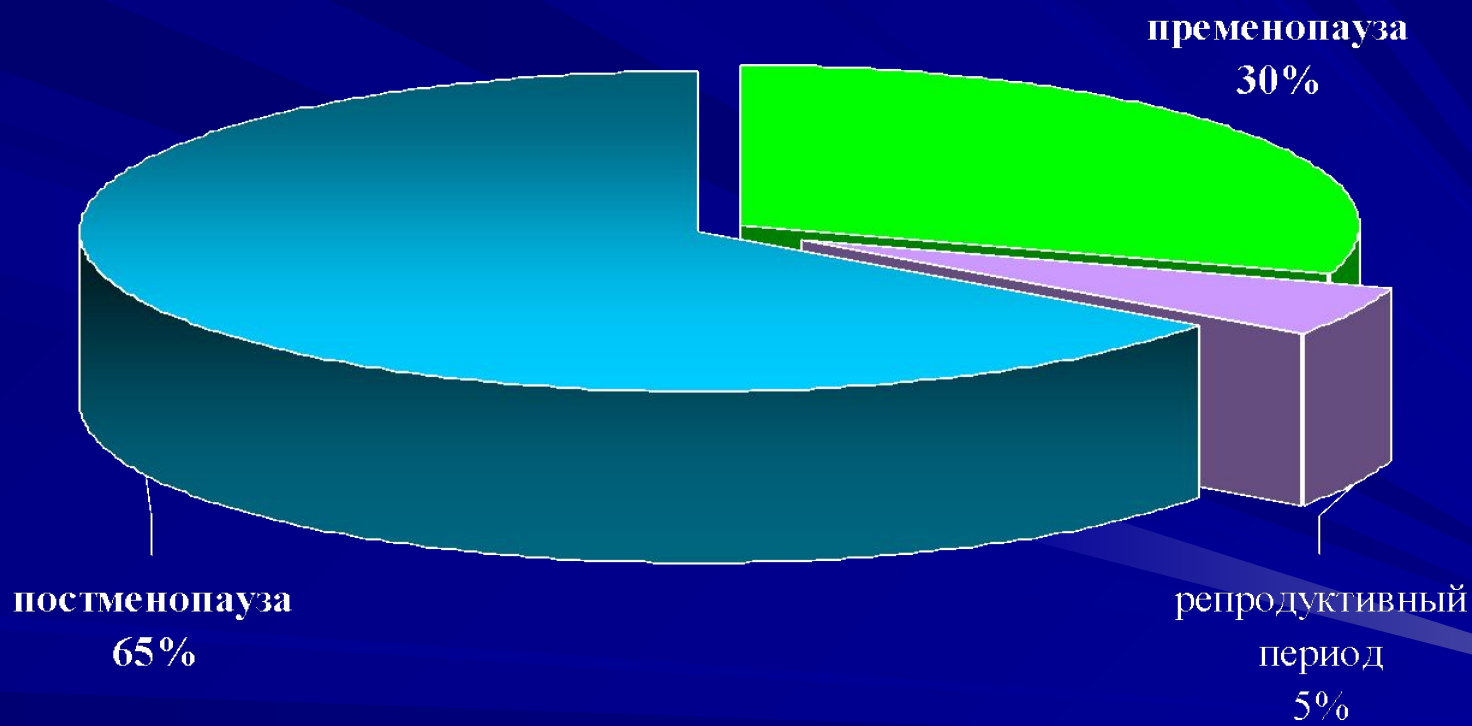


РАК ТЕЛА МАТКИ

**(клиника, диагностика,
лечение)**

Возрастная характеристика



Патогенетические варианты рака тела матки

- **Первый вариант (66-70%)**
 - чаще встречающийся у более молодых больных
 - на фоне гиперэстрогении, гипертонической болезни, ожирения, сахарного диабета
 - развивается на фоне гиперплазии эндометрия
 - с высокой дифференцировкой опухоли
 - благоприятный прогноз
- **Второй вариант рака эндометрия (30 – 34%)**
 - у больных в более старшем возрасте
 - развивается на фоне атрофии эндометрия и гипоэстрогении
 - в глубокой менопаузе с отсутствием или слабо выраженными обменными нарушениями
 - с низкой степенью дифференцировки
 - менее благоприятный прогноз

Факторы риска

- бесплодие
- нарушение менструального цикла, связанные с ановуляцией, гиперэстрогеномией
- отсутствие родов
- поздняя менопауза
- ожирение, сахарный диабет, наличие синдрома Штейн-Левентала, гиперпластических процессов эндометрия,
- Наличие гормонопродуцирующих опухолей яичников и гормонозависимых опухолей (в анамнезе рак молочной железы)
- применение тамоксифена при лечении больных раком молочной железы

Патологическая анатомия

Рак тела матки в 80% - аденокарцинома, которая имеет три степени дифференцировки:

- Высокодифференцированный рак (G 1)
- Умереннодифференцированный рак (G 2)
- Низкодифференцированный рак (G 3)

К редким морфологическим формам рака тела матки относятся:

| | |
|---------------------------------------|-------------------|
| железисто-плоскоклеточный рак | - 15-25% |
| светлоклеточный рак (мезонефроидный) | - 5% |
| плоскоклеточный рак | наблюдается редко |
| муцинозный рак | - 5% |
| серозно-папиллярный у 3-4% пациенток, | |
| недифференцированный рак | - 6% |
| синхронный рак эндометрия и яичников | - 1,4-3,8% |

Международная классификация рака тела матки

| TNM (1997 г.) | FIGO (1988 г.) | |
|--------------------------|---------------------------|--|
| T1a | Стадия 1a | Опухоль в пределах эндометрия |
| T1b | Стадия 1b | Инвазия в миометрий менее, чем на 1/2 его толщины |
| T1c | Стадия 1c | Инвазия в миометрий более, чем на 1/2 его толщины |
| T2a | Стадия 2a | Опухоль распространяется на цервикальный канал в пределах эндоцервикальных желез |
| T2b | Стадия 2b | Опухоль распространяется на строму шейки матки |
| T3a | Стадия 3a | Прорастание серозной оболочки матки, метастазы в маточные трубы или яичники или наличие опухолевых клеток в асците или в смывах из брюшной полости |
| T3b | Стадия 3b | Опухоль распространяется на влагалище (прямое или метастазы) |
| T3cN1 | Стадия 3c | Метастазы в тазовые и/или поясничные лимфатические узлы |
| T4 | Стадия 4a | Прорастание слизистой мочевого пузыря или прямой кишки |
| M1 | Стадия 4b | Отдаленные метастазы, в том числе метастазы в пределах брюшной полости, а также метастазы в паховые лимфатические узлы |

Клинические признаки

- кровотечение в период после менопаузы (90%)
- гнойные, иногда с примесью крови выделения и боли, что обычно свидетельствует о распространенности опухолевого процесса в малом тазу и метастатическом поражении лимфатических узлов
- у 1-5% больных клинические проявления заболевания отсутствуют.
- Женщины молодого возраста с ненормальными кровотечениями, которые имеют постоянный характер или возобновляются, особенно с наличием ожирения, гипертонической болезни, сахарного диабета и отсутствием овуляции нуждаются в тщательном обследовании на предмет исключения патологии эндометрия

Диагностика

- **Тщательный анализ анамнеза**, включая изучение сопутствующей генитальной (состояние репродуктивной системы, течение пременопаузального периода, сроки наступления менопаузы, гиперпластические процессы эндометрия, использование антиэстрогенов) и экстрагенитальной патологии (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, нарушение углеводного обмена и функции печени, злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта, отягощенная онкологическая наследственность).
- **Двуручное гинекологическое исследование**, включая ректовагинальный осмотр позволяют определить размеры матки, ее консистенцию, форму, наличие инфильтратов в параметрах, инфильтрацию крестцово-маточных связок, наличие опухолевых образований в придатках матки.
- **Цитологическое исследование аспирата из полости матки**
- **Ультразвуковая томография органов малого таза;**
- **Рентгенологическое исследование** (гистеросальпингография, компьютерная и магнитнорезонансная томография);
- **Гистероскопия и гистологическое исследование**, полученного материала при отдельном диагностическом выскабливании матки
- **Определение содержания в сыворотке крови опухолевого маркера СА -125**

Лечение

На I этапе лечения рака тела матки, у 90-95% больных производится операция в различных объемах

- экстирпация матки с придатками
- экстирпация матки с придатками с забрюшинной лимфаденэктомией
- расширенная пангистерэктомия

Показаниями к селективной забрюшинной лимфаденэктомии являются:

- ❖ светлоклеточный, папиллярный серозный или плоскоклеточный рак
- ❖ низкодифференцированная аденокарцинома
- ❖ инвазия опухоли мышечной оболочки матки более чем на 1/2 ее толщины (1С стадия)
- ❖ переход на перешеек или шейку матки (II стадия)
- ❖ размер опухоли более 2 см
- ❖ распространение опухоли за пределы матки
- ❖ наличие метастазов в лимфатические узлы

Лечение больных при I стадии

- У больных с Ia стадией высоко- и умереннодифференцированной аденокарциномы, а также при отсутствии раковых эмболов в лимфатических щелях производится только пангистерэктомия.
- При Ia стадии низкодифференцированной аденокарциномы лечение дополняется внутрисполостной лучевой терапией, которая также проводится и при Ib стадии высоко- и умеренно дифференцированно го РТМ.
- При Ib стадии низкодифференцированного рака эндометрия после операции показана дистанционная лучевая терапия на область малого таза или внутрисполостная лучевая терапия. Целесообразно применение лучевой терапии также больным со IIa стадией высоко- и умереннодифференцированной аденокарциномы эндометрия

Лечение больных II-IV стадии

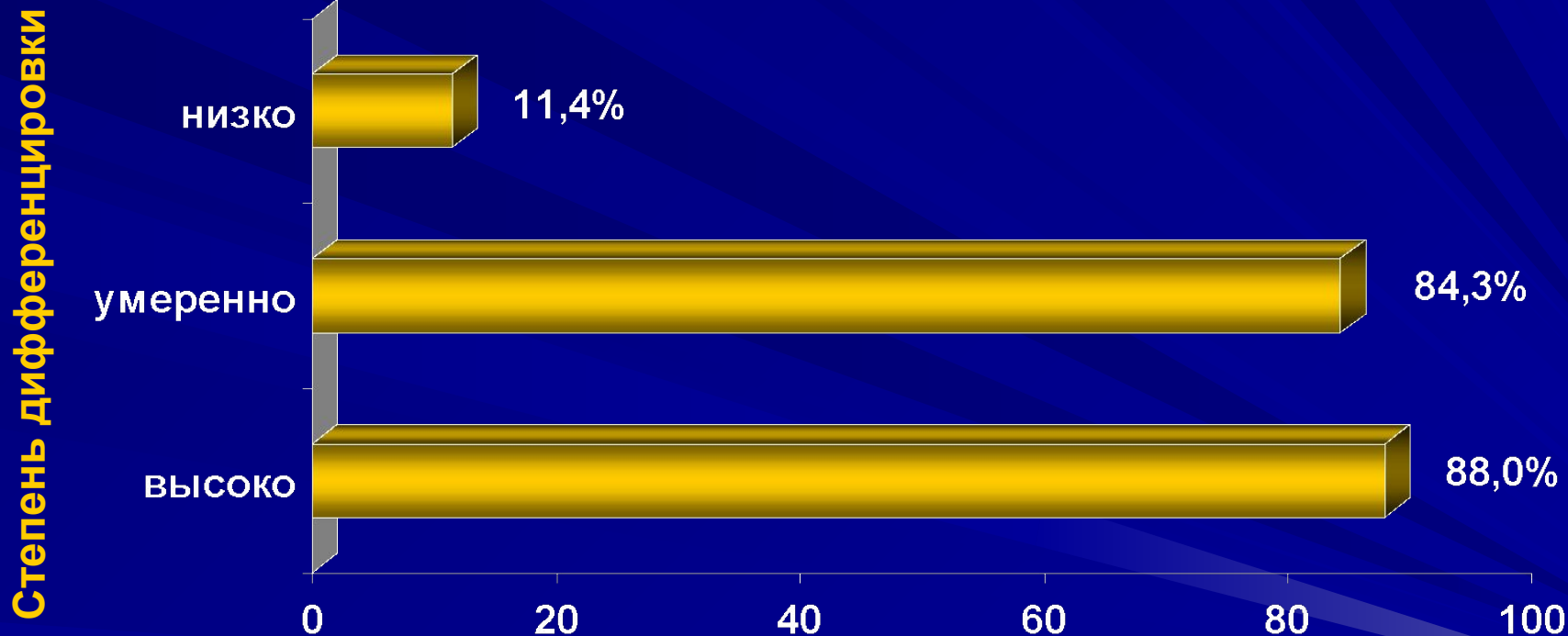
- При Ic, IIb, IIIa стадиях показано проведение дистанционной лучевой терапии на область малого таза и внутрисполостная лучевая терапия, а также это лечение проводится при I-II стадиях, когда раковые эмболы выявлены в лимфатических щелях.
- При IIIa,b,c стадиях высоко-, умеренно- и низкодифференцированном раке эндометрия (при IIIa стадии объем операции дополняется удалением большого сальника) на послеоперационном этапе используется химио-гормоно-лучевое лечение. Гормонотерапия включается в комплекс лечебных мероприятий в связи с наличием у больных рецептороположительных опухолей по прогестерону и по эстрадиолу. При поражении парааортальных лимфатических узлов необходимо наружное облучение этой области.
- При IV стадии рака эндометрия с учетом общего состояния больной, данных обследования, особенностей распространения опухолевого процесса возможно применение лучевой и химио-гормонотерапии.

АГТ по поводу рака эндометрия

На эффективность гормонотерапии при лечении РТМ влияют такие факторы:

- как гистологическая дифференцировка опухоли,
- стадия опухолевого процесса,
- период времени от установления диагноза до начала лечения,
- продолжительность безрецидивного периода,
- содержание рецепторов прогестерона и эстрадиола в опухоли.

Пятилетняя выживаемость в случае использования 17-ОПК



- Эффект регрессии РТМ наблюдается в 5 раз чаще при высоко-дифференцированных опухолях, чем при аденокарциномах со сниженной степенью зрелости

Химиотерапия при раке тела матки

- Химиотерапия применяется у больных диссеминированным раком эндометрия, а также при возникновении рецидива и метастазов заболевания. Следует отметить, что в большинстве наблюдений ремиссия бывает кратковременной, при этом медиана продолжительности жизни больных составляет 4-8 месяцев.
- Наиболее эффективными являются схемы полихимиотерапии, состоящие из комбинации доксирубина и цисплатины, а также циклофосфида. Их применение позволяет получить ремиссию у 38-76% больных. В последнее время появились работы, дающие основание рассчитывать на возможное использование с получением клинического эффекта таксола и паклитаксела, как в режиме моно-, так и полихимиотерапии, увеличивая эффективность лечения до 64%.

Выживаемость в зависимости от клинических признаков (общая выживаемость больных раком эндометрия колеблется от 73% до 82%)

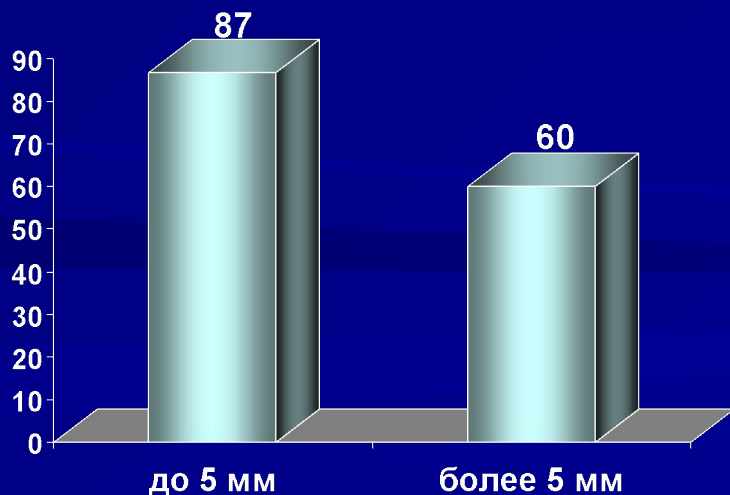
Стадия заболевания



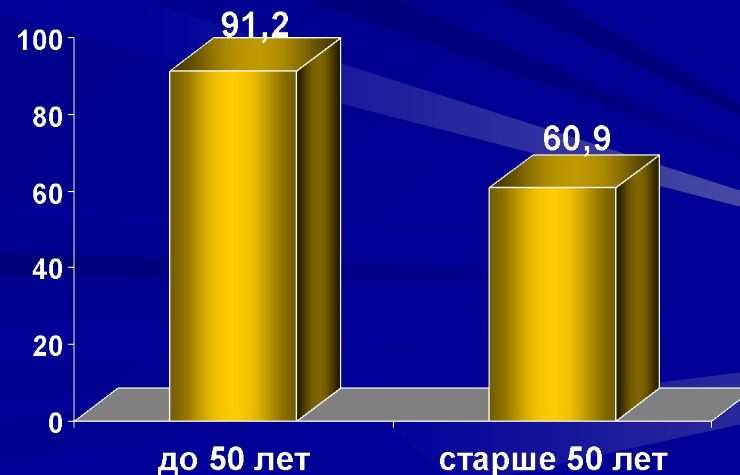
Степень дифференцировки



Глубина инвазии



Возраст



Благодарим за внимание