

УДК: 618.1-006.3.04:612.086-07

**РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ САРКОМ МАТКИ**

Орипова Мехринисо Рахмоновна, Джураев Миржалол Дехконович  
Самаркандский филиал Республиканского Специализированного Научно-Практического  
Медицинского Центра Онкологии и Радиологии, Республика Узбекистан, г. Самарканд

**БАЧАДОН САРКОМАСИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШНИНГ НАТИЖАЛАРИ**

Орипова Мехринисо Рахмоновна, Джураев Миржалол Дехконович  
Республика Ихтисослаштирилган Онкология ва Радиология Илмий Амалий Тиббиёт Маркази  
Самарканд Филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

**RESULTS OF EARLY DIAGNOSIS OF UTERINE SARCOMA**

Oripova Mehriniso Rahmonovna, Djuraev Mirjalol Dekhkanovich  
Samarkand branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical center of  
Oncology and Radiology, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [tolmasbux@mail.ru](mailto:tolmasbux@mail.ru)

**Аннотация.** Мавзунинг долзарблиги. Бачадон саркомасининг юқори хавфлиги, жараённинг тез тарқалиши ва эрта метастазланишига мойиллиги радикал жаарохлик амалиётини бажариши, химиятерапия ва қўшма нур терапиясини қўллаш зарурлигини кўрсатади. Материаллар ва изланиш методлари. РИОваРИАТМСФиароитида репродуктив тизим усма касалликлари бўлимида 2014-2019 йилларда бачадон саркомасига тахмин таххиси билан стационар шароитда ётиб даволанган 40 та беморда операциядан олдинги даврда бачадонни УТТ назорати остида кор-трепанбиопсия килиниб, ўсманинг гистологик тури аниқланган. Натижалар. Ўсманинг гистологик турига қараб қўйидаги жарроҳлик амалиётлари ўтказилди: 7 та репродуктив ёшдаги аёлларда фарзанд кўриши имконини сақлаш мақсадида орган сақловчи операция-миомэктомия амалиёти бажарилди, беморларнинг ёши 19-37 ёш. 16 (100%) беморларда пролиферацияланувчи фибролейомиомаларда миоматоз тугундаги ўзгариш чегарадош усма ҳисобланганлиги сабабли қўйидаги ҳажмдаги оператив даво ўтказилди: 8/16(50%) репродуктив ёшдаги аёлларда (27-41 ёш) бачадон буйни патологияси булганлиги сабабли бачадон ортиқларисиз экстирпацияси ўтказилди. Хулоса. бачадон саркомасини эрта таххислаш бачадон мезенхимал ўсмаларининг хавфли ва хавфсиз турларини аниқлашда юқори самарали усул ҳисобланади. Операциядан олдинги даврда ўсманинг гистологик верификацияси жарроҳлик амалиётини қўллаш вақтида амалиётнинг аниқ ҳажминини танлаш имкониятини яратади.

**Калит сўзлар:** бачадон пролиферацияланувчи фибролейомиомаси, бачадон лейомиосаркомаси, бачадон эндометрал стромал саркомаси, миомэктомия. Орган сақлаб қолувчи операция, комбинир операциялар.

**Abstract.** Relevance. The high malignancy of uterine sarcoma, the rapid progression of the process and the tendency to metastasize determine the need for radical surgical treatment and adjuvant chemotherapy and radiation therapy. Material and research methods: We studied the medical history of 40 inpatiently treated patients in the department of the tumor of the reproductive system under the conditions of the Federal Center for Nuclear Medicine and Pediatric Welfare from 2014 to 2019. For morphological verification of the tumor in the preoperative period, 40 patients with suspected uterine sarcoma underwent uterine trepanbiopsy under the control of ultrasound. Results Depending on the histological structure of the tumor, the patients underwent the following operative measures in volume: in 7 patients of reproductive age, an organ-preserving operation was performed in the volume of laparotomy myomectomy in order to preserve the reproductive age, the age of the patients ranged from 19 to 37 years. In 16 (100%) patients with proliferating uterine fibroids, which is considered a borderline change in the node, the following volumes of surgical intervention were selected: in 8/16 (50%) patients of reproductive age (27-41 years old) combined with pathology of the cervix uteri - hypertrophy cervix uteri, cervical dysplasia of the 2nd degree, extensive erosion of the cervix, an operation was performed in the amount of uterine extirpation without appendages. Conclusion: Early diagnosis of uterine sarcomas is highly effective for differential diagnosis of borderline and malignant forms of uterine mesenchymal tumors. The possibility of histological verification of the tumor in the preoperative period, allows you to choose the tactics of surgical treatment, choose the scope of the operation; - in reproductive age with benign and borderline uterine tumors - organ-preserving and so with sarcomas advanced and combining operations depending on the prevalence of the tumor process.

**Keywords:** proliferating fibroleiomyoma of the uterine body, giant cell leiomyosarcoma of the uterus, endometrial sarcoma of the uterus, myomectomy, organ-preserving operations, combined operations.

**Ведение.** Высокая злокачественность саркомы, быстрые темпы прогрессирования процесса и склонность к метастазированию определяют необходимость использования радикального хирургического лечения и адъювантной химиотерапии и лучевой терапии [3, 4, 10, 12]. У 60% больных саркома матки диагностируется в поздних стадиях, или после проведенной гистерэктомии по поводу узловой быстрорастущей фибромиомы осложненным кровотечением или болевым синдромом. В последующем некоторые больные повторно обращаются в онкологические учреждения с рецидивом данной патологии и в связи с этим проблема стадирования и выбор метода лечения (хирургическая, химиотерапия, лучевая терапия) остается дискуссионным [2, 7, 11, 13].

При первичном обращении женщин вышеизложенными патологиями должно привлечь внимание онкологическую настороженность у акушеров-гинекологов перед выбором метода лечения (хирургический метод или гормонотерапия). Кроме этого, должно вызывать наличие миомы в сочетании: с синдромом пальпируемых яичников, большими миоматозными узлами и их ростом, подслизистой локализацией миом, рецидивирующей гиперплазией эндометрия, наличием аденомиоза II–III степени, нейроэндокринным синдромом, отсутствием регрессии миомы на фоне инволюции матки или без нее [1, 4, 6, 15].

Основным методом лечения заболеваний этой группы служит хирургический. Объем оперативного вмешательства зависит от возраста пациентки. В репродуктивном возрасте производят миомэктомию или ампутацию матки с придатками или без придатков, в постменопаузе - гистерэктомию I типа с придатками или выполнение эмболизации маточных артерий. С онкологической точки зрения данные вмешательства не следует производить, не уточняя гистологическую структуру опухоли. Ни при одном из видов злокачественных опухолей матки не совершают так много врачебных диагностических ошибок, приводящих к нерадикальным операциям, как при саркомах [5, 16]. Выбор объема операции при разных гистологических видах сарком различен. Во время лапаротомии по поводу некоторых гистологических форм СМ (карциносаркома) необходимо сделать смывы из брюшной полости для цитологического исследования, а затем выполнить гистерэктомию с двухсторонней аднексэктомией, а также тазовой и парааортальной лимфаденэктомией. В тех случаях, когда обнаруживают выраженное распространение заболевания за пределами матки, многие рекомендуют провести циторедуктивную операцию – направленную на уменьшение объема опухоли, как при распространенном раке яичников. Интраоперационное определение стадии заболевания - хирургическое

стадирование используют с целью оптимизировать лечение. Эта тенденция объясняется тем, что внематочное распространение некоторых гистологических форм сарком матки – не редкость. Непосредственное хирургическое стадирование данной патологии, является наиболее важным независимым прогностическим фактором выживаемости больных. Малая распространенность сарком препятствует проведению проспективных исследований или рандомизированных клинических испытаний [6, 10, 17]. В предшествующих работах все виды сарком объединяли вместе, поэтому эффект лечения конкретных гистологических типов оставался неизвестным. Планирование хирургического лечения по поводу СМ (ЛМС) затруднено вследствие того, что во многих случаях до операции они остаются нераспознанными. Больной, как правило, проводят миомэктомию или гистерэктомию по поводу предлагаемой лейомиомы, которая впоследствии оказывается саркомой. В тех случаях, когда диагноз известен до операции, должна выполняться гистерэктомия. Хирургическое стадирование с помощью диссекции лимфоузлов остается дискуссионным, но большинство специалистов рекомендуют иссекать только подозрительные на наличие метастазов лимфоузлы. Стандартный метод лечения ЭСС - гистерэктомию с двухсторонней аднексэктомией. Значение лимфаденэктомии не установлено из-за недостатка данных, основанных на точном определении стадии заболевания во время операции. Goff, выполняя хирургическое стадирование, не наблюдал поражения метастазами лимфоузлов, но оценке было подвергнуто всего лишь 7 больных. В исследовании GOG посвященное хирургическому стадированию, включено 52 случаев стромальной саркомы, однако частота метастатического поражения лимфоузлов не представлена. По мнению многих специалистов, рецидивирование заболевания чаще наблюдается у пациенток с сохраненными яичниками.

**Цель исследования.** Улучшить результаты ранней диагностики сарком матки.

**Материал и методы исследования/** Изучали истории болезни 40 стационарно пролеченных больных в отделение опухоли репродуктивной системы в условиях СФРСНПМЦОиР с 2014 по 2019 гг. Для морфологической верификации опухоли в дооперационном периоде 40 больным с подозрением на саркому матки произведены кор-трепанбиопсия матки под контролем УЗИ. При первичном обращении больной в онкологическое учреждение соответствии жалобами, анамнеза, после гинекологического осмотра проведено УЗИ обследование. Показаниями к кор-трепанбиопсии матки под контролем УЗИ служили следующие факторы (табл. 1). Как видно из таблицы 1, у 32,5 % больных наблюдалась быстрый рост миоматоз-

ного узла- в течении 6 месяцев опухоль увеличилась в 2 раза больше исходного размера. В обследуемой группе возраст больных колебался от 19 до 76 лет. По показаниям в возрастной группе 26-

35 лет, больных с подозрением на сарком матки составляет 40%. В возрастной группе от 36 до 45 лет этот показатель соответствует к 22,5%ным показаниям (табл. 2).

**Таблица 1.** Показания к кор-трепанбиопсию

№	Показания к трепанбиопсию	Кол-во n=60	В%
1	быстрый рост миоматозного узла (более 4 недель беременности в течение 6 месяцев	13	32,5%
2	размеры опухоли, превышающие срок беременной матки в 12 недель	12	30%
3	рост миомы в постменопаузе, наличие интрамурально – субсерозно расположенных узлов размером больше 6см	7	17,5
4	длительная хроническая тазовая боль за счет интрамурально-субсерозно расположенного узла	8	20%

**Таблица 2.** Гистологическая структура опухоли

№	Виды	Кол-во n=40	В%
1	Гигантоклеточная лейомиосаркома матки	15	37,5%
2	Эндометральная стромальная саркома матки	2	5%
3	Пролиферирующая фибролейомиома тело матки	14	35%
4	Узловая фибромиома тело матки	7	17,5%
5	Нейрофиброма малого таза	2	5%

Из 40 (100%) больных с подозрением на саркому матки, выявлена 15 (37,5%) случаев с гигантоклеточной лейомиосаркомой матки и в 2х(5%) случаях эндометральная стромальная саркома матки, пролиферирующая фибролейомиома тело матки у 14 (35%) больных, узловая фибромиома тело матки у 7(17,4%) больных. В 2х (5%) случаев выявлена нейрофиброма малого таза. После гистологической верификации больным проведены все общеклинические и лабораторные обследования. По данным лабораторно-клиническим обследованиям у 2 больных саркомой матки, обнаружено прорастание опухоли в соседние органы (мочевой пузырь и петли толстого кишечника) и асцит. Больным проведены 2 курса НПХТ по схеме VCAP.

**Результаты:** В зависимости от гистологической структуры опухоли больным проведены следующие оперативные вмешательства в объеме: у 7 больных в репродуктивном возрасте для сохранения детородной функции произведена органосохраняющая операция в объеме лапаротомии миомэктомия, возраст больных составлял от 19 до 37л. Количество удаленных узлов от 2-до 12 штук, размер узлов от 4см до 16 см в диаметре, расположение узлов - субсерозно-интрамуральные, интрамуральные, субсерозные, единичные интралигаментарно расположенные узлы и смешанные. Кроме этого, в ложе миомэктомии наложены косметические швы с целью полного восстановления целостности миометрия и сохранения функции внутриутробного зачатия и развития зародыша. У 15 (100%) больных с пролиферирующей фибролейомиомой матки, которая считается пограничное изменения в узле, выбраны следующие объемы оперативного вмешательства:

у 8/15 (60%) больных в репродуктивном возрасте (27- 41 год) сочетанной с патологией шейки матки- гипертрофия шейки матки, дисплазия шейки матки 2 степени, обширные эрозии шейки матки, произведена операция в объеме экстирпации матки без придатков для сохранения гормонального статуса (устранение посткастрационного синдрома и раннего остеопроза) и улучшение качество жизни больных. У 4/15 (30%) больных в репродуктивном возрасте с выявленной сочетанной патологическими изменениями яичников-серозные и эндометроидные кисты яичников произведена экстирпация матки с придатками. У 3/15 (20%) больных при субсерозно-интерстициальном расположении узла, при осложненной экстрагенитальной патологии (варикозное расширение вен нижних конечностей с венозной недостаточностью 1 степени, гипертоническая болезнь), без патологии яичников и шейки матки (при кольпоскопии в зоне трансформации патология не выявлена) произведена ампутация матки без придатков. Остальным больным с лейомиосаркомой и при эндометральной стромальной саркомой матки (n=17) независимо от возраста произведена лапаротомия, расширенная экстирпация матки с придатками с лимфодиссекцией измененных тазовых лимфоузлов и биопсией из большого сальника. У одной больной после проведенных 2 курсов НПХТ выявлена резектабельность опухоли. На втором этапе произведено комбинированное оперативное лечение- лапаротомия экстирпация матки с придатками с резекцией мочевого пузыря и наложением эпицистостомы, резекция петли тонкого кишечника с наложением бок в бок анастомоз и оментэктомия. Макропрепарат удален в едином блоке.

**Таблица 3.** Информативность данного метода при мезенхимальных опухолях матки.

№	Гистологическая структура опухоли	Чувствительность	Специфичность	Общая точность
1	Саркома матки	88%	67%	85%
2	Пролиферирующая клеточная Фибролейомиома т/м(пограничные изменения)	96%	75%	92%
3	Миома, лейомиома, эндометриоз т/м	86,8%	70%	84%

«оценка диагностической значимости метода» по Г.Г. Кармазановский 1997.

$Ч = ДП / (ДП + ЛО)$   $С = ДО / (ДО + ЛП)$   $ОТ = (ДП + ДО) / (ДП + ДО + ЛП + ЛО)$

При сравнении результатов дооперационной гистологической верификации с послеоперационными результатами, саркома матки выявлена у 15/17 больных и составляет 88,24%. У 2/17 (11,76%) случаев из-за нарушения кровообращения в миоматозном узле выявлен некроз и отек узла. Данные исследования показывают на то, что предоперационная гистологическая верификация саркомы матки позволяет нам сосредоточиться с объемом хирургического вмешательства в зависимости и от возраста пациенток.

При сравнении сроки рецидивирования данной патологии показывают, что, при ранней диагностике сарком матки, рецидив заболевания выявлена - у 2/15 (13,33%) их больных после 19±5 месяцев. При ретроспективном анализе у 23 больных, которым морфологическая верификация установлена после операционном удаленном материале - сроки рецидивирования составляет 6±3 месяцев. Это говорит о том, что проведенная операция без гистологической верификации является нерадикальным, рецидив и метастазирование сарком матки выявляется в ранних сроках от 3 месяцев до 9 месяцев. В результате при огромных рецидивных образованиях с осложнением нарушения функции мочевыводящих путей или кровотечением не поддающейся консервативному лечению, не позволяет проведению химиолучевой терапии, и придется заново использовать хирургический метод лечения. Раннее выявление и, следовательно, проведение комплексного лечения сарком матки, расширяет возможность продления без рецидивного периода и метастазирования среди женщин молодого возраста является положительным результатом данного исследования.

**Выводы.** Ранняя диагностика сарком матки является высокоэффективным для дифференциальной диагностики пограничных и злокачественных форм мезенхимальных опухолей матки. Возможность гистологической верификации опухоли дооперационном периоде, позволяет выбрать тактику хирургического лечения, выбрать объем операции; - в репродуктивном возрасте при доброкачественных и пограничных опухолях матки - органосохраняющие и так при саркомах расширенные и комбинирование операции в зависимости от распространенности опухолевого процесса.

Ранняя диагностика сарком матки уменьшает врачебные диагностические ошибки в дооперационном периоде, которые улучшают не только результаты хирургического лечения, но и сохраняют детородную функции, гормональный статус (уменьшении старения) и улучшают качество жизни (уменьшение инвалидности) при доброкачественных опухолях матки среди молодых пациенток, которые имеет большое социальные значения основной работоспособной части женского населения.

Кроме этого, ранняя морфологическая верификация саркомы матки позволяет выбрать не только объем операции, но и возможность установления хирургического стадирования и выбрать дальнейшие методы спец лечения – курсы адьювантной химиятерапии или сочетанной лучевой терапии, которые продлевают без рецидивный период и уменьшают частоту метастазирования. Наши обследования в этом направлении продолжают.

#### Литература:

1. Антонеева И.И., Петров С.Б. Маркеры апоптоза и пролиферации опухолевых клеток в динамике прогрессирования рака яичника. // Онкология. – 2008. - т.10 (2). - С. 234-237.
2. Голдобенко ГВ, Канаев СВ. Факторы прогноза и возможность индивидуализации лучевого лечения онкологических больных. Вопросы онкологии 2000; 46 (3): 361- 5.
3. Капланская И.Б., Гласко Е.Н., Франк Г.А. Ангиогенез, межклеточные контакты и стромально-паренхиматозные взаимоотношения в норме и патологии // Рос. Онкол. Журнал. - 2005. - №.4. - С. 53-57.
4. Киселева Е.П., Крылов А.В., Стариков Э.А. и др. Фактор роста сосудистого эндотелия и иммунная система // Успехи современной биологии. – 2009. - Т.129(4). - С. 1-12.
5. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в России и странах СНГ в 2008г. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, - 2010. - Т. 21(2) (прил. 1). - С. 52-86.
6. Напалков, Н.П. Демографический процесс и злокачественные новообразования / Н.П. Напалков // III съезд онкологов и радиологов



СНГ: материалы съезда, Минск, 25 - 28 мая 2004 г.: в 2 ч. - Минск, 2004. - Ч.1. - С. 15 - 30.

7. Капланская И.Б., Гласко Е.Н., Франк Г.А. Ангиогенез, межклеточные контакты и стромально-паренхиматозные взаимоотношения в норме и патологии // Рос. Онкол. Журнал. - 2005. - №.4. - С. 53-57.

8. Киселева Е.П., Крылов А.В., Стариков Э.А. и др. Фактор роста сосудистого эндотелия и иммунная система // Успехи современной биологии. - 2009. - Т.129(4). - С. 1-12.

9. Корман Д.Б. Основы противоопухолевой химиотерапии.// М.: Практическая медицина. - 2006. - 503 с.

10.Петров С.В., Райхлин Н.Т. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека. - Казань.- 2004.: 451 с.

11.Пожариский К.М., Леенман Е.Е., Значение иммуногистохимических методик для определения характера лечения и прогноза опухолевых заболеваний. Архив патол 2000; 5: 3— 11

12.Руководство по клинической иммунологии. Диагностика заболеваний иммунной системы / Р.И. Хаитов, Б.В. Пинегин, А.А. Ярилин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 - 352 с.

13.Северин Е.С., Алейникова Т.Л., Осипов Е.В. и др. Биологическая химия // М.: МИА. - 2008. -364 с.

14.Тюляндин С.А., Переводчикова Н.И., Носов Д.А. Минимальные клинические рекомендации Европейского Общества Медицинской Онкологии (ESMO) // Издательская группа РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. - 2004. - С. 112.

15.Borst P., Evers R., Kool M., Wijnholds J.A. Family of drug transporters: the multidrug resistance-associated proteins // J.Natl.Cancer inst.-2000.-vol.92.-P.1295-1302,

16.Brinkmann U., Roots I., Eichelbaum M. Pharmacogenetics of the human drug-transporter gene MDRI: impact polymorphism on pharmacotherapy // Drug. Discovery Today.-2001.-vol.6.-P.835-839.

17.Robert J., Résistance to citotoxic agents // Curr.Opinion in Pharmacology.-2001.-vol.1.-P.353-357.

## РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ САРКОМ МАТКИ

Орипова М.Р., Джураев М.Д.

**Аннотация.** Актуальность. Высокая злокачественность саркомы матки, быстрые темпы прогрессирования процесса и склонность к метастазированию определяют необходимость использования радикального хирургического лечения и адъювантной химиотерапии и лучевой терапии. Материал и методы исследования. Изучали истории болезни 40 стационарно пролеченных больных в отделение опухоли репродуктивной системы в условиях СФРСНПМЦОиР с 2014 по 2019 гг. Для морфологической верификации опухоли в дооперационном периоде 40 больным с подозрением на саркому матки произведены кортрепанбиопсия матки под контролем УЗИ. Результаты. В зависимости от гистологической структуры опухоли больным проведены следующие оперативные вмешательства в объеме: у 7 больных в репродуктивном возрасте для сохранения детородной функции произведена органосохраняющая операция в объеме лапаротомии миомэктомия, возраст больных составлял от 19 до 37 л. У 16 (100%) больных с пролиферирующей фибролейомиомой матки, которая считается пограничным изменением в узле, выбраны следующие объемы оперативного вмешательства: у 8/16 (50%) больных в репродуктивном возрасте (27- 41 год) сочетанной с патологией шейки матки- гипертрофия шейки матки, дисплазия шейки матки 2 степени, обширные эрозии шейки матки, произведена операция в объеме экстирпации матки без придатков. Вывод. Ранняя диагностика сарком матки является высокоэффективной для дифференциальной диагностики пограничных и злокачественных форм мезенхимальных опухолей матки. Возможность гистологической верификации опухоли дооперационном периоде, позволяет выбрать тактику хирургического лечения, выбрать объем операции

**Ключевые слова:** пролиферирующая фибролейомиома тело матки, гигантоклеточная лейомиосаркома матки, эндометральная саркома матки, миомэктомия, органосохраняющие операции, комбинированные операции.