

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7831268>

Туробжонова Дилафруза дочь Абдурахмана

АГМИ, Общая онкология, магистр 3 курса.

Туробжонов Илхомжон сын Иномжона

АГМИ, отоларингология, магистр 1 курса.

Аннотация: В статье представлена информация о методах определения ранних стадий рака эндометрия.

Ключевые слова: Рак эндометрия, гинекология, опухоль, менопаузы, ультразвуковая диагностика, миометрия, сонография.

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика и выявление ранних форм заболевания являются одной из трудных задач. Из анамнеза необходимо уточнить: состояние менструальной функции (длительность репродуктивного периода, наличие ациклических маточных кровотечений, особенности генеративной функции и течения пременопаузального периода, время наступления менопаузы); наличие гиперпластических процессов в анамнезе; выявление обменных нарушений (ожирение, сахарный диабет). Гинекологический осмотр дает возможность оценить состояние слизистой влагалища - незначительные кровянистые выделения у женщин пожилого возраста могут быть проявлением сенильного кольпита. При двуручном исследовании определяются размеры матки, яичников: увеличение яичников может быть обусловлено наличием первично множественной опухоли или их метастатическим поражением. В связи с высокой информативностью и простотой на начальном этапе применяется цитологическое исследование аспирата эндометрия с эффективностью более 90% .

Основными методами диагностики ГПЭ на современном этапе являются трансвагинальные УЗИ (ТВУЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), гистероскопия .

Ультразвуковая диагностика (УЗД) с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков с доплерометрией позволяет оценить состояние эндометрия и миометрия (его структуру, толщину), определить размеры и локализацию опухоли.

УЗ-диагностика рака эндометрия основана на выявлении в полости матки патологического эхопозитивного образования. Эхография позволяет выявлять или исключать патологию эндометрия, что свидетельствует о достаточно высокой информативности ультразвукового исследования и дает возможность ее использования в качестве скрининг-метода у женщин с высоким риском развития гипер- и неопластических процессов в слизистой матки.

Некоторые авторы считают определение степени распространения уже выявленного злокачественного процесса в матке основной ценностью эхографии. Они отмечают, что существуют различия в форме матки и ее внутреннем строении при раке в I-II и III-IV стадиях распространения. В I—II стадиях распространения злокачественного процесса матка в 93,8 % случаев имеет характерную грушевидную форму и в 94,1 % - нормальную паренхиму, тогда как в III-IV стадиях распространения у 80,0% больных форма ее лобулярная, у 100 % отмечается гетерогенное внутреннее ее строение.

УЗ-диагностика рака эндометрия основана на выявлении в полости матки патологического эхопозитивного образования. Эхография позволяет выявлять или исключать патологию эндометрия, что свидетельствует о достаточно высокой информативности ультразвукового исследования и дает возможность ее использования в качестве скрининг-метода у женщин с высоким риском развития гипер- и неопластических процессов в слизистой матки.

Некоторые авторы считают определение степени распространения уже выявленного злокачественного процесса в матке основной ценностью эхографии. Они отмечают, что существуют различия в форме матки и ее внутреннем строении при раке в I-II и III-IV стадиях распространения. В I—II стадиях распространения злокачественного процесса матка в 93,8 % случаев имеет характерную грушевидную форму и в 94,1 % - нормальную паренхиму, тогда как в III-IV стадиях распространения у 80,0% больных форма ее лобулярная, у 100 % отмечается гетерогенное внутреннее ее строение .

Рак эндометрия имеет следующие характерные признаки: неоднородность внутренней структуры образования; неровность контуров; более высокая эхогенность по сравнению с мышцей матки; большие размеры образования, составляющие половину или более толщины матки; повышенную звукопроводимость; заметное увеличение размеров при динамическом наблюдении; отсутствие четкого изображения контуров матки вследствие перехода опухолевого процесса на смежные органы.

Важным вопросом при раке эндометрия является оценка степени инвазии в миометрий. К эхографическим признакам инвазивного характера роста опухоли относятся нарушение целостности ореолы (хало) вокруг слизистой, резкое истончение и исчезновение нормального изображения ткани миометрия. Точность трансвагинальной эхографии в случаях выявленной карциномы при изучении степени инвазии колеблется от 68,0 до 91,4 % .

Основным критерием для выявления патологии эндометрия в постменопаузальном периоде является толщина эндометрия. Средняя толщина эндометрия у здоровых женщин в постменопаузе составляет 2-5 мм, у пациенток с патологическими процессами толщина эндометрия соответствует 1-22 мм, в среднем - 3,9 мм. Большинство авторов считает, что толщина эндометрия свыше 5 мм указывает

на патологию эндометрия. При трансвагинальном ультразвуковом исследовании в связи с большой разрешительной способностью датчиков увеличивается выявляемость ГПЭ при толщине эндометрия менее 5 мм. Кроме толщины для диагностики патологии эндометрия оценивают его эхоструктуру. Однозначно утверждать по данным УЗИ о наличии доброкачественности или злокачественности процесса не представляется возможным. При этом необходима совокупность эхографических и клинических данных .

Сонография является основным методом исследования в оценке состояния эндометрия в пери- и постменопаузе. УЗИ показало, что железисто- кистозная гиперплазия определяется как образование толщиной более 15 мм, повышенной эхогенности, находящееся в зоне расположения М-эха. Форма образования овальная или удлиненно-овальная, внутренняя структура в большинстве случаев характеризуется наличием точечных эхонегативных включений. Толщина гиперплазированного эндометрия в постменопаузе не превышает 10 мм, однако в отдельных наблюдениях может достигать 15 — 20 мм. Иногда позади него отмечается акустический эффект усиления .

ТВ-УЗИ в 90 - 95% случаев обеспечивает визуализацию тех или иных патологических изменений. И даже если при этом не всегда удастся диагностировать или заподозрить эндометриальную карциному, то можно получить дополнительные объективные сведения о состоянии эндометрия, являющиеся показанием для диагностического выскабливания с последующим гистологическим исследованием содержимого полости матки и для постановки правильного диагноза .

Узловая (полиповидная) форма рака эндометрия в УЗ-изображении характеризуется наличием экзофитного эхопозитивного патологического объекта (неправильной округлой или овальной формы) в полости матки. Раковые узлы размером менее 8 мм по УЗ-проявлениям не отличимы от железисто-фиброзного или аденоматозного полипов. При более крупном патологическом очаге обычно выявляются довольно существенные различия, в основном касающиеся оценки состояния контура. При узловой форме рака эндометрия почти всегда наблюдается бугристость контура, отчетливо видимая в процессе ТВ-УЗИ во всех отделах опухоли, кроме места связи образования со стенкой полости матки. Тщательная оценка особенностей конфигурации экзофитного внутриполостного образования при раке, как правило, обнаруживает триаду симптомов, с высокой морфологической точностью позволяющих высказаться об эндометриальной карциноме: бугристость контура на всем протяжении опухоли за исключением основания; нечеткость контура в области основания узла; прерывистость УЗ-изображения пристеночной слизистой в том участке стенки полости, из которой исходит злокачественная опухоль. Сочетание приведенных трех признаков, несомненно, следует считать специфическим симптомокомплексом для узловой формы рака. Что же касается эхографических симптомов поражения глубоких отделов миометрия, то они встречаются реже и

только в запущенных случаях. Чаще всего инвазия ограничивается глубиной до 5 мм и при эхолокации проявляется нечеткостью контура узла и прерывистостью границы полости матки в области основания новообразования.

Диффузная форма рака эндометрия в соответствии с особенностями макроскопической картины и УЗ-проявлений может быть представлена двумя вариантами. Диффузно-инфильтративный рак эндометрия характеризуется поражением значительного объема слизистой, обычно всех ее отделов вследствие преобладающего инфильтративного (эндофитного) типа роста. Патологически измененный эндометрий приобретает черты ракового инфильтрата, исходящего из полости матки и распространяющегося во всех направлениях на различную глубину в мышечную стенку. Эхографически такой инфильтрат представляет собой нечетко очерченную эхопозитивную зону, занимающую центральные отделы матки. Форма патологического уплотнения неправильная, овальная, а контуры размытые и тяжистые - ткань инфильтрата диффузно пронизывает миометрий, иногда до серозной оболочки (наружного контура стенки матки). Структура чаще всего однородная, а контуры полости не прослеживаются, так как раковый инфильтрат, как правило, прорастает все стенки полости, и очертания ее стираются среди сливной опухолевой инфильтрации. Свободные от инвазии участки миометрия лоцируются по периферии центрального эхопозитивного уплотнения (средней интенсивности) в виде низкоплотностного ободка в промежутке между серозной оболочкой и инфильтратом. У некоторых пациенток среди опухолевой инфильтрации миометрия удается проследить контуры полости матки — первичный раковый инфильтрат в виде более интенсивного (высокой плотности), грубо-тяжевого уплотнения, вытянутого вдоль центральной оси тела матки.

Третий вариант УЗ-картины эндометриальной карциномы объединяет различные типы поражения, но общим для них является наличие жидкости в полости матки. Морфологический субстрат жидкого содержимого чаще всего кровь (гематометр), значительно реже слизь (мукометр). Причем именно присутствие жидкости в полости матки, легко выявляемой при эхолокации (особенно ТВ), служит основным и наиболее ярким УЗ-симптомом патологического процесса.

Внутриполостное скопление крови (гематометр, инициированный злокачественной опухолью) развивается только у пожилых женщин (в менопаузе), когда суженный из-за инволютивных изменений шеечный канал и внутренний зев подвергаются частичной или полной облитерации. Помимо чисто механических препятствий оттоку крови неполной эвакуации способствуют ослабление сократительной функции миометрия в менопаузе и рефлекторный спазм внутреннего зева. В результате при кровотечении из ракового узла далеко не всегда излившаяся в полость кровь полностью эвакуируется наружу, часть ее остается внутри матки — возникает гематометр. Выраженность гематометра зависит от интенсивности кровотечения из опухоли, степени механических нарушений оттока и

функционального состояния миометрия. Объем жидкого содержимого колеблется у разных больных от 1-2 до 10 мл. В процессе динамического исследования первоначальное количество внутрисполостной крови может меняться как вследствие поступления новых порций, так и за счет частичной или полной эвакуации. Чаще всего гематометр ликвидируется при диагностическом выскабливании. Структура жидкости в полости матки преимущественно однородная. Жидкость служит идеальным фоном для углубленной оценки состояния стенок полости. Практически все внутрисполостные патологические образования (размером более 2-3 мм), исходящие из стенок матки и вдающиеся в просвет, отчетливо и рельефно видны среди окружающей их жидкости.

Анализ значительного числа гистологически подтвержденных наблюдений показывает, что гематометр обычно развивается при небольших по размерам карциномах, чаще всего узловатых, но может сопутствовать и диффузно-инфильтративным формам рака.

Ранняя диагностика возможна только при гормонозависимом раке, когда анамнез и результаты клинического обследования позволяют сформировать группу повышенного риска в соответствии с многочисленными патогенетическими факторами.

Заключение

Таким образом, диагностика рака эндометрия включает в себя следующие методы: анамнез, гинекологическое исследование, цитологическое исследование аспирационного материала, диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием материала, гистероскопию, УЗ-исследование, магнитно-резонансную томографию, иммунологические методы. В настоящее время наибольшее внимание уделяется ультразвуковым методам диагностики в связи с их простотой, безопасностью и безболезненностью

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И. Гиперпластические процессы эндометрия в перименопаузе: современные возможности гормональной коррекции и профилактики. Гинекология. 2013; 15 (2): 8–12. [Tkachenko L.V., Sviridova N.I. Giperplasticheskie protsessy endometriia v premenopauze: sovremennye vozmozhnosti gormonal'noi korrektsii i profilaktiki. Gynecology. 2013; 15 (2): 8–12 (in Russian).]
2. Будилова Е., Лагутин М. Гендерные тренды продолжительности жизни в России и мире. Аист на крыше. Демографич. журн. 2018; 7: 12–7.
3. Фадеева Е.П., Лисянская А.С., Манихас Г.М. и др. Ингибиторы ароматазы третьего поколения в эндокринотерапии рака молочной железы и рака эндометрия: успехи и неудачи комбинированной терапии. Обзоры по клин. фармакол. и лекарствен. терап. 2016; 14 (2): 47–57. [Fadeeva E.P., Lisyanskaya A.S., Manikhas

G.M. et al. Aromatase inhibitors of the third generation in endocrine therapy of breast cancer and endometrial cancer: the successes and failures of the combination therapy. *Obzory po klinicheskoy farmakologii i lekarstvennoy terapii*. 2016; 14 (2): 47–57. (In Russ.) DOI: 10.17816/RCF14247-57.

4. Тапильская Н.И., Глушаков Р.И. Фолатсодержащие гормональные контрацептивы в стратегии первичной профилактики злокачественных новообразований у женщин репродуктивного возраста (обзор литературы). *Проблемы репродукции*. 2018; 24 (6): 51– 60. [Tapil'skaya N.I., Glushakov R.I. Folate-fortified hormonal contraceptives in the strategy of primary prevention of cancer among women of reproductive age (a review). *Problemy Reproduktsii*. 2018; 24 (6): 51–60. (In Russ.)] DOI: 10.17116/repro20182406151.

5. Подгорная А.С. Проллиферативные процессы эндометрия: современное состояние проблемы. Гомель: РНПЦ РМ и ЭЧ, 2017.[Podgornaia A.S. Endometrial proliferative processes: current state of the problem. Gomel': RNPTsRM i ECh, 2017 (in Russian).]