

УДК 618.14-006.6-036

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ

© 2004 г. Ю.С. Сидоренко, В.С. Останко, Е.М. Непомнящая, С. Ж.-П. Босенко, А.В. Пустовалова

Cases of uterine cancer occurred during the last 15 years are observed. The increase of tumors is found. Serum-gendritic cancer is found to be aggressive similar to ovarian cancer.

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости раком тела матки, обусловленный демографическими процессами, увеличением частоты эндокринно-обменных и гормональных нарушений у женщин, а также снижением заболеваемости раком шейки матки.

Традиционно течение рака тела матки считалось относительно доброкачественным с благоприятным прогнозом и общей 5-летней выживаемостью около 80 % больных. Однако в последние годы онкологи сталкиваются с ситуацией изменившегося характера рака эндометрия, когда отсутствует адекватная клиническая картина развитого злокачественного, а при I стадии отмечается агрессивное течение с глубоким инфильтративным ростом и карциноматозом стенки матки [1].

Рак эндометрия занимает в структуре онкогинекологической заболеваемости в экономически развитых странах первое место. По сравнению с предыдущими годами увеличивается количество наблюдений рака тела матки. Произошло изменение традиционного соотношения частоты рака шейки и тела матки. В течение всей истории онкогинекологии рак шейки матки всегда преобладал над раком тела матки в соотношении 4:1. За последнее десятилетие это соотношение изменилось, и рак тела матки вышел на первое место [2–4].

За последние 10 лет (1991–2001) отмечается рост заболеваемости раком тела матки в РФ с 9,6 до 12,8 (+33 %), и по Ростовской области – с 10,4 до 16,2 (+56 %) на 100 тыс. населения.

В структуре заболеваемости женского населения Ростовской области в 2001 г. рак тела матки занимает третье место после рака молочной железы и кожи [4].

Раньше рак тела матки наблюдался у женщин с 50 лет и старше, в возрасте 40 лет были единичные наблюдения. В настоящее время число женщин моложе 40 лет составляет от 2,5 до 6% (табл. 1). Ведущим симптомом современного клинического проявления рака эндометрия является его агрессивность, раннее метастазирование в яичники, влагалище, лимфоузлы малого таза [3,5–7,0]. По данным литературы, частота рецидивов достигает в среднем 50 %; трехлетняя выживаемость составляет 57,3 %, а пятилетняя – только 30 %, тогда как при эндометриоидных формах рака этот показатель превышает 75 %. Для серозно-папиллярного рака эндометрия характерна высокая частота инвазии в миометрий и лимфоваскулярная инвазия, что определяет плохой прогноз заболевания [8].

Анализ онкоэпидемиологической ситуации позволяет констатировать рост частоты выявления рака тела матки в III–IV стадиях. Удельный вес больных с III и

IV стадиями рака тела матки из впервые заболевших составил в 2000 г. – 17,1 %, в 2001 г. – 17,4.

Смертность от рака тела матки по Ростовской области (на 100 тыс. населения) составила за 2000 г. – 3,8 %, за 2001 г. – 4,5.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в изучении клинко-морфологических особенностей рака эндометрия, некоторые аспекты этой проблемы недостаточно освещены в литературе и требуют своего решения. В последние годы отмечается чрезвычайная агрессивность течения рака эндометрия, напоминающая рак яичников по форме роста и метастазированию.

Рак эндометрия – морфологически гетерогенная опухоль. Большая его часть (85–90 %) представлена эндометриоидной аденокарциномой, остальные – редкими формами.

Классификация рака тела матки имеет следующий вид.

Эндометриоидные формы:

- папиллярная (сосочковая villогландулярная);
- секреторная;
- цилиарная;
- со сквамозной метаплазией;
- аденоакантома;
- аденосквамозный рак.

Неэндометриоидные формы:

- серозно-папиллярный рак;
- светлоклеточная аденокарцинома;
- муцинозная аденокарцинома;
- плоскоклеточная карцинома.

Кроме особенностей архитектоники железистых структур, степени их дифференцировки и уровня неопластической анаплазии железистого эпителия, большое значение в сложных процессах морфогенеза эндометриоидного рака имеет специфика его исходного клеточного прототипа, определяющего само направление дифференцировки опухолевых клеток.

Существует концепция, согласно которой раки эндометрия развиваются из различных морфофункциональных клеточных типов, являющихся прямыми потомками родоначальных стволовых раковых клеток. Эти клетки представляют собой опухолевые аналоги нормальных стволовых клеток эндометриального эпителия, способных дифференцироваться в различных направлениях. В результате такой дифференциации возникают основные структурные варианты изменений эндометрия по собственному эндометриальному, эндоцервикальному, трубному, плоскоклеточному типу. Любой из этих вариантов при соответствующих условиях может через ряд промежуточных этапов атипической пролиферации трансформиро-

ваться в раковую опухоль с преобладанием в микроскопической картине клеточного типа.

В последние годы выделена особая форма опухоли эндометрия, идентичная по своим клеточным признакам и клиническому поведению серозным папиллярным ракам яичника. По данным зарубежной литературы, эта форма рака эндометрия составляет до 10 % всех эндометриальных карцином.

Серозно-папиллярные раки поражают, как правило, женщин более старшего возраста, чем в группе эндометриальных карцином (чаще болеют женщины 50–75 лет).

Первое упоминание о серозно-папиллярном раке относится к 1947 г., когда E. Novak описал структуру особой формы папиллярного рака эндометрия, содержащую псаммомные тельца, с распространенным опухолевым процессом и быстрым прогрессированием заболевания.

В 1982 г. Scendrickson и соавторы впервые выделили серозно-папиллярный рак эндометрия в самостоятельный гистологический вариант, вошедший впоследствии в современные классификации рака эндометрия.

Макроскопически картина серозно-папиллярного рака эндометрия характеризуется наличием рыхлого полиповидного образования в области дна или боковых стенок полости матки. Размеры опухоли широко варьируют, иногда наблюдается распространение на всю слизистую оболочку с выполнением полости матки рыхлыми папиллярными разрастаниями.

В ряде наблюдений отмечается глубокое прорастание опухолевой ткани в миометрий. А иногда опухоль имеет вид маленького полиповидного узелка, состоящего из рыхлой ворсинчатой ткани, нерезко возвышающегося над поверхностью слизистой. Инвазивный рост – от прорастания поверхностных слоев миометра до глубоких.

Гистологическое строение серозно-папиллярного рака эндометрия характерно и напоминает структуру серозно-папиллярного рака яичников.

В соскобе и в операционном материале опухоли удаленной матки видна густая разветвленная масса папиллярных структур с тонкой нежно-волоконистой стромой сосочков, богатых молодыми соединительнотканнми клетками. Нередко в стромальных прослойках новообразования и строме сосочков наблюдаются лимфоплазматичные инфильтраты, ксантомные клетки.

Имеют место железистые и железисто-солидные участки, а также мелкие кистозные полости с внутрикистозными тонковетвящимися папиллярными разрастаниями. Встречаются мелкие слоистые известковые образования, т.е. псаммомные или псаммозные тельца.

Между серозно-папиллярными раками тела матки и яичников существует гистогенетическая и морфологическая тождественность, а также однотипные пути распространения, характер метастазирования, клиническое поведение.

По сравнению с эндометриоидными карциномами серозно-папиллярные раки отличаются более ранней и распространенной генерализацией. Метастазирование по брюшине и в другие органы; упорные рециди-

вы в мягкие ткани в области операционного ложа, тяжелое клиническое течение, плохой прогноз. Метастазирование не зависит от уровня инвазии.

Таким образом, морфологическое и клиническое своеобразие серозно-папиллярных раков эндометрия, сближающее эти опухоли с наиболее частой и злокачественной формой рака яичников, предъявляет повышенные требования к онкоморфологу, подчеркивая необходимость их точной верификации и выделения из общей группы эндометриальных карцином.

Анализ литературных данных и собственные наблюдения убеждают, что рак эндометрия представляет проблему, требующую своего решения. В нашем институте под руководством академика РАМН Ю.С. Сидоренко [9] были проведены и осуществляются исследования в этом направлении: неоадьювантная эндолимфатическая химиотерапия [10], аутолимфохимиотерапия [11], локальная интерстициальная химиотерапия рака тела матки [1].

На материале гинекологического отделения клиники РНИОИ отмечено увеличение рака эндометрия (таблица).

Распределение больных раком тела матки по возрастным группам (1998 – 2002 гг.)

Возраст, лет	Абсолютное число	%
20 – 29	11	0,4
30 – 39	59	2,2
40 – 49	263	9,8
50 – 59	952	35,5
60 – 69	1098	40,9
70 – >	301	11,2
Всего	2684	100

По данным отделения онкогинекологии РНИОИ за 2000 г., прооперировано: 161 больная раком эндометрия, 92 % из них (148 человек) составили эндометриоидные аденокарциномы. Редкие (неэндометриоидные) формы – 8 %, из них светлоклеточная аденокарцинома – 1,2 % (2 человека) и плоскоклеточная карцинома – 6,8 (11 человек). За 2001 г. прооперировано 160 больных раком тела матки; 89 % из них (142 человека) составила эндометриоидная аденокарцинома, а редкие формы составили 11. Из них светлоклеточная аденокарцинома – 1,8 % (3 человека) и плоскоклеточная карцинома – 9,2 (15 человек). За 2002 г. прооперировано 150 больных РТМ. Из них 93,3 % (140 больных) – эндометриоидные аденокарциномы. Редкие формы составили 6,6 %, из них серозно-папиллярный рак – 1,3 % (2 случая), плоскоклеточный рак – 4 (6 случаев), светлоклеточная аденокарцинома – 1,3 (2 случая).

Тактика лечения серозно-папиллярного рака эндометрия до настоящего времени считается дискуссионной. Большинство исследователей склоняется к мнению о необходимости выполнения пангистерэктомии с лимфоденэктомией с последующей адьювантной химиолучевой терапией.

Таким образом, анализ клинко-морфологического течения рака тела матки за 15 лет (1988–2002) показал, что имеется увеличение количества данного вида

опухолей. Установлено, что серозно-папиллярный рак эндометрия имеет агрессивное течение, подобное раку яичников, что диктует необходимость нестандартных подходов к выбору методов лечения.

Литература

1. Моисеенко Т.И. // Системный подход к реабилитации онкологических больных после комбинированного и комплексного лечения. М., 2002. С. 515–520.
2. Нугманов Э.У. Прогнозирование клинического течения и пути улучшения комбинированных методов лечения рака матки и яичников: Автореф. дис... д-ра мед. наук. Алма-Ата, 1994.
3. Ульрих Е.А. Клинико-морфологические особенности серозно-папиллярного рака эндометрия: Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб., 2002.
4. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2001 г. (заболеваемость и смертность). М., 2003.
5. Босенко С.Ж.-П., Босенко Е.С. // Системный подход к реабилитации онкологических больных после комбинированного и комплексного лечения. М., 2002. С. 27–39.
6. Урманчеева А.Ф. и др. // Вопросы онкологии. 2002. Т. 48. № 6. С. 679–683.
7. Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки. СПб., 2000.
8. Горделадзе А.С. Андреев В.В. // Арх. патологии. 2002. № 3. С. 53–55.
9. Сидоренко Ю.С. Шурыгина Э.А. Тютюнова А.М. Гормонально-метаболические нарушения при раке тела матки. Ростов н/Д, 1996.
10. Никитина В.П. Эндолимфатическая полихимиотерапия в комплексном лечении рака эндометрия: Дис... канд. мед. наук. Ростов н/Д, 1996.
11. Пустовалова А.В. Неоадьювантная аутолимфохиотерапия в комплексном лечении больных раком тела матки III стадии: Автореф. дис... канд. мед. наук. Ростов н/Д, 2000.