

УКД: 616-006.04-08-039.75

КОНУСОВИДНАЯ АМПУТАЦИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ (памятка практическому врачу)

В.И. Соловьев, И.Е. Захарова, А.И. Покусаев

Смоленский областной онкологический клинический диспансер,
ГОУ ВПО СГМА Росздрава

Резюме

В связи с реальной возможностью установления заболевания раком шейки матки в ранней стадии возникает необходимость обоснования, разработки и использования различных методов функционально-щадящего и органосохраняющего лечения, сочетающего онкологическую радикальность и функциональную сохранность. Органосохраняющее лечение без применения дополнительных лечебных воздействий обеспечивает полноценную медицинскую реабилитацию пациенток, а отсутствие необходимости в трудовой реабилитации придает методу экономическую значимость.

Ключевые слова: рак шейки матки, конусовидная ампутация, двухэтапный диагностический процесс.

В последние годы четко прослеживается рост заболеваемости раком шейки матки (РШМ) среди молодых женщин до 40 лет. Особенно заметно повышение заболеваемости в группе женщин до 29 лет, составляющее 2,1% в год. Это свидетельствует как о низком уровне медико-просветительской работы, проводимой среди населения, так и о недостаточном внимании, уделяемом лечению фоновых и предраковых заболеваний шейки матки у пациенток указанных групп.

Увеличение числа заболевших женщин является весьма тревожным фактором, т. к. данный контингент пациенток представляет собой не только репродуктивно значимую часть женского населения, но и активную в социальном отношении группу, и поэтому сегодня актуально обозначение тех основных принципов диагностики, по которым формируется стратегия той или иной методики лечения этой формы заболевания.

В проблеме одномоментно сплетена необходимость поиска четких морфологических критериев, учета конкретной клинической ситуации, стремление к оптимистичному прогнозу (радикальное лечение) и вместе с тем широкое использование щадящих вариантов терапии.

В онкологии имеет место принцип *двухэтапности диагностического процесса*, где первый этап – скрининг (или синдромная диагностика) – реализуется на уровне первичной медико-санитарной помощи, а второй этап (нозологическая и внутринозологическая диагностика) – в специализированной онкологической клинике. В основе этого этапа диагностики лежит установление основных гистологических критериев злокачественного процесса, которое строится на основе изучения материала прицельной биопсии или конизации шейки матки.

Недопустимы многократные биопсии шейки матки, категорически нельзя брать биопсию конхотомом. Биопсия должна быть максимально прицельной, под эндоскопическим контролем (кольпоскопия).

При цитологических признаках плоскоклеточного рака и кольпоскопической семиотике начального этапа злокачественного процесса у пациенток репродуктивного периода целесообразно предпринять выскабливание слизистой оболочки цервикального канала с одномоментной или конусовидной лазерной эксцизией или ножевой ампутацией шейки матки.

У пациенток постменопаузального периода из-за атрофии шейки матки, сглаженности влагалищных сводов отсутствует реальная возможность выполнения полноценного конуса, поэтому необходимо произвести полноценный соскоб цервикального канала и прицельную конусовидную (уходящую в глубину цервикального канала) биопсию шейки матки.

В 1995 году Международная федерация гинекологов и акушеров (FIGO) утвердила определение микроинвазивного рака шейки матки: это РШМ, проникающий в строму на глубину не более 3 мм от базальной мембраны, при отсутствии раковых эмболов в кровеносных и лимфатических сосудах.

Для принятия оптимального решения при многофакторных исходных необходимо опираться на *основные принципы:*

1. Располагать качественной и точной (по целому ряду морфологических параметров) диагностикой.
2. Владеть различными методами адекватного и радикального лечения.
3. Широко использовать органосохраняющие и щадящие варианты лечения у пациенток молодого возраста.

4. Включить в систему мер медицинской реабилитации патогенетическую профилактику рака шейки матки.

Всемирной организацией онкологов (SGO, 1996) рекомендованы 2 критерия, по которым строится гистологическая концепция микроинвазивного рака шейки матки:

- стромальная инвазия на глубину до 3 мм (при объеме опухоли не более 100 мм³);
- отсутствие комплекса опухолевых клеток в лимфатических сосудах шейки матки (LVI).

Основной принцип, по которому должна формироваться программа лечения при начальном раке шейки матки, – оптимально-радикальное, но максимально функционально-щадящее.

Конизация шейки матки выполняется при преинвазивном и микроинвазивном РШМ, когда выполнены следующие условия:

1. Минимальная стромальная инвазия опухоли в строму (до 2–3 мм).
2. Отсутствие опухоли по краю резекции.
3. Плоскоклеточный (высоко- или умеренно дифференцированный рак).
4. Расположение опухоли в экзоцервиксе.
5. Возраст до 40 лет.
6. Наличие опытного морфолога.
7. Возможность динамического наблюдения.
8. Наличие специализированной клиники, располагающей диагностической и терапевтической аппаратурой и возможностью для объективного анализа результатов лечения с учетом абсолютных критериев эффективности.

Полноценное гистологическое исследование удаленного препарата является неотъемлемой составляющей каждой органосохраняющей операции, т. к. последняя помимо лечебного назначения служит заключительным диагностическим этапом. Особенно важна оценка линии резекции органа, которая может быть подвергнута некрозу различной глубины, возникающему после отсечения шейки матки иным инструментом (не скальпелем). Таким образом, морфологическое исследование позволяет провести истинное стадирование опухолевого процесса, оценить фактор прогноза и достаточность объема лечебных мероприятий.

Однако в ряде случаев, несмотря на 1a1 стадию, проведение органосохраняющего лечения РШМ является недопустимым. Это ситуации, сопровождающиеся проникновением опухолевых клеток в подэпителиальные кровеносные и лимфатические сосуды. Частота раковых эмболов колеблется от 2,6 до 14,5%. От наличия эмболов зависит и частота метастазирования. Эта частота поражения регионарных лимфоузлов сопоставима с таковой при 1a2 стадии, что свидетельствует о необходимости выполнения оперативного вмешательства на зонах регионарного лимфооттока.

Преинвазивный рак не имеет патогномоничных клинических и кольпоскопических признаков. Под термином «in situ» принято понимать патологию покровного эпителия шейки матки, во всей толще которой имеются гистологические признаки рака, но отсутствует инвазия в подлежащую строму.

Случаи плоскоклеточного рака шейки матки, когда инвазия в подлежащую строму ограничивается отдельными микроскопическими фокусами, квалифицируются как микрокарциному. Диагноз микрокарциномы ставится лишь в том случае, если при исследовании множества срезов серийных блоков конуса или всей шейки матки не обнаружены признаки более выраженной инвазии в подлежащую строму.

Таким образом, к начальным формам РШМ относят преинвазивный рак (in situ), где опухолевый процесс ограничен лишь эпителием, и микроинвазивный рак (1a1 стадия), который характеризуется стертой инвазией или инвазивным ростом на глубину не более 3 мм.

Внутриэпителиальный рак и микроинвазивный РШМ представляют собой последовательные этапы опухолевой трансформации. На основании данных литературы и результатов клинических наблюдений считается, что при преинвазивном раке возможность метастатического поражения регионарных лимфоузлов отсутствует, а при раке 1a1 стадии такая возможность, хоть и редкая, существует. Частота метастазирования при глубине инвазии до 3 мм не превышает 1,2%, а в большинстве случаев отсутствует. Факт отсутствия или крайне низкой потенции к метастазированию при 1a1 стадии позволяет отнести микроинвазивный РШМ, как и преинвазивный, к компенсированному раку, когда особые взаимоотношения организма и опухоли сдерживают инвазивный рост.

Выявление больных со ЗНО ШМ при проведении профосмотров с 1998 повысилось с 24 до 29% в 2008 году. Выявление РШМ in situ в результате проведения скрининга возросло с 10,7 (в 1998 г.) до 19,4% (в 2008 г.), что говорит о целесообразности дальнейшего применения программы скрининга РШМ.

В связи с реальной возможностью установления заболевания РШМ в ранней стадии возникает необходимость обоснования, разработки и использования различных методов функционально-щадящего и органосохраняющего лечения, сочетающего онкологическую радикальность и функциональную сохранность.

Знание современных подходов и способов органосохраняющего лечения больных позволит практикующим врачам рекомендовать пациенткам предпочтительный метод хирургического лечения, по возможности органосохраняющий, особенно когда речь идет о молодой женщине, которую можно излечить и сохранить возможность стать матерью.

Реализация органосохраняющих подходов в лечении рассматриваемой патологии находится в непосредственной зависимости от своевременности диагностики опухолевого процесса, а именно от стадии заболевания.

Комплексная диагностика и последующее рациональное лечение дисплазии и преинвазивного рака обеспечивают достижение стойкого клинического

излечения и надежно предупреждают инвазивный рак шейки матки.

Органосохраняющее лечение без применения дополнительных лечебных воздействий обеспечивает полноценную медицинскую реабилитацию пациенток, а отсутствие необходимости в трудовой реабилитации придает методу экономическую значимость.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новикова Е.Г., Чиссов В.И., Чулкова О.В. и др. Органосохраняющее лечение в онкогинекологии. Москва, 2000г.
2. Тюляндин С.А., Моисеенко В.М. Практическая онкология: Избранные лекции. С-П., 2004г.
3. Моисеенко В.М. Справочник по онкологии. С-П., 2008г.
4. Гилязутдинова З.Ш., Михайлов М.К. Онкогинекология. М., 2002 г.

УДК: 616-006.04-08-039.75

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В.И. Соловьев, А.П. Петрушин, А.И. Покусаев, Е.Н. Семкина
*Смоленский областной онкологический клинический диспансер,
 ГОУ ВПО СГМА Росздрава*

Резюме

Малигнизация аденом толстой кишки наблюдалась от 1 до 48% случаев. Наиболее часто малигнизируются аденомы прямой и дистальной трети сигмовидной кишок. Хирургические методы являются основными в лечении аденом толстой кишки. Самым распространенным из них считается эндоскопическое удаление с применением электрокоагуляции.

Ключевые слова: аденома, эндоскопическое удаление, электрокоагуляция.

Аденомы толстой кишки встречаются чаще у лиц в возрасте 40–60 лет. Одиночные аденомы встречаются гораздо чаще, чем множественные (Ривкин В.Л. и др., 2001).

Морфологически выделяют три вида аденом:

- тубулярные аденомы (синоним: трубчатые, железистые аденомы); преобладают тубулярные структуры в объеме 80% паренхимы, встречаются у 59,1% пациентов с аденомами; имеют ножки или без них; клинических проявлений обычно нет; у 5% больных положителен анализ кала на скрытую кровь; риск злокачественного перерождения коррелирует с размерами (2%, если диаметр 1,5 см и 10%, если диаметр больше 2,5 см). Большинство (65%) трубчатых аденом локализируются в ректосигмоидном отделе кишечника;

- ворсинчатые, или villous аденомы – преобладают ворсинчатые структуры более 80% объема паренхимы; легче распознаются, чем трубчатые; встречаются у 1,1% пациентов с аденомами; обладают высоким риском малигнизации (свыше 33% при

диаметре более 2 см); чаще расположены в левом отделе толстой кишки, иногда сочетаются с калиевой секреторной диареей;

- тубуло-ворсинчатые аденомы, как промежуточные формы, относят к третьему варианту аденом (Ванин А.И., 2001).

Малигнизация аденом толстой кишки наблюдалась от 1 до 48% случаев (Смирнова-Стеценко Е.С. и др., 1973; Hamilton S.R., 1992). Наиболее часто малигнизируются аденомы прямой и дистальной трети сигмовидной кишок (Ульянов В.И., Соловьев В.И. и др., 1978; Ванин А.И., 2001).

Хирургические методы являются основными в лечении аденом толстой кишки. Самым распространенным из них считается эндоскопическое удаление с применением электрокоагуляции. Выбор же хирургического метода определяется размерами аденомы, локализацией, результатами биопсии, общим состоянием больного и рядом других факторов.

Впервые электрокоагуляция для удаления аденом была применена в 1928 году Н.С. Фридманом