

УДК 618.146-006.66-071

*Н.В. Зелінська, О.П. Пересунько***КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДЕНОКАРЦИНОМИ ШИЙКИ МАТКИ**

Буковинський державний медичний університет. м. Чернівці

Резюме. Проведено аналіз клінічного перебігу аденокарциноми шийки матки I-IV стадій у 50 хворих. Вивчені клінічні симптоми, характер супутньої патології, особливості анатомічної будови, варіанти гістологічної структури та недоліки у виявленні пухлини.

Ключові слова: аденокарцинома, шийка матки, клініка, діагностика.

Вступ. Незважаючи на значні успіхи в діагностиці та лікуванні раку шийки матки (РШМ), ця патологія стабільно утримує друге місце в структурі онкогінекологічної захворюваності [1, 2, 6, 9] після раку ендометрія, залишаючись важливою проблемою онкології.

За даними різних авторів [2, 3, 4, 10], аденокарцинома шийки матки (АКШМ) становить 8-26 % випадків усіх РШМ, але має більш несприятливий прогноз ніж плоскоклітинний РШМ. Крім того, АКШМ рідше виявляють на ранніх стадіях, оскільки пухлина локалізується в цервікальному каналі і не візуалізується при гінекологічному огляді [3, 4, 5, 8, 10].

Проте, незважаючи на актуальність проблеми АКШМ, у вітчизняній та зарубіжній літературі цій нозології, на відміну від плоскоклітинного РШМ, приділяється незаслужено мало уваги [4, 8, 10]. Ці роботи поодинокі та присвячені, в основному, методам лікування занедбаних її форм.

Мета дослідження. Охарактеризувати клінічні особливості аденокарциноми шийки матки для уточнення факторів, які сприяють розвитку та прогресуванню цього захворювання.

Матеріал і методи. Нами проаналізовані клінічні особливості 50 пацієнток із гістологічно верифікованою АКШМ 0-IV стадій, які перебували на обстеженні та лікуванні в Чернівецькому клінічному онкологічному диспансері (24 особи) та Хмельницькому онкологічному диспансері (26 осіб). При цьому вивчалися клінічні симптоми, характер супутньої патології, особливості анатомічної будови, варіанти гістологічної структури та основні недоліки в ранньому виявленні пухлини.

Обстеження хворих на АКШМ ми проводили в декілька етапів: збір анамнезу, загальний огляд, гінекологічний огляд та додаткові методи дослідження. Після візуального огляду зовнішніх статевих органів та шийки матки в дзеркалах, виконували бімануальне дослідження, цитологічний забір мазків із шийки матки та біопсію шийки матки (або вишкрібання цервікального каналу – цуг-біопсія). Заключний діагноз ставили після гістологічного дослідження. Розповсюдженість пухлини виявляли при УЗД, цистоскопії, гістерофіброскопії, ректороманоскопії, рентгенографії органів грудної клітки. Також проводили комп'ютерну та магнітно-резонансну томографію.

Стадію АКШМ визначали за класифікацією FIGO (Міжнародна федерація гінекологів та акушерів 2009) та TNM (6-й перегляд 2003). Гістологічну будову АКШМ визначали за Міжнародною гістологічною класифікацією пухлин шийки матки (ВООЗ, 2-й перегляд, 2003р.)

Результати дослідження та їх обговорення. У таблиці 1 наведено розподіл хворих на АКШМ залежно від стадії за класифікації FIGO та TNM. Як видно з таблиці 1, у більшості пацієнток 44 – 89% - захворювання вперше діагностувалося в запущених (II-IV) стадіях.

Клінічні симптоми, а саме – класична тріада (білі, кровотеча, болі), найчастіше спостерігалися при розповсюджених формах АКШМ, у II-IV стадіях у 44 пацієнток (88 %). Один із основних симптомів АКШМ – кров'янисті виділення, спостерігалися у всіх випадках раннього виявлення АКШМ (Tis та T1a ст.) у вигляді контактних кровомазань – 6 пацієнток (12 %).

Найчастіше при АКШМ відмічалось поєднання перерахованих симптомів у нашому дослідженні – у 36 осіб (72 %). Ациклічні кров'янисті виділення виявленні у 18 (36 %) пацієнток, контактні кров'янисті виділення – у 6 жінок (12 %). Білі, як перший симптом захворювання, спостерігалися в 17 жінок (34 %). Біль відмічено у 23 (46 %) осіб. Дизурія – у 5 (10 %). Тільки у двох жінок (4 %) взагалі не було скарг.

Одним із факторів, який впливав на вибір подальшої тактики лікування хворих на АКШМ, була супутня екстрагенітальна патологія.

Із 50 хворих на АКШМ, які були включені в обстеження, у 32 (64 %) виявлено ожиріння:

I ступеня – у 18 (56 %), II ступеня – 12 (38 %), III ступеня – у 2 (6 %).

Шемічну хворобу серця мали 15 (30 %) пацієнток, гіпертонічну хворобу – 21 (42 %), хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту – 8 (16 %), захворювання легень (хронічний бронхіт, бронхіальна астма) – 3 (6 %), цукровий діабет – 5 (10 %), сечокам'яна хвороба – 3 (6 %), захворювання опорно-рухового апарату – 2 (4 %). Різноманітні поєднання супутніх захворювань виявлені в 16 (32 %) пацієнток з АКШМ.

Фонові та передракові захворювання шийки матки відмічені в анамнезі у 24 (48 %) пацієнток. Псевдоерозії шийки матки в анамнезі спостеріга-

Таблиця 1

Розподіл хворих на аденокарциному шийки матки в залежності від стадії

Стадія		Кількість спостережень	
TNM	FIGO	Абс.	%
Tis	0	-	-
T1a	IA	3	6
T1b	IB	17	34
T2a	IIA	6	12
T2b	IIB	13	26
T3a	IIIA	3	6
T3b	IIIB	5	10
T4	IVA	3	6
M1	IVB	-	-
Всього		50	100,0

Таблиця 2

Гістологічна характеристика аденокарциноми шийки матки у досліджуваних пацієнток

№	Гістологічний тип	Кількість спостережень	%
1	Муцинозна	29	58
2	Ендометріоїдна	13	26
3	Залозисто-плоскоклітинний рак	3	6
4	In situ	2	4
5	Серозна	1	2
6	Світлоклітинна	2	4
	Всього	50	100,0

лися у 18 (36 %) пацієнток, поліпи шийки матки – у 2 (4 %), дисплазії шийки матки – у 4 (8 %).

У більшості спостережень пухлина уражувала цервікальний канал 34 (68 %) жінок. Ураження всієї шийки матки відмічено в 10 (20 %) пацієнток, передньої губи шийки матки – у 4 (8 %), задньої губи – у двох (4 %).

У нашому дослідженні спостерігалися наступні форми анатомічного росту пухлини: екзофітна, ендофітна та змішана. Найбільш характерна була ендофітна форма анатомічного росту пухлини. Шийка матки при цьому гіпертрофується, набуває бочкоподібної форми. Це відмічено у 29 (58 %) пацієнток. Рідше трапляється екзофітна форма анатомічного росту пухлини – 10 осіб (20 %), при якій пухлина розповсюджується на ектоцервікс. Змішана форма анатомічного росту виявлена в 11 жінок (22 %).

Розмір пухлини менше 4 см відмічено у 19 (38 %) осіб, більше 4 см – у 26 (52 %) осіб. При первинному огляді пухлина візуально не визначалася в 5 (10 %) пацієнток.

За нашими даними, частіше всього виявлена муцинозна 29 (58 %) та ендометріоїдна 13 (26 %) АКШМ. Залозисто-плоскоклітинний рак діагностовано у 3 (6 %), АКШМ in situ – у 2 (4 %), світлоклітинна аденокарцинома – у 2 (4 %), серозна аденокарцинома – в 1 (2 %). Дані про гістологічний тип АКШМ наведені в таблиці 2.

У нашому дослідженні переважали помірно-та високодиференційовані пухлини шийки матки – 29 (58 %) пацієнток та 10 (20 %) відповідно. Низькодиференційовані пухлини виявлені у 8 пацієнток (16 %). У трьох (6 %) пацієнток діагностовано пухлини різного ступеня диференціації.

При огляді шийки матки в дзеркалах визначали ерозію, вузлові та папілярні утворення, збільшення шийки матки, що дозволяє підозрювати пухлину. Екзофітна пухлина представляє собою розростання змішаної тканини з ділянками розпаду, які легко кровоточать при доторканні. При ендофітній пухлині шийка матки щільна, збільшена, слизова оболонка темно-червоного кольору з сіткою легкокровоточивих судин.

За відсутності ураження ектоцервіксу виконати кольпоскопію та цитологічне дослідження мазків шийки матки для постановки діагнозу АКШМ недостатньо. У нашому дослідженні цитологічне дослідження було неефективним у 31 (62 %) хворої.

Серед 50 хворих на АКШМ досліджуваної групи діагноз пухлини шийки матки при профілактичних оглядах був поставлений тільки у 12 (24 %) жінок. При появі клінічних симптомів – 38 (76 %) пацієнток.

Стадію захворювання визначали за класифікацією FIGO за результатами гістологічного дослідження післяопераційного матеріалу та додаткових досліджень (див. табл. 1).

Незважаючи на успіхи, за даними літератури [1, 8, 9], досягнуті в галузі діагностики АКШМ, більшість хворих, які надходили до стаціонару за нашими даними, були в II-III стадіях. Занедбаність у цих випадках зумовлена відсутністю онкологічної настороги та скритим перебігом хвороби (локалізацією пухлини в більшості в цервікальному каналі та ендофітна форма анатомічного росту пухлини).

Лікування хворих на АКШМ проводилося в чотирьох напрямках: хірургічне, променево, ком-

біноване та комплексне. Тактика лікування залежить від розповсюдженості процесу, віку, стану репродуктивної функції та наявності супутніх захворювань.

Хірургічний метод, як самостійний, був застосований у нашій групі хворих з 0 – Іа2 стадії раку в трьох пацієнток.

Висновок

На основі вивчення клінічних особливостей перебігу аденокарциноми шийки матки, виявлено значущі несприятливі фактори прогнозу, а саме – у більшості пацієнток захворювання діагностується в запущеній стадії та тотальним ураженням шийки матки зі змішаною формою анатомічного росту, що призводить до раннього метастазування.

Перспективи подальших досліджень. На основі вивчення соматичного та гінекологічного анамнезу у хворих на АКШМ, виявити можливі ланки патогенезу перебігу цього захворювання, який відповідає гормонозалежному раку, схожого з раком ендометрія.

Література

1. Аденокарцинома шейки матки / Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева, Л.Э. Завалишина [и др.] // Арх. патол. – 1999. – № 5. – С. 61-65.
2. Аденокарцинома шейки матки / С.А. Саргасян, В.В. Кузнецов, М.А. Шабанов [и др.] // Вестн. Рос. онкол. науч. центра им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2006. – Т. 17, № 3. – С. 43-48.
3. Вакуленко Г.А. Ключевые звенья патогенеза рака шейки матки, определяющие клинические перспекти-

- вы / Г.А. Вакуленко, Е.П. Манжура, И.Б. Щепотин // Здоровье женщины. – 2006. – № 2 (26). – С. 202-206.
4. Воробйова Л.І. Проблеми патології шийки матки в Україні: аналітичний огляд наукової літератури / Л.І. Воробйова, Н.Я. Жилка, Т.В. Зайкова // Вісн. соціал. гігієни та орган. охорони здоров'я України. – К.: Укрмедкнига. – 2012. – № 2. – С. 14-16.
 5. Рак в Україні 2012-2013. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Бюл. нац. канцер-реєстру України. – К., 2014. – № 15. – 124 с.
 6. A retrospective clinicopathological analysis of small-cell carcinoma of the uterine cervix / S. Dongol, Y. Tai, Y. Shao [et al.] // Molecular and Clinical Oncology. – 2014. – Vol. 2. – P. 71-75.
 7. Attendance at Cervical Cancer Screening and Use of Diagnostic and Therapeutic Procedures on the Uterine Cervix Assessed from Individual Health Insurance Data (Belgium, 2002-2006) / M. Arbyn, V. Fabri, M. Temmerman [et al.] // Plos one. – 2014. – Vol. 9, № 4. – P. 1-9.
 8. Cervical Cancer Incidence in Ontario Women: Differing Sociodemographic Gradients by Morphologic Type (Adenocarcinoma Versus Squamous Cell) / M.V. Prummel, S.W. Young, E. Candido [et al.] // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2014. – Vol. 22. – P. 83-91.
 9. Differential clinical characteristics, treatment response and prognosis of locally advanced adenocarcinoma/adenosquamous carcinoma and squamous cell carcinoma of cervix treated with definitive radiotherapy / J.L. Chen, C.Y. Huang, Y.S. Huang [et al.] // Acta Obstet Gynecol. Scand. – 2014. – Vol. 93, № 7. – P. 661-668.
 10. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition - summary document / M. Arbyn, A. Anttila, J. Jordan [et al.] // Ann. Oncol. – 2010. – Vol. 21, № 3. – P. 448-458.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Н.В. Зелинская, О.П. Пересунько

Резюме. Проведен анализ клинического течения аденокарциномы шейки матки I-IV стадий у 50 больных. Изучены клинические симптомы, характер сопутствующей патологии, особенности анатомического строения, варианты гистологической структуры и недостатки при выявлении опухоли.

Ключевые слова: аденокарцинома, шейка матки, клиника, диагностика.

CLINICAL FEATURES OF ADENOCARCINOMA OF THE CERVIX

N.V. Zelinska, O.P. Peresunko

Abstract. The analysis of the clinical course of adenocarcinoma of the cervix in stages I-IV of 50 patients has been carried out. We have studied clinical symptoms, the nature of comorbidity, the features of anatomical structure, varieties of histological structure and disadvantages in the detection of tumors.

Key words: adenocarcinoma, cervix, clinic, symptoms, diagnosis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – д. мед. н. І.В. Каліновська

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 4 (72). – P. 33-35

Надійшла до редакції 16.09.2014 року