

# Рак тела матки

- Заболеваемость 20-23 случая на 100 тыс населения в год
- Смертность 5-7 на 100 тыс

## ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

- 1.Ожирение
- 2.Гипертоническая болезнь
- 3.Сахарный диабет
- 4.Длительное применение эстрогенов без прогестинов
- 5.Ановуляции различной природы
- 6.С-м Штейна-Левентала
- 7.Фибромиома матки
- 8.Гиперпластические процессы в эндометрии.

**I патогенетический вариант** рака эндометрия характеризуется многообразием и глубиной гиперэстрогении в сочетании с нарушением жирового и углеводного обмена.

- **Клинический симптомокомплекс:**
- ановуляторные маточные кровотечения;
- бесплодие;
- позднее наступление менопаузы;
- гиперплазия тека-ткани яичников в сочетании с синдромом Штейна-Левентала;
- гиперпластические процессы эндометрия, окружающего полипы;
- очаги атипичной гиперплазии эндометрия;
- миома матки.

Обменные нарушения при I патогенетическом варианте:

- ожирение,
- гиперлипидемия,
- сахарный диабет.
- I патогенетический вариант встречается у **60-70% больных раком эндометрия.**
- У таких больных чаще встречается **опухоль высокой дифференцировки** и обладает меньшей степенью злокачественности.
- Клиническое течение заболевания у этих больных более благоприятно.

## II патогенетический вариант

- Выявляется у 30-40% больных.
- Указанные эндокринно-обменные нарушения выражены нечетко или совсем отсутствуют.
- Характерно сочетание фиброза стромы яичников и атрофии эндометрия, на фоне которой возникают полипы, атипическая гиперплазия и рак.
- У больных этой группы опухоли развиваются на фоне атрофического эндометрия, они как правило малодифференцированы. Клиническое течение заболевания более неблагоприятно.

# Патологическая анатомия

- Опухоль, начавшись в эндометрии, инфильтрирует миометрий, может распространяться на шейку матки, придатки, прямую кишку, мочевой пузырь, в параметрии.
- Метастазирует в лимфоузлы таза, иногда - паховые, иногда – в стенку влагалища, гематогенно – в лёгкие

# Предраковые заболевания

- Гиперплазия эндометрия, полипоз, аденоматоз
- Клинически они похожи на ранний рак



# Клиника рака эндометрия

- Бели
- Кровотечения
- Боли внизу живота или в пояснично-крестцовой области , подвздошно-бедренной, в мочевом пузыре, прямой кишке (в зависимости от прорастания в смежные структуры)

# КЛИНИКА

- При сдавлении мочеточников – пиелозэктазия, гидронефроз, уремия
- При распаде опухоли –гнилостные, зловонные выделения. При их задержке – схваткообразные распирающие боли, температура

# Диагностика

- Осмотр – бледность(кровотечения), ожирение, форма живота
- Пальпаторно иногда в животе может определяться опухоль, исходящая из таза
- Вагинально и ректально- увеличенная матка с узлами различной консистенции и плотности
- В аспирате цитологически –раковые клетки

# Диагностика

- При любом результате цитологии –УЗИ малого таза, (при отсутствии явных признаков опухоли для М-эхо)
- При М-эхо более 4мм – отдельный соскоб или прицельная биопсия при гистероскопии

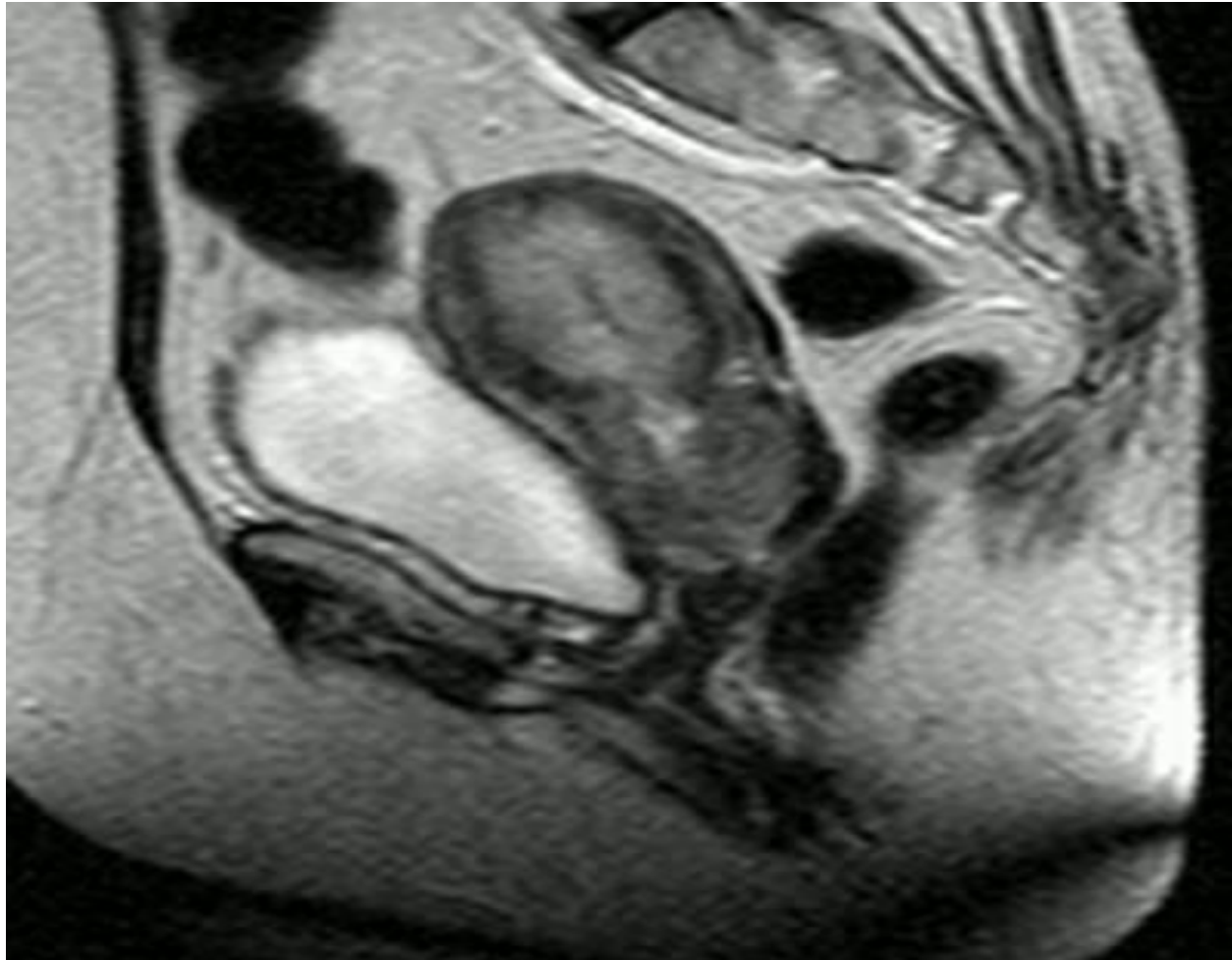
## Международная гистологическая классификация (ВОЗ) рака эндометрия:

- 1) аденокарцинома (более 80%);
- 2) светлоклеточная (мезонефроидная) аденокарцинома;
- 3) плоскоклеточный рак;
- 4) железисто-плоскоклеточный рак;
- 5) недифференцированный рак.
- Опухоль может иметь экзофитную, эндофитную и смешанную формы роста.
- .

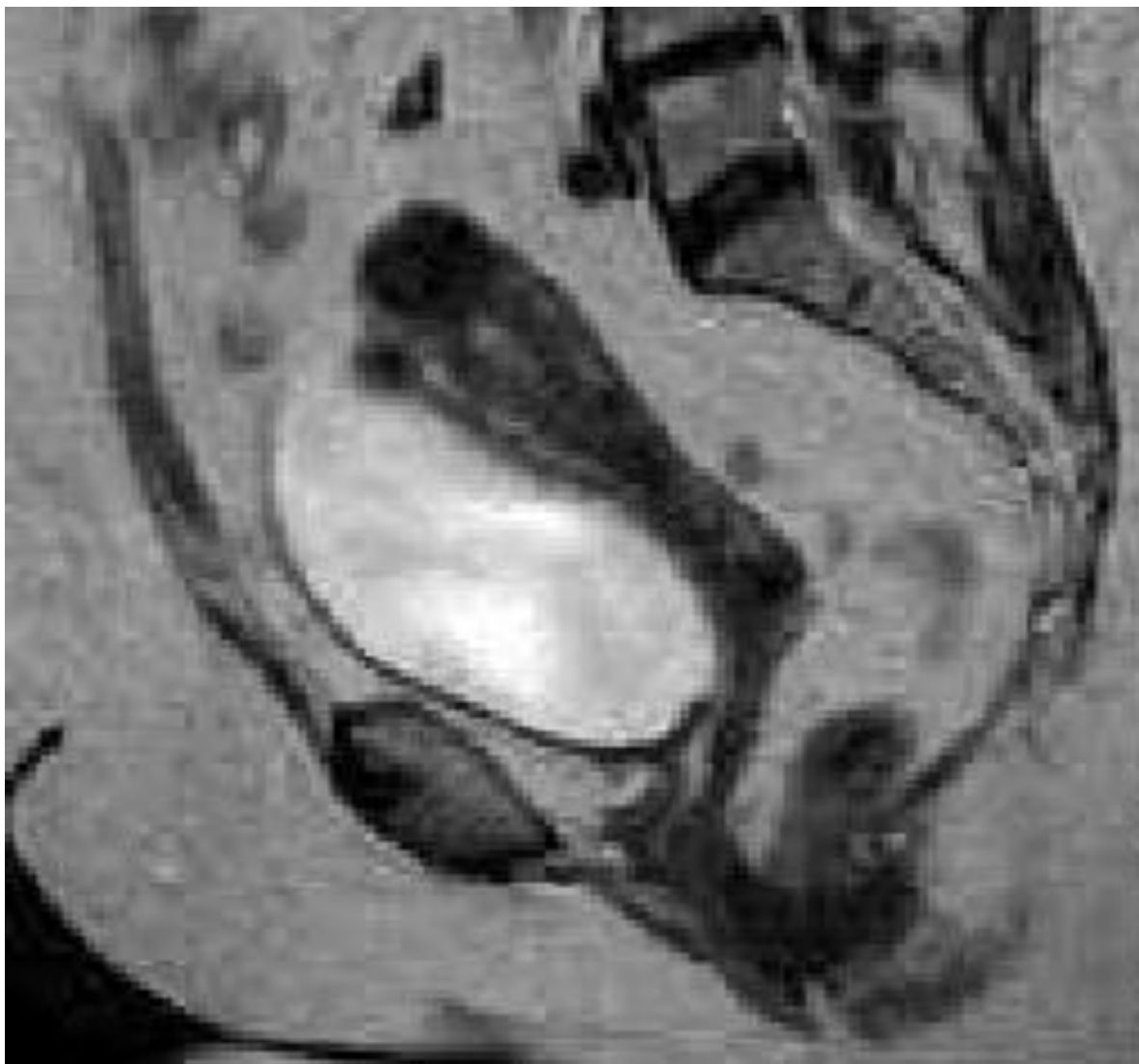
Одним из важных биологических признаков рака эндометрия является его дифференцировка.

<b>Аденокарцинома эндометрия</b>	
<b>Степень дифференцировки</b>	<b>%</b>
<b>высокодифференцированная</b>	<b>66,7</b>
<b>умеренно дифференцированная</b>	<b>20,0</b>
<b>солидная (недифференцированная)</b>	<b>9,2</b>

# Рак тела и шейки матки

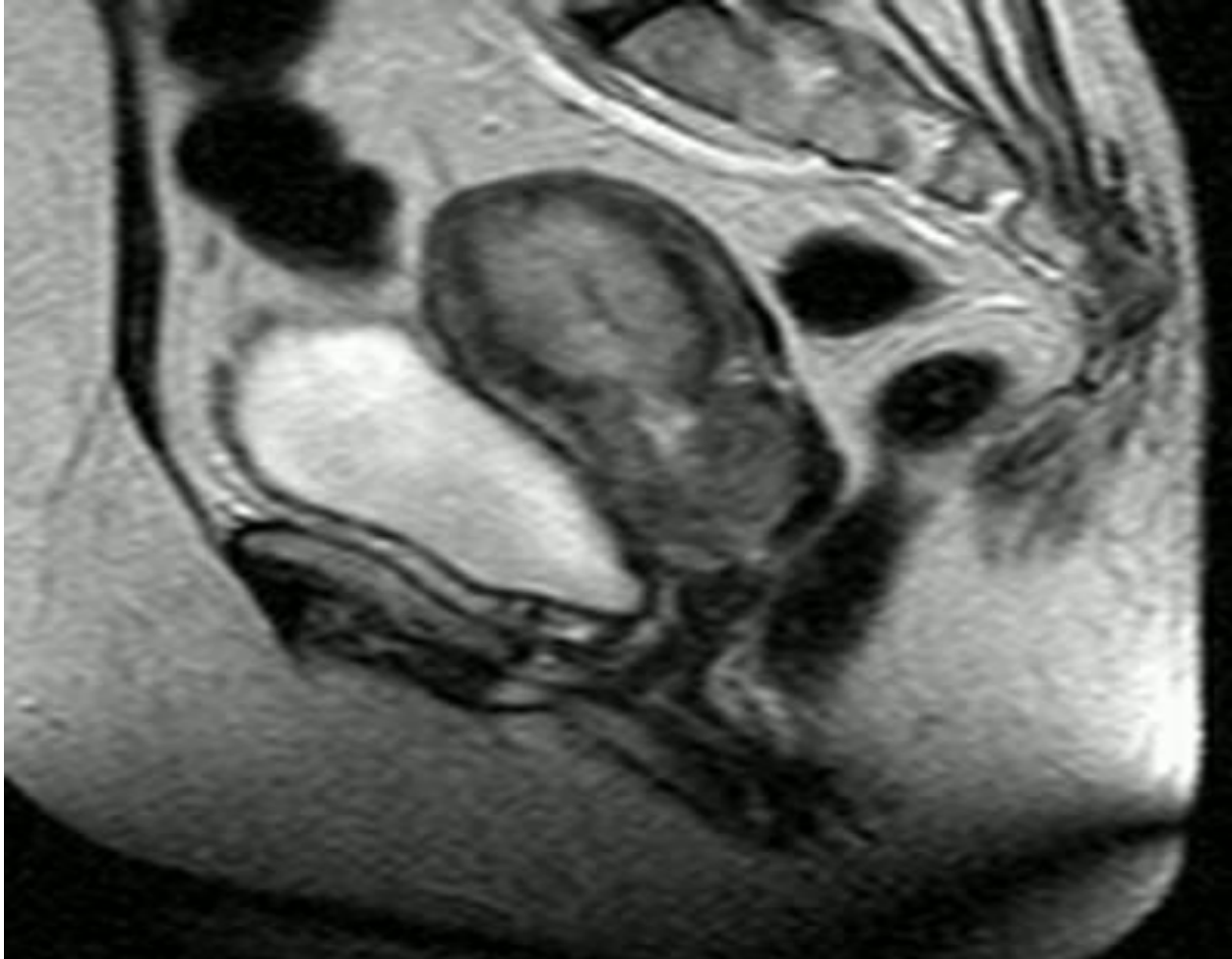


# Рак тела матки

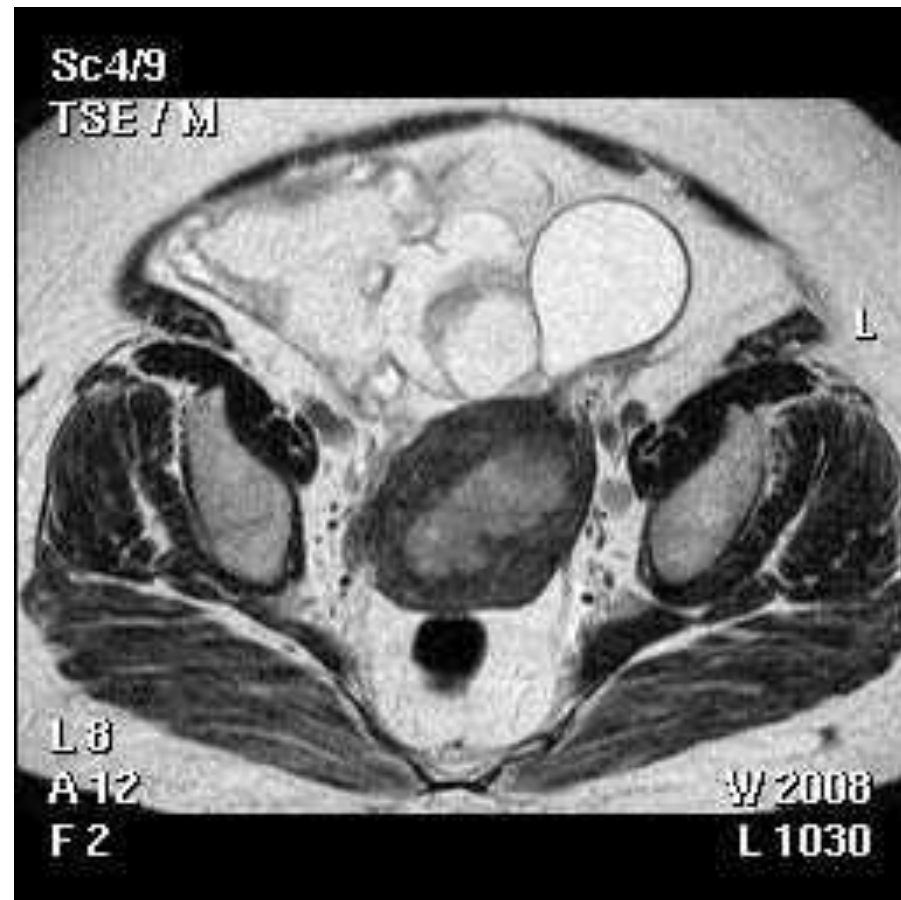
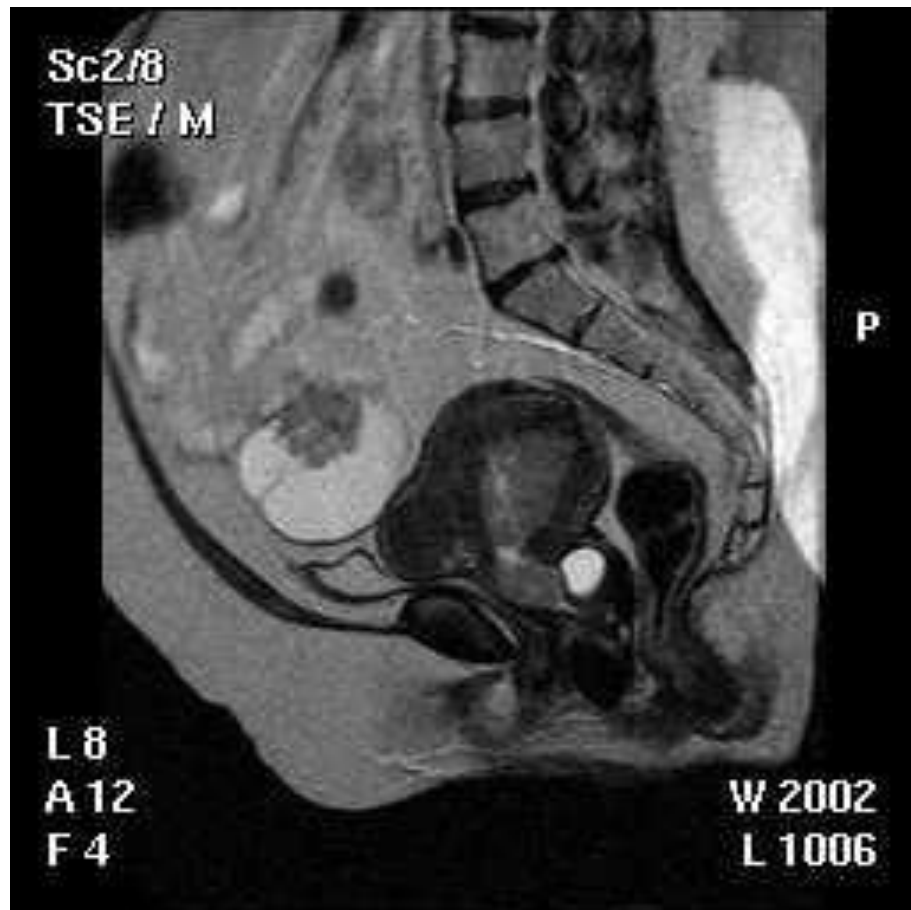




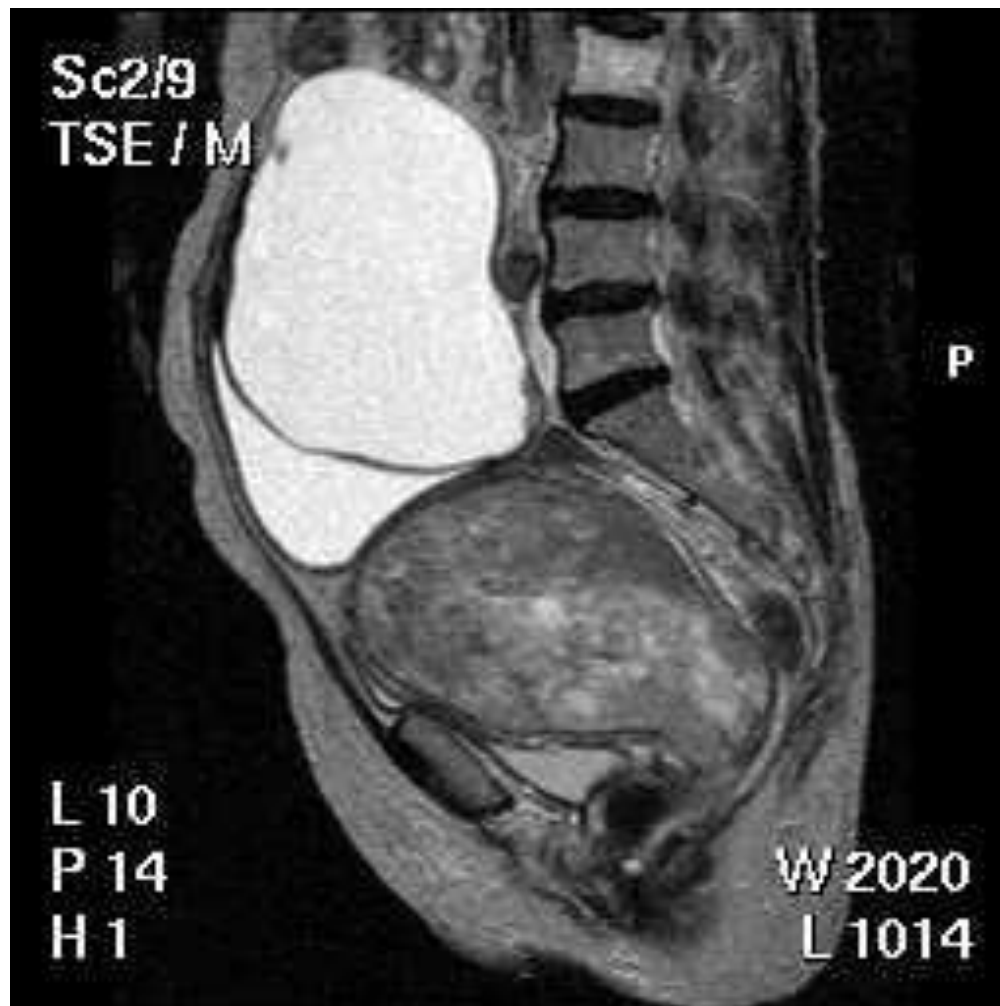
# Рак тела и шейки матки



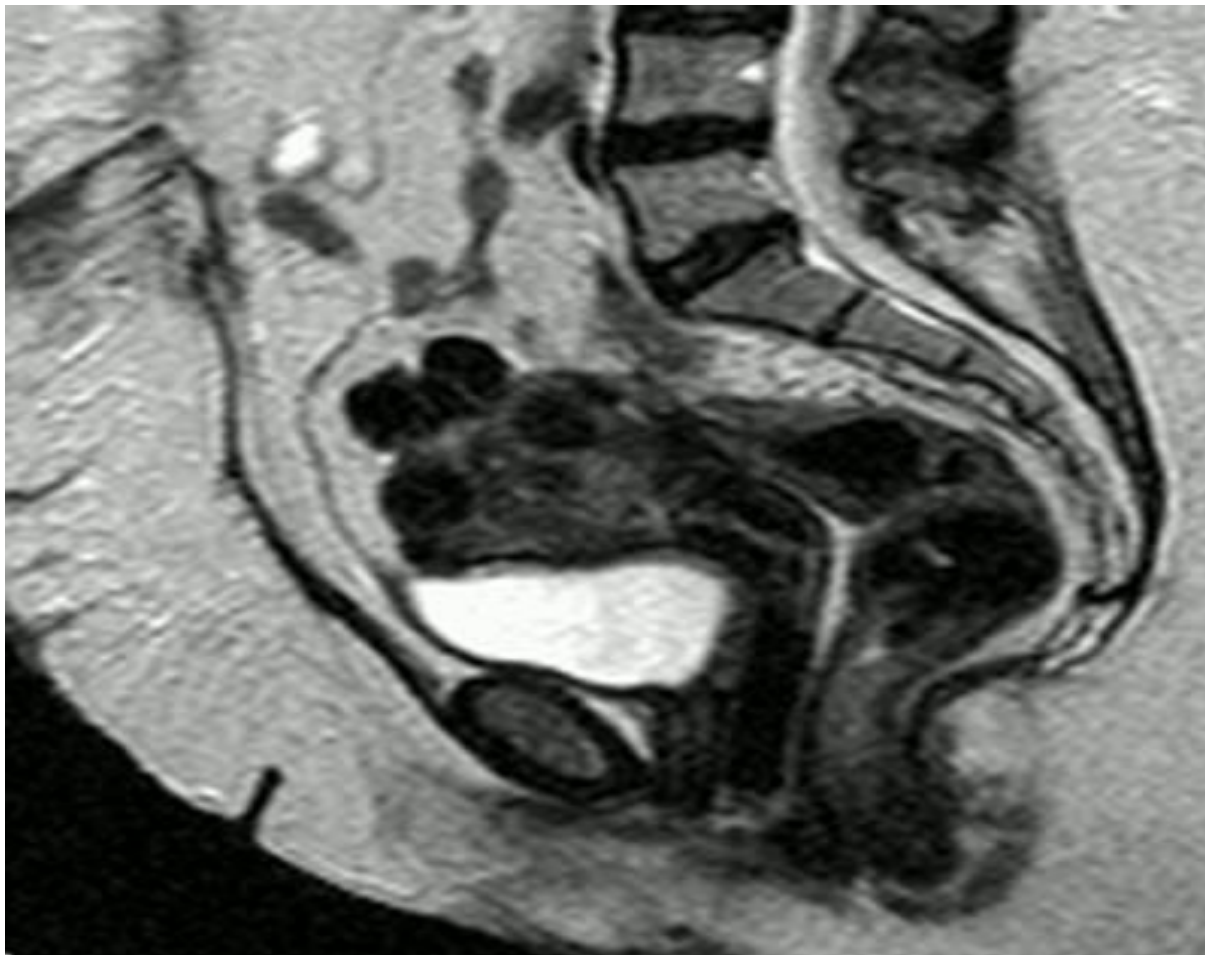
# Рак тела матки с метастазом в ЯИЧНИК



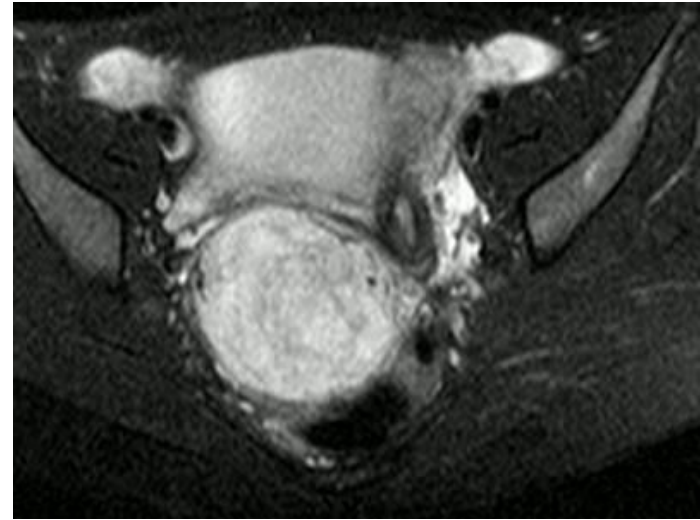
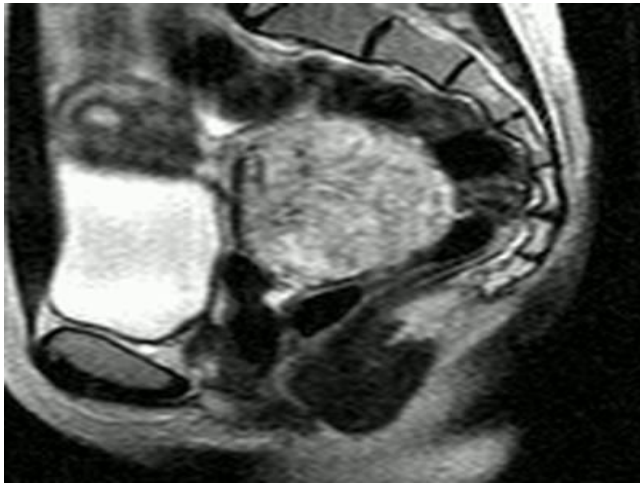
# Рак тела матки с метастазом в ЯИЧНИК



# МИОМЫ



# Лейомиома



# Отечественная классификация (1956 г., дополненная в 1985 г.)

- **I стадия:**
- Ia — опухоль ограничена эндометрием;
- Ib — инвазия опухоли до 1 см в миометрий;
- Iv — инвазия опухоли более 1 см, но не доходит до серозной оболочки;
- **II стадия** — опухоль распространяется на шейку матки;
- **III стадия:**
- Ша — рак тела матки с метастазами в регионарных лимфатических узлах, в придатках, во влагалище.
- Шб — рак тела матки с инфильтрацией параметрия на одной или обеих сторонах, перешедших на стенку малого таза, но без вовлечения близлежащих органов.
- **IV стадия:**
- IVa — рак тела матки с прорастанием брюшины и с переходом на мочевой пузырь или прямую кишку, или на подпаянные другие отделы кишечника.
- IVб — рак тела матки с отдаленными метастазами (в легких, печени, костях).

## Лечение:

- У большинства больных (72%) раком эндометрия лечение является комплексным, включающим хирургический, лучевой и лекарственный компоненты.
- Хирургический метод является ведущим и, как правило, первым в комбинированном и комплексном лечении. (используется при всех стадиях процесса)

## Лечение:

- Обычно выполняемым объемом является простая экстирпация матки с придатками с обеих сторон.
- Целесообразность лимфаденэктомии дискутируется. Выполнение лимфаденэктомии и необнаружение мтс в лимфоузлах в ранних стадиях позволило бы отказаться от адьювантной лучевой терапии.
- При распространении рака на придатки матки следует произвести еще и резекцию большого сальника, так как при поражении придатков опухоль часто метастазирует в большой сальник. В этих случаях в комплекс послеоперационного лечения следует включить и химиотерапию.



## Лечение:

- После простой экстирпации матки в послеоперационном периоде проводится лучевое лечение, заключающееся в дистанционном гамма или тормозном облучении малого таза.
- Оно заметно повышает эффективность лечения.
- При 1а стадии и высокой дифференцированности опухоли возможно облучение только влагалищной трубки

## Лечение:

- У больных с повышенным риском метастазирования рака эндометрия во влагалище (поражение нижнего сегмента матки, канала шейки матки, низкой степени дифференцировки опухоли) целесообразно в послеоперационном периоде провести сочетанную лучевую терапию.

## Полихимиотерпия распространённых стадий

1. Цисплатин -  $75 \text{ мг/м}^2$  в/в капельно в 1-й день.
  2. Доксорубицин -  $50 \text{ мг/м}^2$  в/в в 1 -й день. Курсы повторяют каждые 3 недели.
- Паклитаксел (Таксол) -  $175 \text{ мг/м}^2$  3-часовая инфузия в 1-й день.
  - Карбоплатин — АУС 4-5 в/в капельно или цисплатин -  $75 \text{ мг/м}^2$  в/в капельно с гидратацией. Повторение цикла каждые 3-4 недели.
  - Паклитаксел (Таксол) -  $135 \text{ мг/м}^2$  3-часовая инфузия в 1-й день.
  - Доксорубицин —  $50 \text{ мг/м}^2$  в/в капельно с гидратацией в 1 -й день  $\pm$  Г-КСФ. Повторение цикла каждые 3 недели.

## ПХТ

- САР. Цисплатин —  $50 \text{ мг/м}^2$  в/в капельно в 1 -й день
- Доксорубицин (Адриамицин) —  $50 \text{ мг/м}^2$  в/в в 1-й день.
- Циклофосфамид -  $500 \text{ мг/м}^2$  в/в в 1 -й день. Курсы повторяют каждые 4 недели.
  
- Цисплатин —  $80 \text{ мг/м}^2$  в/в капельно в 1 -й день.  
Винорельбин -  $25 \text{ мг/м}^2$  в/в в 1 -й и 8-й день.
- 
- В настоящее время изучается роль адъювантной химиотерапии

# ГОРМОНОТЕРАПИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

- Успех терапии коррелирует с содержанием в клетках рецепторов к прогестерону и эстрогенам. При их наличии эффективность 75%. При отсутствии – 7%.
- Препараты:
- Депостат 200мг в\м 1 раз в неделю
- Мегестрол (Мегейс) 160-320мг/сут длительно
- Депо-Провера 500-1500 мг в\м ежедневно 28-30 дней,
- Затем 2 раза в неделю
- 17-ОПК по 500 мг в\м ежедневно 2-3 месяца, затем 2 раза в неделю 3 месяца
- Для преодоления первичной гормональной резистентности назначают антиэстрогены – тамоксифен по 10 мг 4 раза в сутки 3 месяца, затем по 10 мг 2 раза в сутки - ещё 3 месяца.

- У молодых больных до 40 лет в связи с высокой дифференцированностью опухолей, относительно благоприятным течением и ранним распознаванием возможно органосберегающее консервативное лечение прогестинами под контролем гистероскопии.
- Обязательным условием консервативной терапии является установление при иммуногистохимии высокого уровня экспрессии рецепторов к эстрогенам и низкого – маркера СОХ-2

- Назначаются ДЕПОСТАТ, или 17 ОПК, или МЕГЕЙС в течение 6 месяцев.
- В последующем – восстановление цикла (КОК).
- Возможны даже беременности и роды.  
Риск рецидива 30%
- Рецидив может быть подвергнут такому же лечению