

***ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ  
ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ.  
РАК ЭНДОМЕТРИЯ  
Томск – 2013***

# Эпидемиология рака эндометрия

За последние 10 лет заболеваемость выросла на 55% (в РФ – на 30%)

4-е место по частоте, уступая раку молочной железы, толстого кишечника и легких

7-е место среди причин смерти от онкозаболеваний

Стандартизированный показатель заболеваемости 15,5

РФ: 2000 год - 19,49

2007 год - 23,93

# Причины роста заболеваемости

- Увеличение продолжительности жизни женщин
- Рост нейро-эндокринных нарушений (риск рака матки возрастает в 3 раза при избыточной массе тела 15 кг – в 4 раза, при 25 кг – в 10 раз, при сахарном диабете – в 3 раза)
- Необоснованное и неадекватное применение гормональных препаратов с высоким содержанием эстрогенов (риск 10-15 раз) и тамоксифена (8 раз)

# ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОТЕКЦИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

КОК	0,4
Курение	0,5
Раннее менархе	1,7
Поздняя менопауза	2
Европеидная раса	2
Сахарный диабет	2 (СД II – 13,3)
Бесплодие (ановуляция)	2,5
Пери- и постменопауза	2,5
Нерожавшие	3
Ожирение	3,5 (ИМТ $\geq$ 34 - 6,3)
СПКЯ	5
Тамоксифен	7
Чистые эстрогены	9

## ФАКТОРЫ РИСКА ГЭ



- ановуляторное бесплодие
- диабет и нарушение толерантности к глюкозе
- ожирение
- прием препаратов эстрогенов без прогестинов
- поздняя менопауза (>55 лет)

## БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ ФАКТОРОВ РИСКА ГЭ

- гиперинсулинемия
- гиперэстрогения (*как следствие внегонадного синтеза эстрогенов в жировых клетках*)
- гиперлипидемия

# ВЛИЯНИЕ ЗГТ

(длительность применения более 6 лет)

- Циклический режим  
комбинированной ЗГТ RR 2,0
- Непрерывный режим  
комбинированной ЗГТ RR 0,59

## Характеристика эндометрия

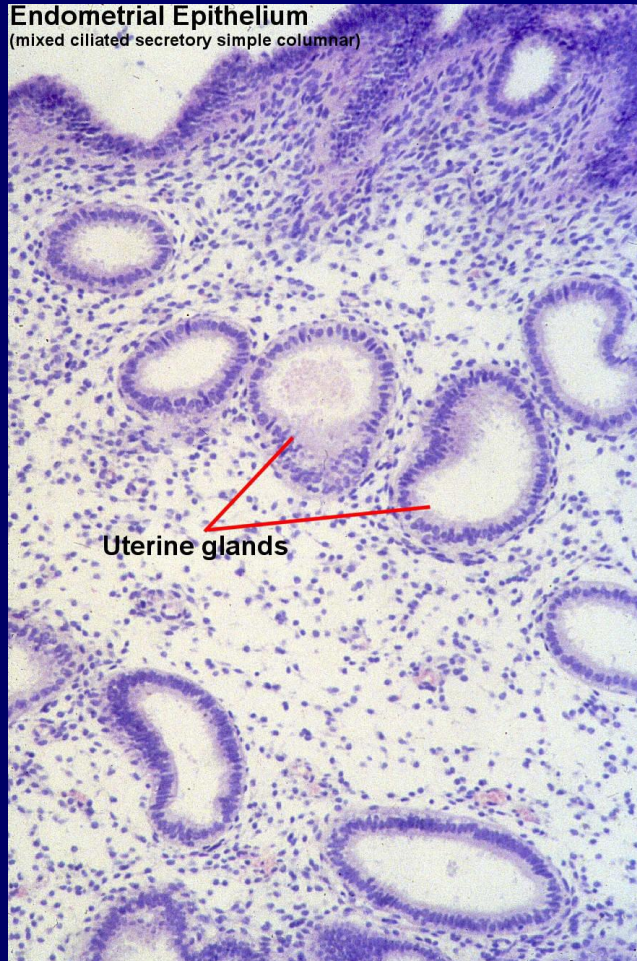
Эндометрий представлен цилиндрическим эпителием, лежащим на рыхлой волокнистой ткани собственного слоя в котором расположены маточные железы (крипты).

В менструальном цикле выделяют фазы: десквамации, регенерации, пролиферации и секреторной трансформации.

При полноценной секреторной трансформации в эндометрии 2 зоны: компактная (*zona compacta*) и губчатая (*zona spongiosa*), спиральные артерии приближаются к поверхности эндометрия

# БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНДОМЕТРИЯ

Endometrial Epithelium  
(mixed ciliated secretory simple columnar)

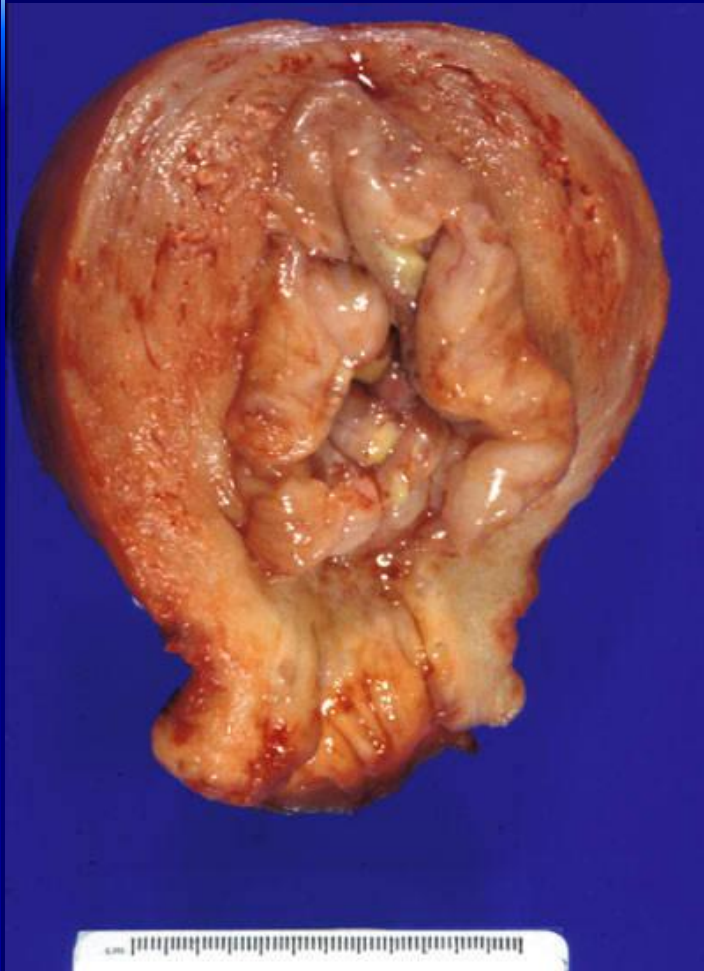


- - гормоночувствительная ткань
- - обладает способностью к циклическому обновлению
- - реагирует на все изменения гормонального статуса
- - орган-мишень для половых стероидных гормонов
- - эстрогены являются основным фактором пролиферации

*При продолжительной эстрогенной стимуляции пролиферация переходит в гиперплазию эндометрия*



# *ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ*



*Эндометриальная гиперплазия (ЭГ) – аномальная пролиферация как железистых, так и стромальных элементов слизистой с нарушением их гистологической архитектоники*

# Особенности пролиферативных процессов репродуктивной системы женщин

- **Гормонозависимость** – эстрогены стимулируют миометрий и эндометрий, но не яичники, прогестерон – миометрий, но не эндометрий
- **Различный злокачественный потенциал**  
малигнизация эндометриоза и миомы матки – редко, атипической гиперплазии - часто

# Этапы гиперпластических процессов

- Патологическая клеточная пролиферация
- Подавление апоптоза
- Патологический неоваскулогенез
- Инвазия. Метастазирование.
- Воспаление
- Раковые стволовые клетки – источник опухолевого роста.

# Возможные механизмы формирования гиперплазии эндометрия

- Избыточное влияние эстрогенов
  - Дефицит прогестерона
  - Увеличение синтеза E в яичниках
  - Увеличение внегонадного синтеза E (A-E1)
  - Усиление сульфатазной активности (конверсии E1 в E2)
  - Торможение сульфаттрансферазной активности (конверсии E2 в E1)
  - Увеличение локального синтеза E (за счет ароматазы)

# Возможные механизмы формирования гиперплазии эндометрия

- Изменение рецепторного фенотипа эндометрия
- Увеличение экспрессии ФР, обладающих митогенной активностью
- Дисбаланс процессов пролиферации и апоптоза

# КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ (ВОЗ, 1984)

- эндометриальная гиперплазия
- эндометриальные полипы
- атипическая гиперплазия эндометрия

## КЛАССИФИКАЦИЯ ГЭ (МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОМОРФОЛОГИИ., GORDON M.D., IRELAND K., 1994)

Типичная    А. простая                      В. сложная  
(аденоматоз  
без атипии)

Атипичная    А. простая                      В. сложная  
(аденоматоз  
с атипией)

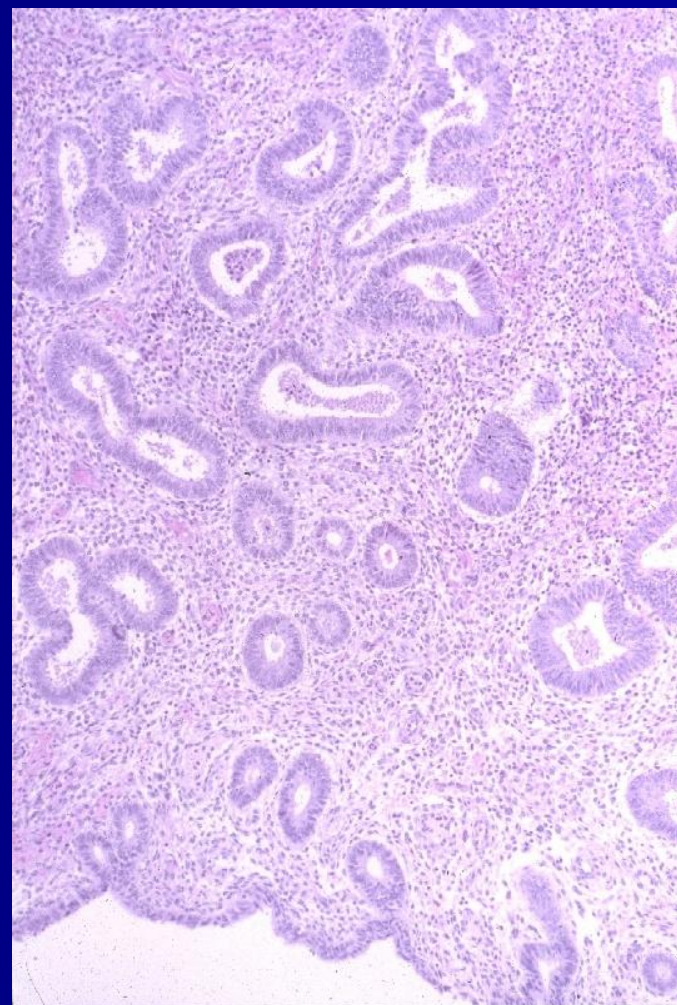
# Классификация гиперпластических процессов эндометрия ( Mutter G.L. et al., 2000)

- Гиперплазия эндометрия  
простая, сложная
- Эндометриальная интраэпителиальная неоплазия (легкая, средней степени и тяжелая)  
простая и сложная атипическая гиперплазия
- Аденокарцинома  
D score  $\leq 0$  высокий риск  
D score  $\geq 1$  низкий риск

# ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

## ПРОСТАЯ ТИПИЧНАЯ ГЭ

увеличение количества желез и стромы  
железы расширены, не извиты, разрозненные  
могут образовываться кисты  
ядерного и клеточного атипизма нет  
частые митозы (активная пролиферация)  
Ядра овальные, богатые хроматином, расположение их многорядное



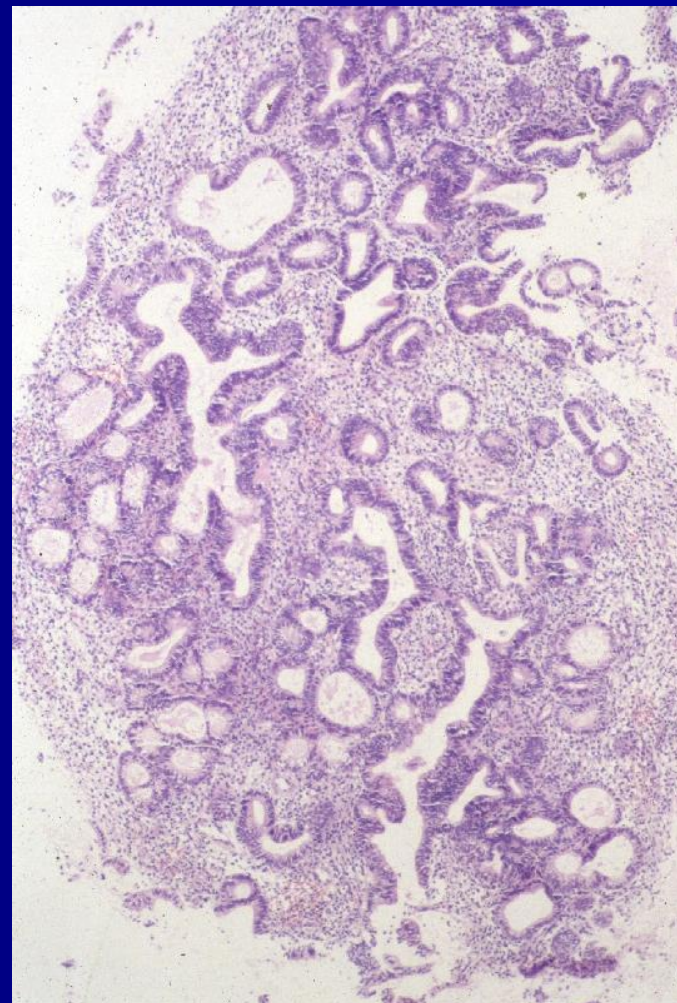


# ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

## СЛОЖНАЯ ТИПИЧНАЯ ГЭ

(АДЕНОМАТОЗ БЕЗ АТИПИИ)

- Преобладание железистого компонента над стромой
- Повышенная сложность желез: расположены тесно, извиты, разветвлены (вид листьев клевера), расположение одной железы в другой, появление выступов в просвет железы оболочки
- Ядерного и клеточного атипизма нет
- Часто сосуществует с аденокарциномой

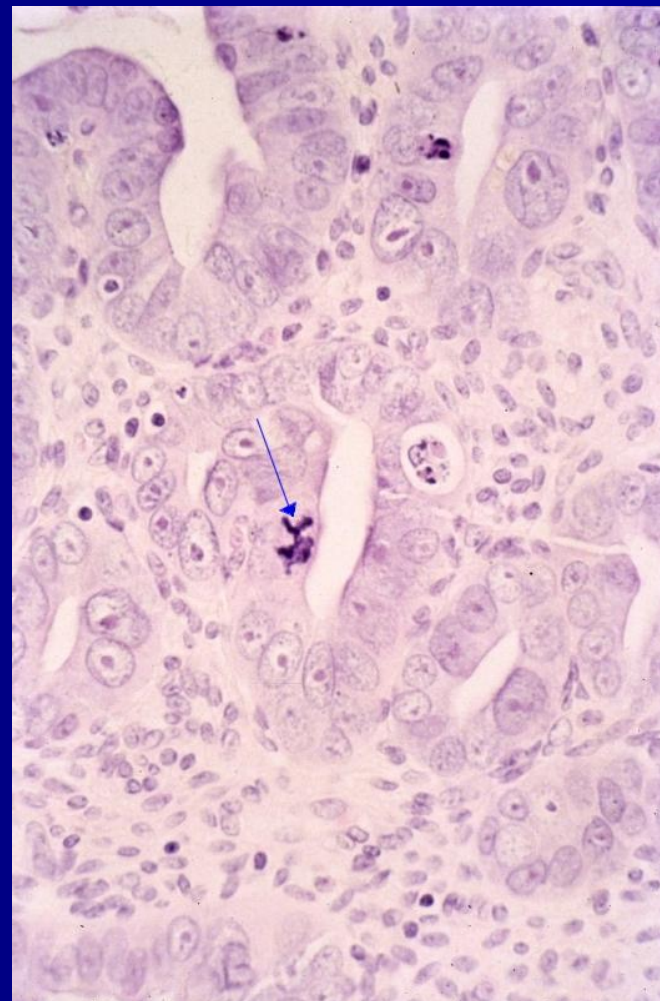


# ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

## ПРОСТАЯ АТИПИЧНАЯ ГЭ

- Атипия клеток желез  
(*утрата полярности  
расположения, необычная  
форма ядер, нарушение  
восприятя красителями*)
- Хроматин плотный, глыбчатый

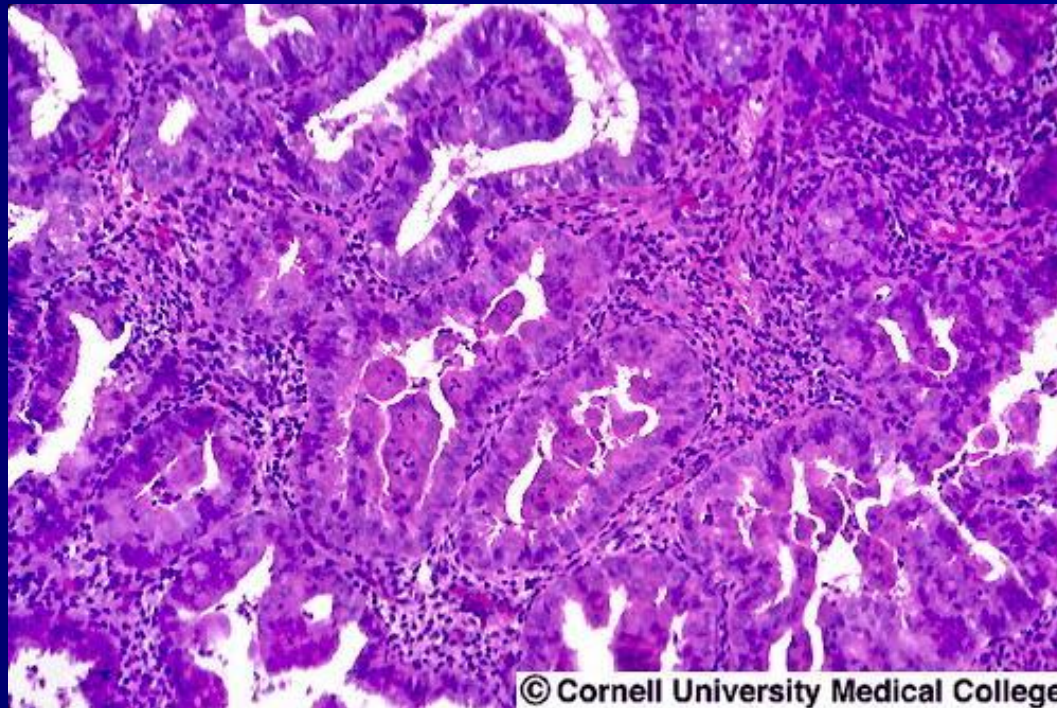
Встречается редко, многие авторы  
её не выделяют



# СЛОЖНАЯ АТИПИЧНАЯ ГЭ (АДЕНОМАТОЗ С АТИПИЕЙ)

## Carcinoma in situ

- атипия клеток желез (клеточная), без инвазии базальной мембраны
- железы неправильной формы, расположены тесно
- преобладание железистых компонентов над стромальными (тканевая атипия)

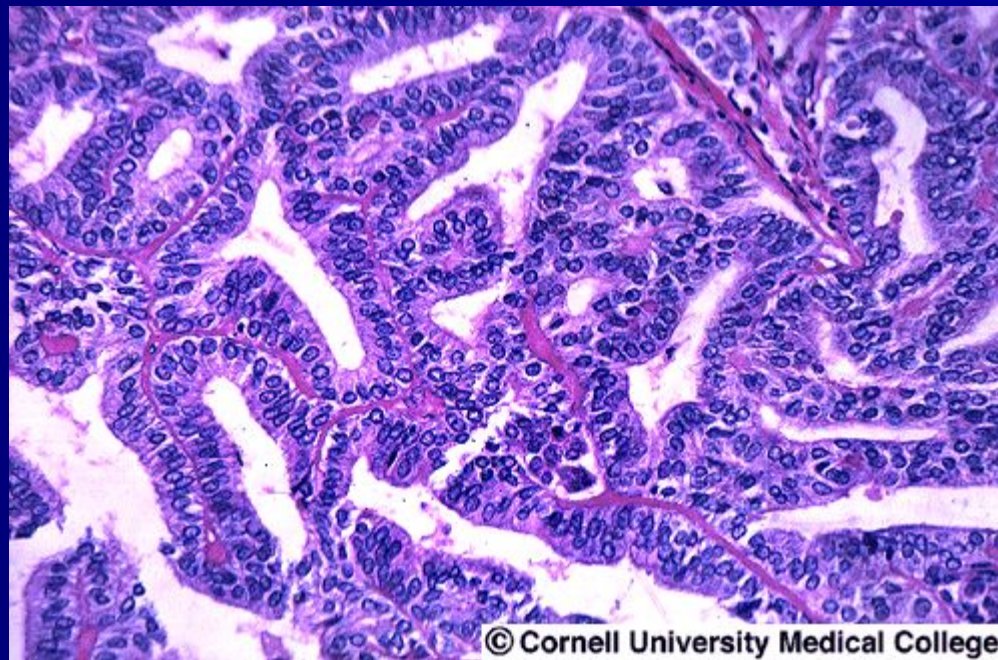




# РИСК РАЗВИТИЯ КАРЦИНОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ



**1 % при простой типичной ГЭ**  
**3 % при сложной типичной ГЭ**  
**8 % при простой атипичной ГЭ**  
**29% при сложной атипичной ГЭ**



# Патогенетический вариант РТМ I

60-70%

- Метаболические, обменно-эндокринные нарушения (ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь)
- Нарушения овуляции (бесплодие, с-м ПКЯ в 62%, ановуляторные маточные кровотечения)
- На фоне гиперпластических процессов эндометрия и стромы яичников
- Сочетание с гормонально-зависимыми опухолями (молочной железы, феминизирующие опухоли яичников)
- Опухоль рецепторположительная, чаще G<sub>1</sub>, чувствительна к гестагенотерапии, рост медленный, позднее лимфогенное метастазирование, прогноз более благоприятный

# Патогенетический тип РТМ I

60-70%

- Пре- и менопауза
- Избыточное влияние эстрогенов
- Ожирение
- Предшествующие изменения эндометрия в виде атипичной гиперплазии
- Есть семейная история
- Гистология – эндометриоидная карцинома
- Генетические изменения - мутация PTEN, MSH, K-ras

# Патогенетический вариант РТМ II

30-40%

- Метаболические, обменно-эндокринные нарушения нет
- Нарушения овуляции нет
- На фоне атрофии эндометрия и фиброза стромы яичников
- Сочетание с гормонально-зависимыми опухолями не характерно
- Агрессивное клиническое течение, склонность к инвазии и лимфогенному метастазированию, чаще G<sub>2</sub> или G<sub>3</sub>, опухоль рецепторотрицательная, не чувствительна к гестагенотерапии, прогноз менее благоприятный

# Патогенетический тип РТМ II

30-40%

- Постменопауза
- Избыточного влияния эстрогенов нет
- Нормальная масса тела
- Предшествующие изменения эндометрия в виде эндометриальной интраэпителиальной карциномы
- Нет семейной истории
- Гистология – серозная или светлоклеточная карцинома
- Генетические изменения - p53, Her-2/neu



# Классификация РТМ по стадиям

- 0 – преинвазивный рак (атипическая гиперплазия эндометрия)
- I - опухоль ограничена телом матки
  - I а – опухоль ограничена эндометрием
  - I б – инвазия в миометрий до 1 см
  - I в – инвазия миометрий более 1 см без прорастания серозной оболочки
- II - опухоль поражает тело и шейку матки, регионарных метастазов нет

# Классификация РТМ по стадиям

III – опухоль распространяется за пределы матки , но не за пределы малого таза

III а – инфильтрация серозной оболочки матки и/или метастазы в придатки матки

III б – инфильтрация клетчатки малого таза и/или метастазы во влагалище

# Классификация РТМ по стадиям

IV – опухоль распространяется за пределы малого таза и/или имеется прорастание мочевого пузыря и/или прямой кишки

IVa – прорастание мочевого пузыря и/или прямой кишки

IVб – отдаленные метастазы

# Гистотипы рака тела матки

- Аденокарцинома (80%)
- Аденоакантома (8-12%) – аденокарцинома с доброкачественной плоскоклеточной дифференцировкой)
- Редкие гистотипы: плоскоклеточный, железисто-плоскоклеточный, серозно-папиллярный, недифференцированный

# Формы роста рака тела матки

- **Ограниченная форма** – опухоль в виде полипа, четко ограничена от неповрежденной слизистой

- **Диффузная форма** – инфильтрация распространяется на весь эндометрий

Наиболее частая локализация – дно и трубные углы

При локализации рака по задней стенке матки в нижних отделах – быстрое прогрессирование, высокий риск диссеминации и раннего лимфогенного метастазирования



# КЛИНИКА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

## 1. Нарушения менструального цикла

- метроррагия
- меноррагия
- контактные кровотечения

## 2. Бесплодие у женщин репродуктивного возраста

## 3. Часто сопровождается симптомами обменно-эндокринных и метаболических нарушений

# КЛИНИКА РАКА ЭНДОМЕТИЯ

## Маточные кровотечения

- в репродуктивном возрасте – меноррагия;
- в пременопаузальном – метроррагия;
- в постменопаузе – мажущие кровянистые выделения

Лейкорея. Лимфорея. Обильные жидкие выделения из полости матки – вид «мясных помоев», часто зловонные. Нередко - пиометра

# КЛИНИКА РАКА ЭНДОМЕТИЯ

- Боли. Имеют схваткообразный характер и сопровождаются усилением выделений. Боли тупого характера свидетельствуют о распространении процесса за пределы матки
- Ухудшение общего состояния в запущенных случаях



## Диагностическая тактика при ГЭ



# Диагностический алгоритм ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ И РТМ

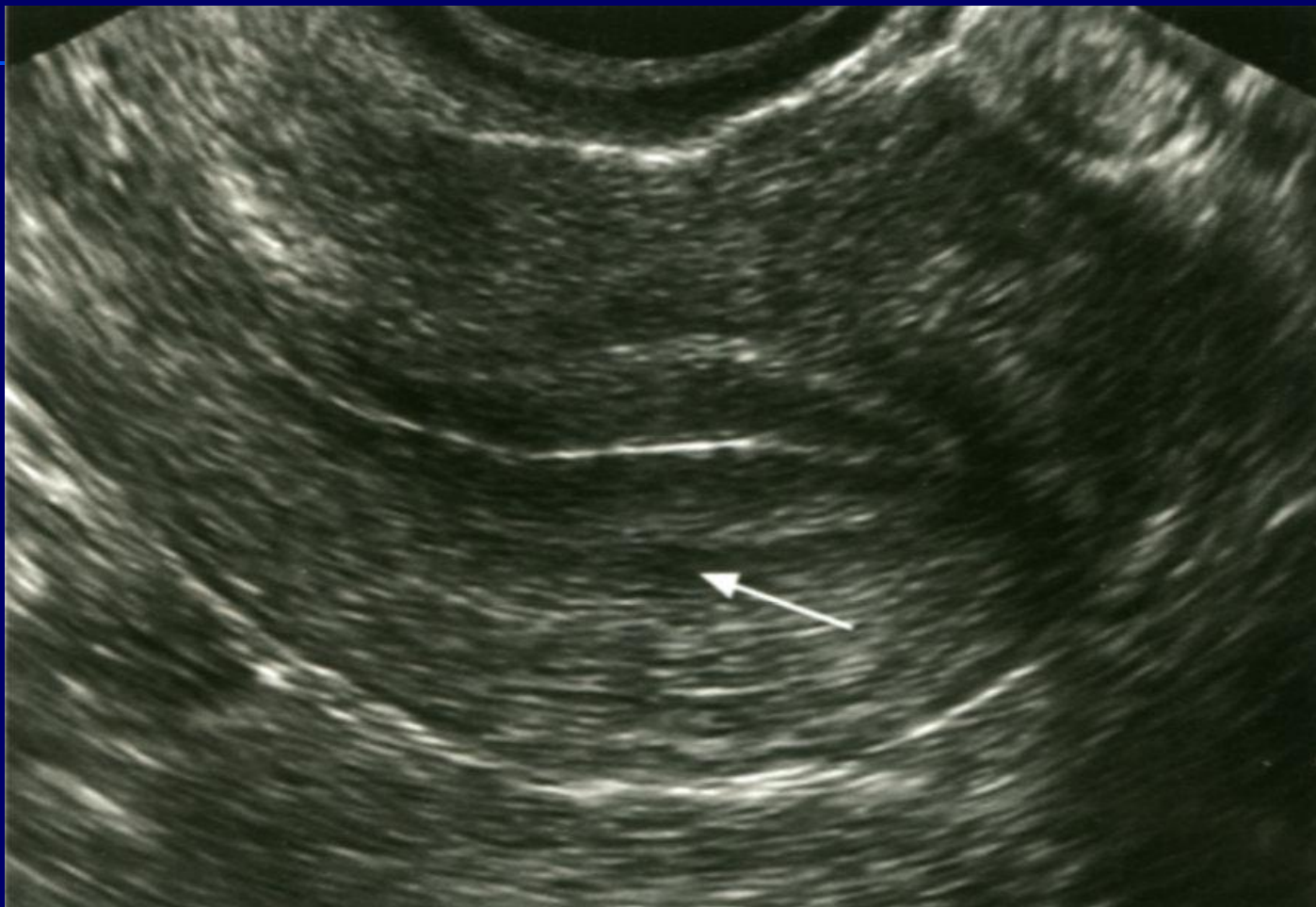
- 1) Состояние менструальной функции
- 2) Выявление факторов риска
- 3) УЗИ ОМТ

Эхоскопические признаки ГЭ:

- неоднородность структуры эндометрия
- толщина эндометрия  $> 15 \pm 0,4$  мм
- толщина эндометрия  $> 5-7$  мм в постменопаузе

4) доплерография – усиление кровотока и индекса резистентности (*в нормальной эндометрии кровотоки медленные и не регистрируются при ЦДК*)

**Средняя пролиферативная фаза цикла, сагиттальное сечение.  
Эхогенность эндометрия остаётся сниженной, толщина его  
увеличивается. Субэндометриальный слой сниженной  
эхогенности (указано стрелкой), ТВ сканирование**



**Иллюстрации из:**

**Озерская И.А. Эхография в гинекологии. — М.: Медика, 2005. — 292 с.**

**Поздняя секреторная фаза цикла, сагиттальное сечение. Вся толщина эндометрия высокой эхогенности. Линия смыкания листков слизистой не визуализируется. (ТВ сканирование)**

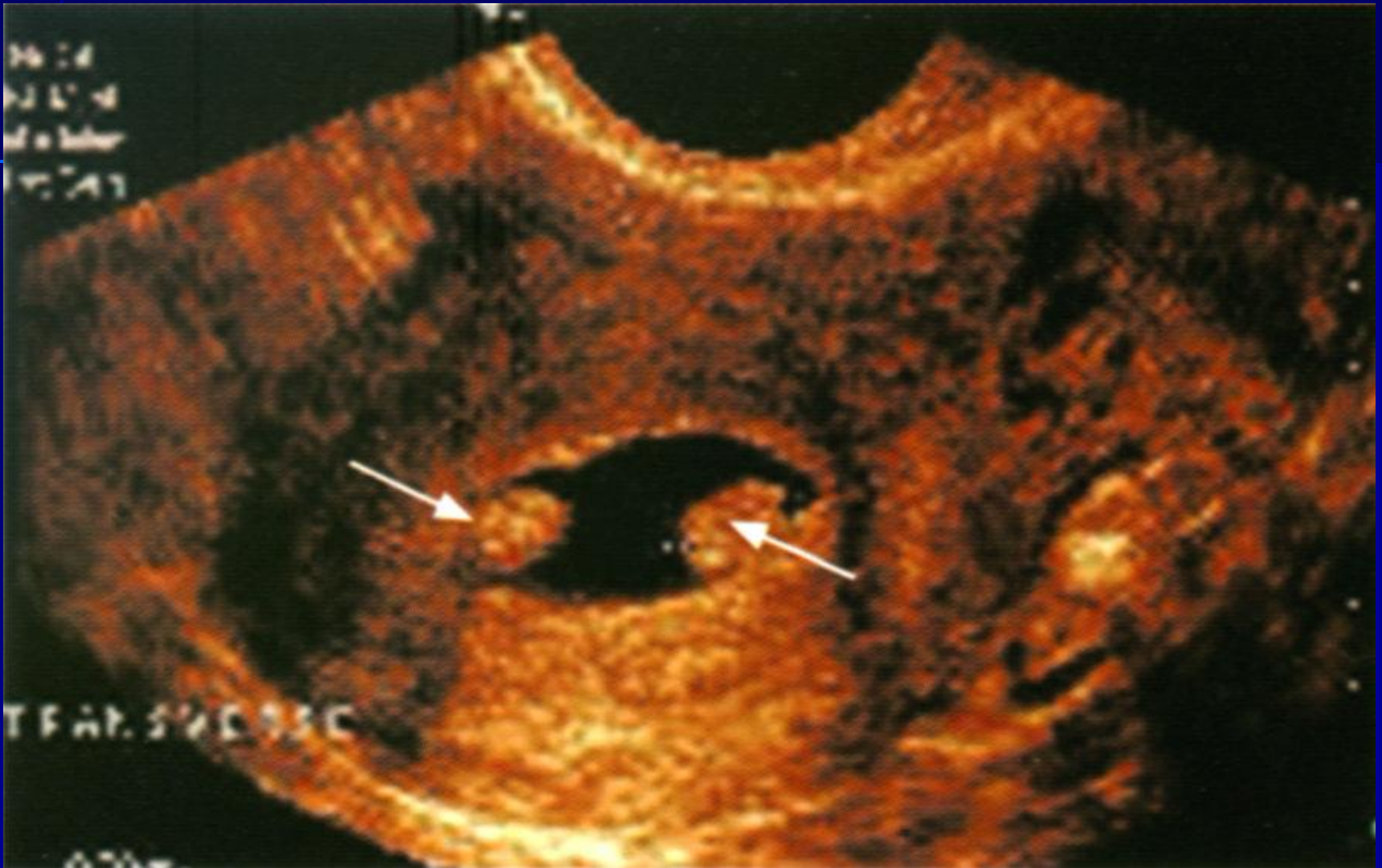


**Иллюстрации из:**

**Озерская И.А. Эхография в гинекологии. – М.: Медика, 2005. – 292 с.**



**Полипы эндометрия (указаны стрелками) во время проведения эхогистероскопии. (ТВ сканирование)**



**Иллюстрации из:**

**Озерская И.А. Эхография в гинекологии. – М.: Медика, 2005. – 292 с.**

## Гиперплазия эндометрия. ЭД. (ТВ сканирование)

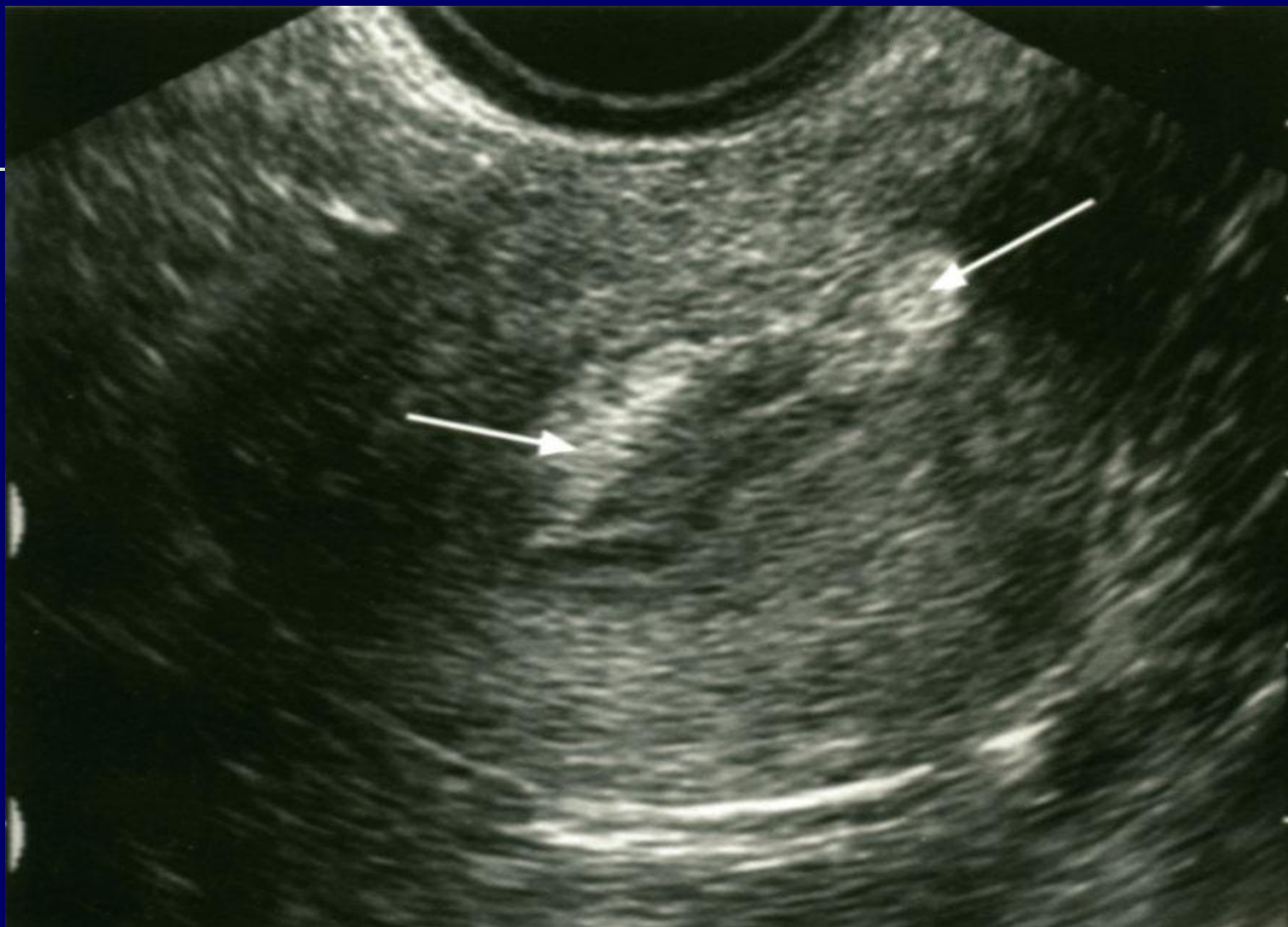


Иллюстрации из:

Озерская И.А. Эхография в гинекологии. – М.: Медика, 2005. – 292 с.



**Полипоз эндометрия  
(полипы указаны стрелками). (ТВ сканирование)**



**Иллюстрации из:**

**Озерская И.А. Эхография в гинекологии. – М.: Медика, 2005. – 292 с.**

## Распространённый рак тела матки. (ТВ сканирование)

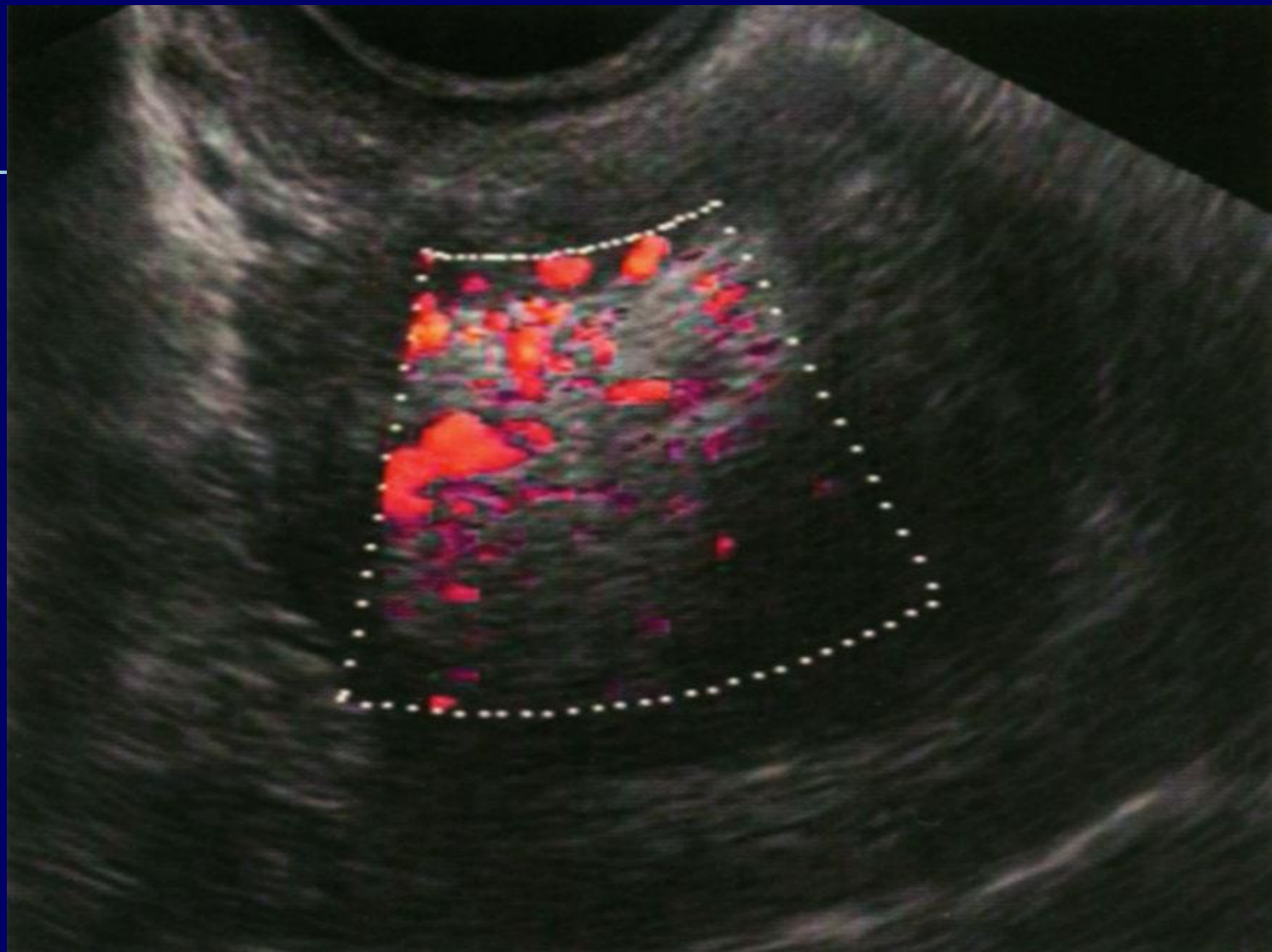


Иллюстрации из:

Озерская И.А. Эхография в гинекологии. — М.: Медика, 2005. — 292 с.



**Карцинома эндометрия. Обильная васкуляризация опухоли.  
(ТВ сканирование)**

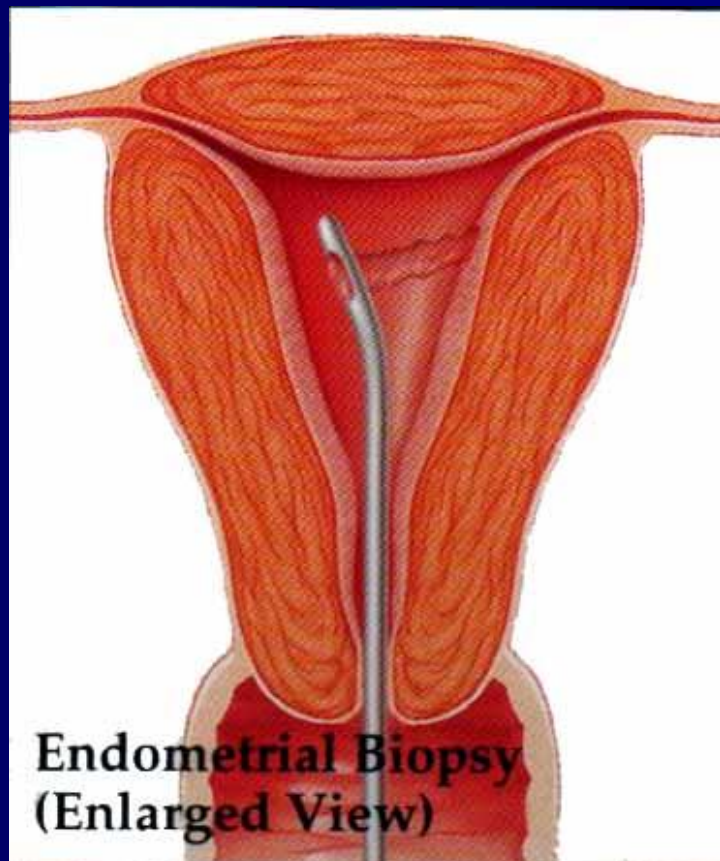


**Иллюстрации из:  
Озерская И.А. Эхография в гинекологии. – М.: Медика, 2005. – 292 с.**



# Диагностический алгоритм

## ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ И РТМ

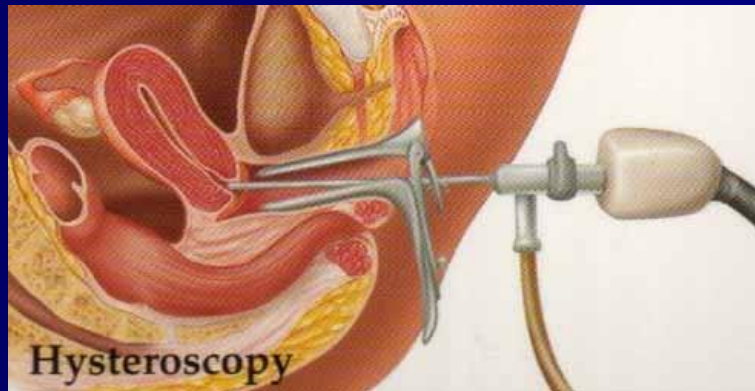


5) Аспирационная биопсия эндометрия «Pipelle» (допустима при аномальных маточных кровотечениях у женщин моложе 35 лет линейной форме М-эхо. В дальнейшем - отбор больных для более детального исследования. Контроль лечения)

# Диагностический алгоритм

## ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ И РТМ

- б) гистероскопия с биопсией эндометрия  
цуг-биопсия  
щипковая биопсия  
фракционный кюретаж  
полный кюретаж



Необходимо проводить накануне ожидаемой менструации или в самом начале появления кровянистых выделений. Пробы эндометрия должны включать область дна и маточных трубных углов (*частая локализация аденоматоза и полипов*)

## Гистероскопия: полип эндометрия





# Гистероскопия: рак эндометрия

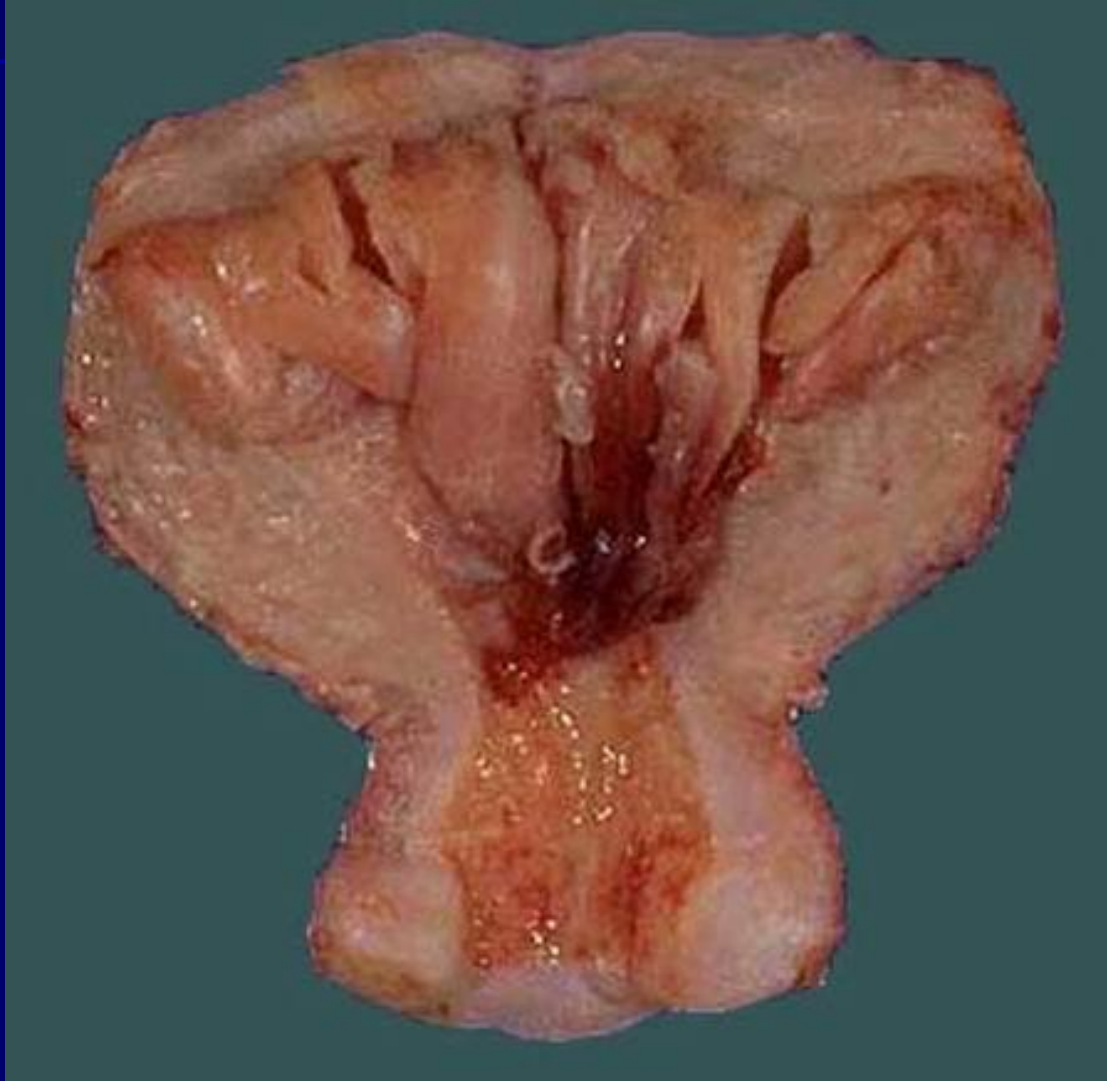


## Диагностический алгоритм

# ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ И РТМ

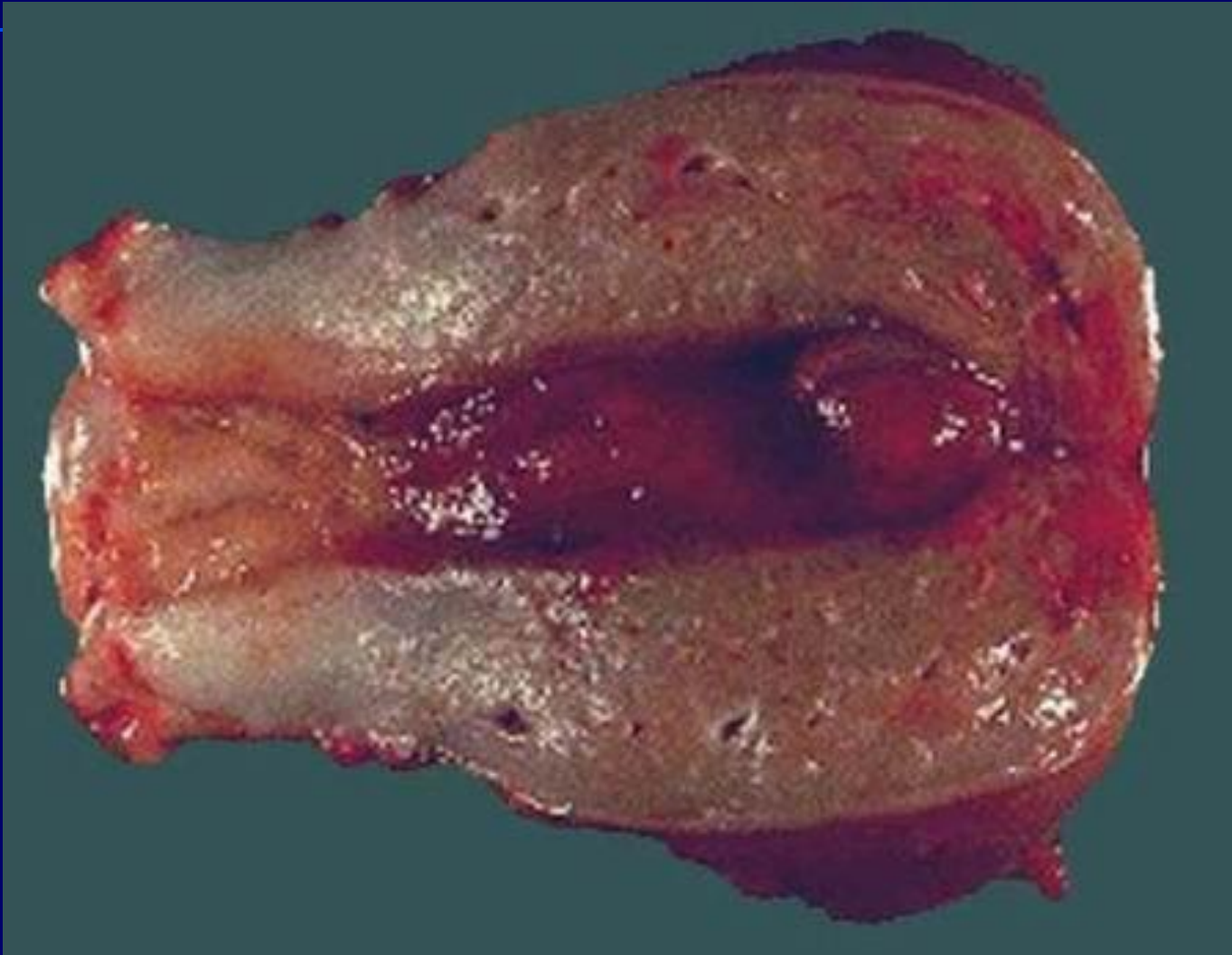
- Экскреторная урография, УЗТ почек, радионуклеидная ренография
- Рентгенография органов грудной клетки, ЗТ печени, сканирование и рентгенография костей скелета (отдаленные метастазы)
- МРТ , КТ (глубина инвазии в миометрий, состояние регионарных лимфатических узлов)

**Эндометриальная гиперплазия: полость матки  
выстлана пышным, подобным пальмовым листьям  
гиперпластическим эндометрием; макропрепарат**





**Гиперплазия эндометрия: небольшой  
эндометриальный доброкачественный полип;  
макропрепарат**



# Лечение фоновых гиперпластических процессов эндометрия (типичной ГЭ)

- Остановка кровотечения
- Восстановление менструальной функции в репродуктивном возрасте или стойкой менопаузы в возрасте естественной менопаузы
- Профилактика рецидивов заболевания

Типичная простая ГЭ не рецидивирующая в пременопаузе является вариантом нормы



## ЛЕЧЕНИЕ ГЭ

Гормональная терапия

Консервативная внутриматочная хирургия

Хирургическое лечение

### Гормональная терапия

КОК

Прогестагены

Производные андрогенов

19-норстероиды III-го поколения

аГнРГ

# Эволюция гормональной терапии

- 1960 – Прогестагены (Kistner R.W.)
- 1965 – Антиэстрогены (Wall et al)
- 1982 – КОК (Kistner R.W.)
- 1987 – Даназол (Buletti et al.)
- 1992 – а-ГнРГ (Menori et al.)
- 2004 – Ингибиторы ароматазы (III поколения – аримидекс, фемара)



## Гормональная терапия ГЭ

**КОК**, однофазные низкодозированные 3-6 мес. в циклическом режиме, рекомендуются в пубертатном и репродуктивном возрасте <45 лет

### *Механизм действия*

Торможение овуляторного пика гонадотропинов и пролиферации эндометрия  
кости и др.

### *Побочное действие*

Прибавка веса, гиперкоагуляция, задержка жид-



# Гормональная терапия ГЭ

## ПРОГЕСТАГЕНЫ

(поздний репродуктивный возраст и перименопауза)

Медروксипрогестерон (вераплекс) 10-20 мг/сутки 4 месяца  
мегейс, провера, мегестрол

Дюфастон 20 мг, утрожестан 200 мкг, 3-6 мес. во II фазу  
цикла

Пролонгированные: Депо-провера, 17 ОПК по 125-250 мг  
в/м 2 р/нед. во II фазу цикла 3-6 мес.

### ***Механизм действия***

Торможение пролифе-  
рации, децидуализация  
и атрофия эндометрия,  
выделения  
гонадотропинов

### ***Побочное действие***

Гиперлипидемия,  
прибавка веса,  
нагрубание молоч-  
ных желез, кровя-  
нистые выделения

Т-образная полиэтиленовая основа (рентгеноконтрастная)

32 мм  
19 мм

Резервуар с левоноргестрелом [52 мг] со специальной мембраной, регулирующей выделение гормона [20 мкг в сутки]

Полиэтиленовые нити для удаления ВМС

Уменьшает рост эндометрия во время менструального цикла

Замедляет активность сперматозоидов в матке

Сгущает слизь в канале шейки матки

**МИРЕНА –  
Левонор-  
гестролсодер-  
жащая ВМС  
(20 мкг/сут)**





# Гормональная терапия ГЭ

## **ПРОГЕСТАГЕНЫ**

эффект терапии определяется:

Дозой и длительностью воздействия  
Формой гиперплазии  
Количеством (экспрессией)  
прогестероновых рецепторов  
Соотношением прогестероновых  
рецепторов А и В



# Гормональная терапия ГЭ

## **ПРОИЗВОДНЫЕ ТЕСТОСТЕРОНА**

рецидивирующая типичная ГЭ, сочетание с эндометриозом, миомой матки, бесплодием

Даназол 200-400 мг/сут 3-6 мес.

### *Механизм действия*

Блокада гонадотропинов,  
эндометрия  
гиперлипидемия,

### *Побочное действие*

андрогенные      атрофия  
эффекты,  
прибавка веса,  
гипертензия

# Гормональная терапия ГЭ

19-норстероиды III-го поколения  
рецидивирующая типичной ГЭ,  
перименопауза

Гестринон 2,5 мг 2 раза в неделю 4-6  
месяцев



# Гормональная терапия ГЭ

## аГнРГ

сочетанные гиперпластические процессы (миома матки, аденомиоз, СПЯ, доброкачественные заболевания молочных желез), рецидивирующая ГЭ, при атипичной ГЭ в репродуктивном возрасте, бесплодие

Люкрин-депо, диферелин, декапептил, золадекс, бусерелин

*Люкрин-депо  
инъекций*

*3,75 мг раз в 28 дней в/м, 3-6*



# Гормональная терапия ГЭ

## аГнРГ

### ***Механизм действия***

Блокада гонадотропной секреции гипофиза,  
“медикаментозная гонадэктомия”

### ***Преимущества***

- Отсутствие андрогенного эффекта: акне, себорея, гирсутизм
- Отсутствие метаболических нарушений: липидного и углеводного обменов
- Отсутствие тромбоземболических осложнений
- Не наблюдается увеличение массы тела
- Не оказывает влияния на гепато-билиарную систему, функции почек и ЖКТ

### ***Побочное действие***

“Приливы”, потливость, атрофический кольпит,  
снижение минеральной плотности тканей

# Гормональная терапия ГЭ

## Селективные модуляторы рецепторов эстрогенов (СЭРМ)

### Новый класс препаратов (стадия изучения)

#### Ралоксифен

- препятствует развитию остеопороза
- снижает уровень ЛПНП
- в эндометрии проявляет себя как антиэстроген, препятствует пролиферации, вызывает атрофию



# Перспективы терапии гиперплазии эндометрия

- Новые ультранизкодозированные препараты для перорального применения
- Ультранизкодозированные трансдермальные эстрогены (14 мг/день) без применения прогестагенов
- Новые пластыри с андрогенами для женщин с андроген-дефицитом
- Использование комбинации СЭРМ/эстрогены
- Применение эстетриола (E4)



# ЛЕЧЕНИЕ АТИПИЧНОЙ ГЭ

Методом выбора по Я.В. Бохману является  
гистерэктомия:

- в перименопаузальном  
возрасте
- при сочетании с миомой  
матки, аденомиозом

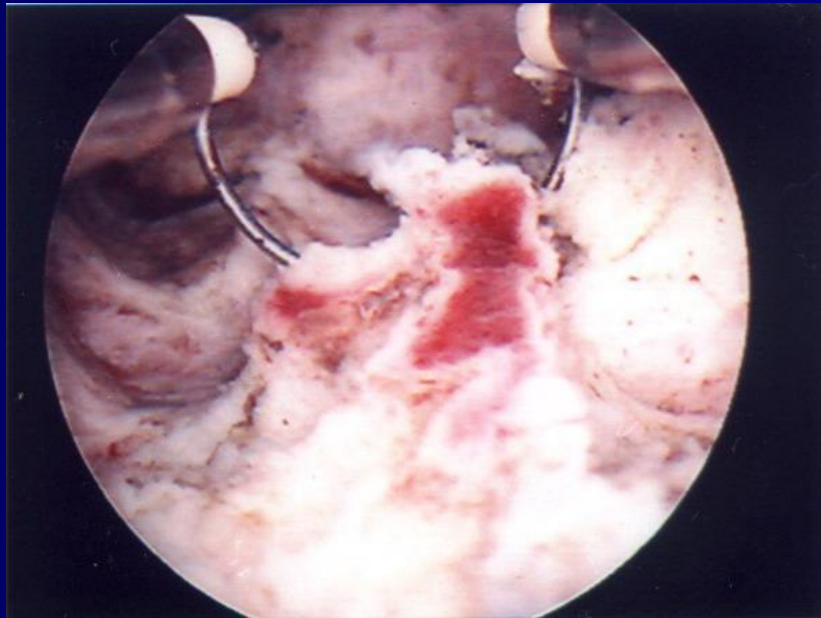


## ЛЕЧЕНИЕ АТИПИЧНОЙ ГЭ

12,5% 17-ОПК гидроксипрогестерона капроата 500 мг в/м 3 раза в неделю 2 мес (доза достижения эффекта — 14–15 г).  
Затем гистероскопия, биопсия эндометрия  
оценка степени гормонального патоморфоза  
При гормоночувствительном состоянии ещё  
2 мес по 500 мг 12,5% 17-ОПК в/м 2 раза в  
неделю, затем 2 месяца 500 мг 1 раз в  
неделю. Курсовая доза 23–28 г.

# МЕТОДЫ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ХИРУРГИИ

## Гистерорезекция и абляция эндометрия только при типичных формах ГЭ

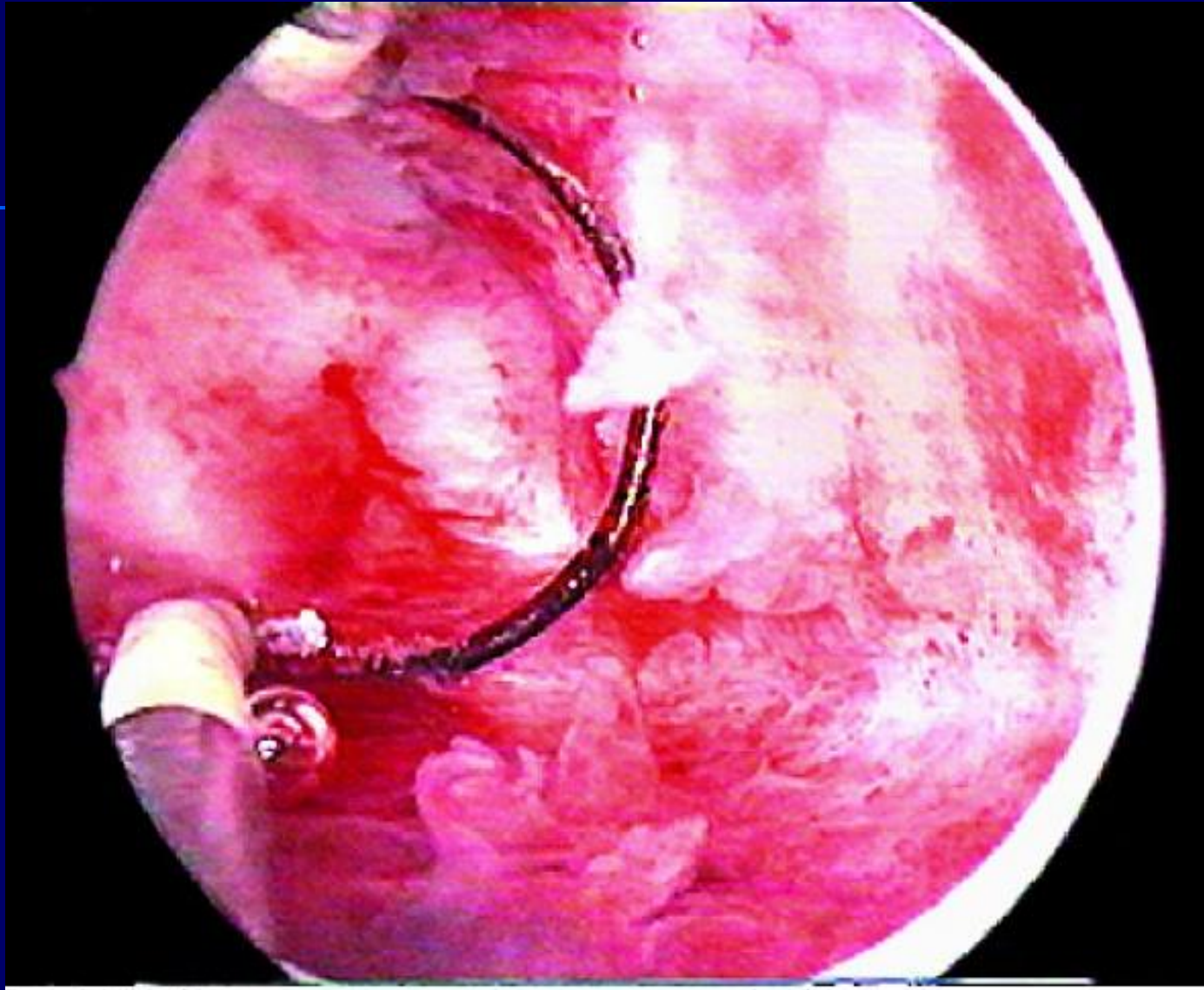


### Показания

- 1) Отказ от оперативного и гормонального лечения
- 2) Неэффективная гормональная терапия ГЭ
- 3) Противопоказания к оперативному и гормональному лечению

Предоперационная подготовка – супрессия  
эндометрия - 3 мес. аГнРГ

*При атипичной ГЭ абляция эндометрия  
противопоказана !*



# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИСТЕРЭКТОМИЯ

## Показания



- ГЭ с миомой матки
- ГЭ с аденомиозом
- атипичная ГЭ в  
возрасте >45 лет

Вопрос о целесообразности удаления яичников в возрасте >45 лет следует решать, учитывая наличие в них гиперпластических процессов – гипертекоза, текоматоза, гиперплазии стромы (Чернуха Г.Е., Мамаева Г.М., Железнов Б.И., 1999)

# Лечение рака тела матки

## Комплексное: сочетание оперативного, лучевого и гормонального лечения

**Ia** – простая тотальная гистерэктомия с придатками (экстирпация I типа)

**Ib** – расширенная тотальная гистерэктомия (III типа); при G<sub>2</sub> и G<sub>3</sub>, больших размерах опухоли и локализации в нижних отделах – лучевая терапия (дистанционная гамма-терапия в дозе 40-50 Гр)



# Лечение рака тела матки

## Комплексное: сочетание оперативного, лучевого и гормонального лечения

- **Ib и II** - расширенная тотальная гистерэктомия (III типа) и сочетанная лучевая терапия (дистанционная гамма-терапия и облучение по оси влагалища в суммарной дозе 65-80 Гр)

# Лечение рака тела матки

## Комплексное: сочетание оперативного, лучевого и гормонального лечения

**III** – методом выбора является сочетанная лучевая терапия: эндовагинальное, внутрисполостное облучение и дистанционная гамма-терапия в суммарной дозе 65-80 Гр

**IIIa** (без вовлечения параметральной клетчатки) до сочетанной лучевой терапии - расширенная тотальная гистерэктомия (III типа). При метастазировании в яичники – резекция большого сальника.

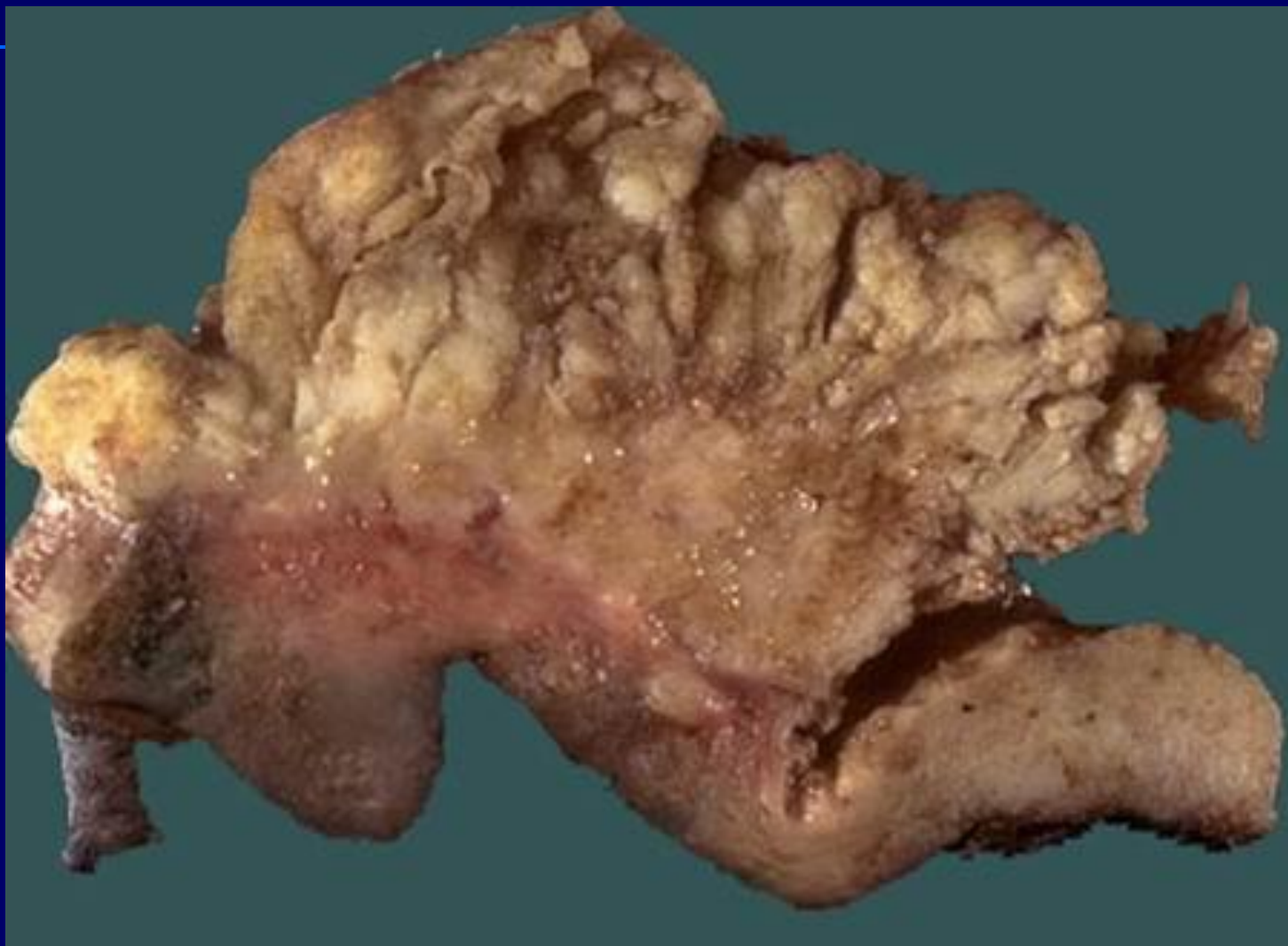
**Лечение рака тела матки**  
**Комплексное: сочетание оперативного,  
лучевого и гормонального лечения**

**IV** – лечение по индивидуальному  
плану

**Аденокарцинома эндометрия: бесформенная масса белой опухоли видна по всей поверхности эндометрия матки, вскрытой по передней поверхности, шейка — внизу; макропрепарат**



**Аденокарцинома эндометрия: на поверхности среза со стороны просвета матки отмечается новообразование с неглубокой инвазией, шейка — справа; макропрепарат**



# Лечение рака тела матки

## Комплексное: сочетание оперативного, лучевого и гормонального лечения

### Гормонотерапия

при G<sub>1</sub>, рецепторположительной опухоли, I патогенетическом варианте

### Пролонгированные прогестагены

17-ОПК, Депо-провера – курсовая доза 45 г в сочетании с антиэстрогенами (тамоксифен, фаристон и др) или без них



# Прогноз (5-летняя выживаемость)

I - 75 -85%

II – 58-75%

III – 30-56%

IV – 10% и менее

A photograph of a hospital hallway. In the foreground, there is a dark wooden reception desk. To the right of the desk, there are several white plastic chairs. The hallway leads to a large, dark-framed arched doorway. Through the doorway, a long, brightly lit hallway is visible, with people in the distance. The walls are light blue and white, and there is a window on the right side with light green curtains. The floor is covered in a patterned tile.

*Спасибо за внимание!*