения антиэстрогенами, гестагенами, эстрогенгестагенными средствами. При органосохраняющем лечении рака тела матки (абляции эндометрия) в дальнейшем проводится индуцирование овуляторного менструального цикла с помощью комбинированных гормональных препаратов.

Саркома матки

- Саркома матки – злокачественное новообразование тела или шейки матки, исходящее из недифференцированных соединительнотканых элементов миометрия или стромы эндометрия. Саркома матки проявляется циклическими и ациклическими кровотечениями, болями в животе, упорными белыми с гнилостным запахом, общим недомоганием. Саркома матки диагностируется с помощью бимануального исследования, гистероскопии, УЗИ, диагностического выскабливания, цитологии и гистологии биоптатов, лапароскопии. При саркоме матки производится расширенная пангистерэктомия, комбинированная с лучевой и химиотерапией.

Причины развития саркомы матки

- Вопросы этиопатогенеза саркомы матки малоизучены. Предполагается, что в развитии саркоматозной опухоли решающую роль играют полиэтиологические факторы, в т. ч. дисэмбриоплазии и рецидивирующие травмы, приводящие к пролиферации регенерирующих тканей.
- Саркоме матки обычно предшествуют некоторые патологические состояния. Наиболее часто (51-57%) опухолевая дисплазия происходит в очаговых узловых образованиях – фибромиомах матки. В числе факторов риска гинекология также выделяет нарушения эмбриогенеза, родовые травмы, повреждения матки при хирургическом прерывании беременности и диагностическом выскабливании, патологию матки с пролиферативными изменениями (эндометриоз, полипы эндометрия) и др.
- Существенное значение в этиопатогенезе саркомы матки отводится хроническим интоксикациям (в т.ч., никотиновым, алкогольным, лекарственным), профессиональным вредностям, экологическому неблагополучию, облучению малого таза при раке шейки матки. Не исключается, что развитию саркомы матки способствует ановуляция и гиперэстрогения, а также нейроэндокринные нарушения, возникающие в период климакса.

Характеристика саркомы матки

- Опухолевая дисплазия при саркоме чаще возникает в гладких мышцах матки (лейомиосаркома), интерстициальной соединительной ткани (стромальная саркома эндометрия) и других морфологических структурах. Саркомы миометрия обычно являются образованиями округлой формы, плохо отграниченными от окружающих тканей. На разрезе саркоматозные узлы имеют белесый, серовато-розоватый цвет, мягкую крошащуюся консистенцию, иногда – вид вареного мяса или мозговидной ткани. При некрозах и кровоизлияниях в ткань опухоли саркома матки приобретает пеструю окраску. Саркомы эндометрия чаще представлены ограниченными (узловатыми, полипозными) разрастаниями, реже – имеют диффузный характер.
- По мере роста саркома матки инфильтрирует миометрий и даже может достигать периметрия и стенок смежных органов (мочевого пузыря, кишки). При инвазии околоматочной клетчатки может развиваться клиника параметрита. Саркома матки склонна к быстрому росту и ранней деструкции (распаду), что сопровождается формированием кистозных полостей. При метастазировании саркомы матки (гематогенном, лимфогенном) отсевы опухолевых клеток чаще определяются в легких (17%), печени (9%), ретроперитонеальных лимфоузлах (8%), яичниках (7%), позвоночнике и костях (5%).

Классификация саркомы матки

- Основными морфологическими формами саркомы матки служат лейомиосаркомы, эндометриальные стромальные саркомы, смешанные мезодермальные опухоли, карциносаркомы и др. Саркомы, исходящие из миометрия встречаются в 47,2% случаев, из фиброматозных узлов – в 25,3%, из эндометрия – в 27,5%.
- По клеточному составу выделяют фибробластический, веретеночлечный, полиморфночлечный, круглочлечный, мышечночлечный, гиганточлечный, мелкочлечный тип саркомы матки.

- При оценке распространенности саркомы матки выделяют IV стадии:
- I – распространение саркомы матки ограничено мышечным или/и слизистым слоем
- Ia – опухолевая инвазия затрагивает миометрий или эндометрий
- Ib – опухолевая инвазия затрагивает миометрий и эндометрий
- II – локализация саркомы ограничена телом и шейкой матки и не выходит за их пределы
- IIa – имеется проксимальная или дистальная инфильтрация параметрия без перехода на стенки малого таза
- IIb - опухоль переходит на шейку матки
- III – локализация саркомы за пределами матки, но в границах малого таза.
- IIIa – имеется одно- или двусторонняя инфильтрация параметрия с переходом на стенки малого таза
- IIIb – отмечается метастазирование опухоли в регионарные лимфоузлы, влагалище, придатки, прорастание крупных вен
- IIIc - определяется прорастание серозного покрова матки, образование конгломератов с соседними структурами без их поражения
- IV - прорастанием саркомы матки в смежные органы и выход за пределы таза
- IVa – опухоль прорастает в мочевой пузырь, прямую кишку
- IVb – опухоль метастазирует в отдаленные органы

Симптомы саркомы матки

- В ранних стадиях саркома матки является «немой» опухолью, дающей скудную симптоматику. При развитии саркомы матки в фиброматозных узлах проявления могут не отличаться от клиники фибромы матки (субсерозной, субмукозной, интерстициальной).
- По мере прогрессирования саркомы матки, в зависимости от ее локализации, направления и темпа роста отмечаются нарушения менструального цикла (меноррагии, метроррагии), боли в области малого таза, обильные бели водянистого характера, которые при присоединении инфекции приобретают гнилостный запах. Симптоматика наиболее выражена при саркоме субмукозных узлов и эндометрия.
- К поздним проявлениям саркомы матки относятся анемия, кахексия, слабость, интоксикация, асцит. При метастатизировании саркомы в легкие развивается плеврит; в печень – желтуха; в позвоночник – боли в том или ином отделе, а также другие проявления, характерные для пораженного органа

Диагностика саркомы матки

- В процессе диагностики саркомы матки следует дифференцировать от доброкачественной фибромиомы. О саркоме матки следует думать при быстром росте фиброматозных узлов; ациклических кровотечениях; выраженной анемии, не соответствующей степени кровопотери; увеличении СОЭ; рецидиве симптоматики после удаления субмукозных узлов или полипов; выявлении опухолевых узлов в культе после надвлагалищной ампутации матки.
- При осмотре влагалища обращает внимание цианотичная окраска шейки, ее отек, гипертрофия, иногда – обнаружение рождающегося саркоматозного узла. С помощью гинекологического исследования (бимануального, ректовагинального) устанавливается локализация саркомы матки, величина и консистенция узлов, их смещаемость, наличие инфильтратов в параметрии, увеличенных пристеночных лимфоузлов, состояние придатков.
- По данным УЗИ-диагностики выявляется узловая трансформация матки, ее неоднородная эхогенность, некротизированные узлы, наличие патологического кровотока. При проведении аспирационной биопсии с цитологическим исследованием мазков-отпечатков в ряде случаев удается обнаружить наличие атипических полиморфных клеток. Более точную информацию получают при РДВ с последующим гистологическим исследованием соскоба эндометрия. В диагностическом отношении при саркоме матки информативны гистероскопия, гистероцервикография, лапароскопия, лимфография, ангиография.
- Всем пациенткам с саркомой матки производится обследование мочевыводящих путей (экскреторная урография, хромоцистоскопия, ренография), кишечника (ректороманоскопия, ирригоскопия), легких (рентгенография грудной клетки), печени (УЗИ). Саркоме матки в ходе диагностики дифференцируют от фибромиомы матки, опухолей яичников, полипов эндометрия, первичных опухолей смежной локализации.

Лечение саркомы матки

- Наиболее эффективно при саркоме матки проведение комбинированного лечения. Радикальным вмешательством при саркоме матки является пангистерэктомия; в запущенных случаях - расширенная гистерэктомия - удаление матки, удаление придатков (аднексэктомия), регионарных лимфоузлов, инфильтратов параметрия и резекция смежных органов.
- Хирургический этап дополняется лучевой терапией, направленной на девитализацию опухолевых клеток. Химиотерапия (доксорубицином, фторурацилом, циклофосфамидом, винкристином, дактиномицином) ввиду недостаточной эффективности применяется как паллиативный метод при иноперабельных процессах и рецидивах саркомы матки.