

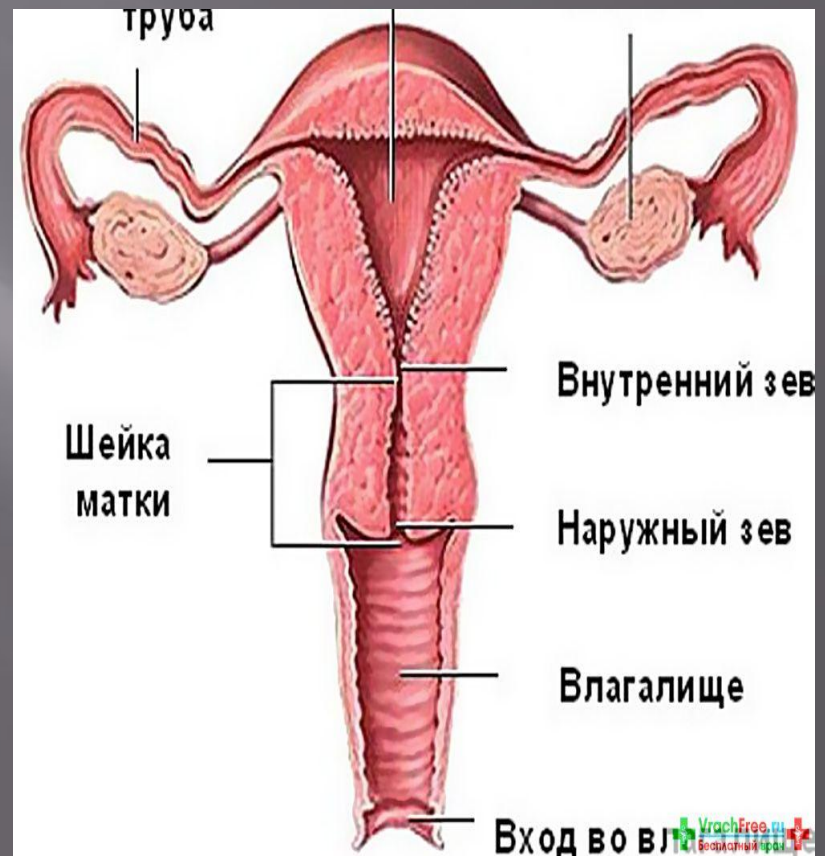
РАК ТЕЛА МАТКИ

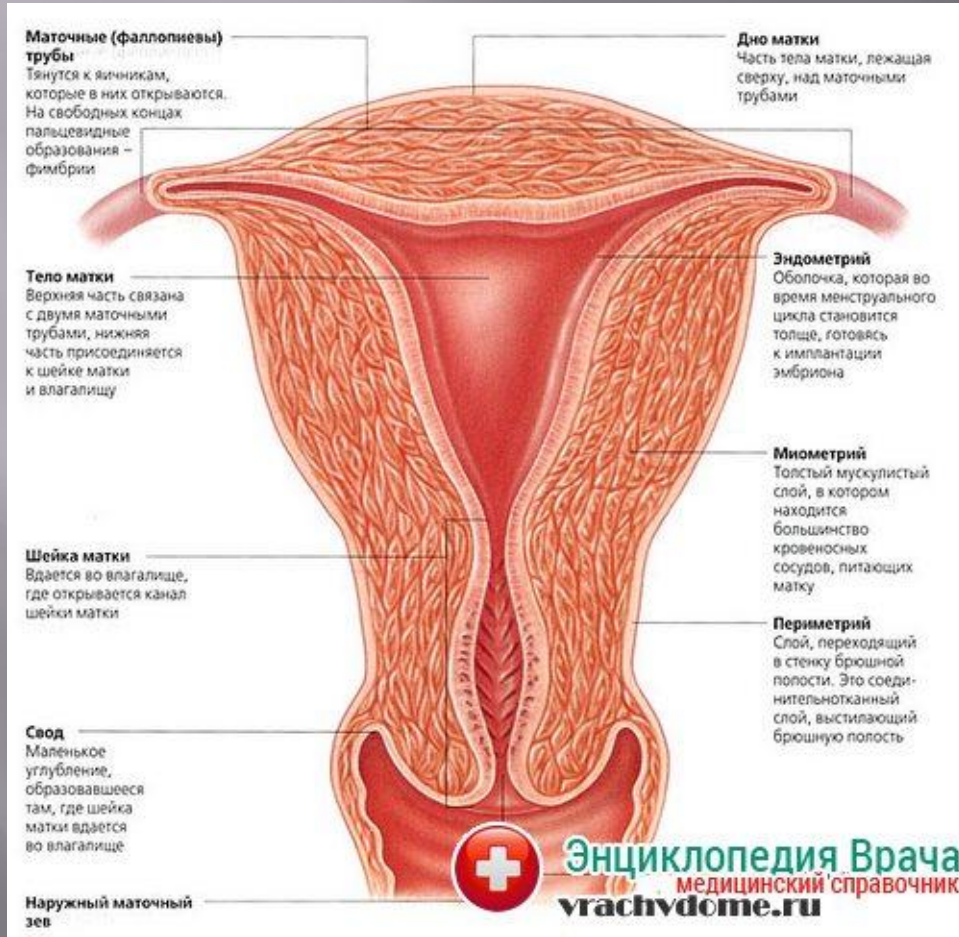
Выполнила: Ермухан А.М.
Проверил: КОЙШЫБАЕВ АРИП
КУБЕКОВИЧ

Актобе, 2016г

Содержание

- Введение
- Анатомия матки
- Рак тела матки
- Эпидемиология
- Этиология
- Патогенез
- Классификация
- Клиника
- Диагностика
- Лечение
- Прогноз





- Матка (uterus; metra; hystera) — гладкомышечный полый орган, который обеспечивает в женском организме менструальную и детородную функции. По форме напоминает грушу, сдавленную в переднезаднем направлении. Матка располагается в полости таза между мочевым пузырём и прямой кишкой.

- Анатомически матку подразделяют на дно, тело и шейку (рис. 6-4).

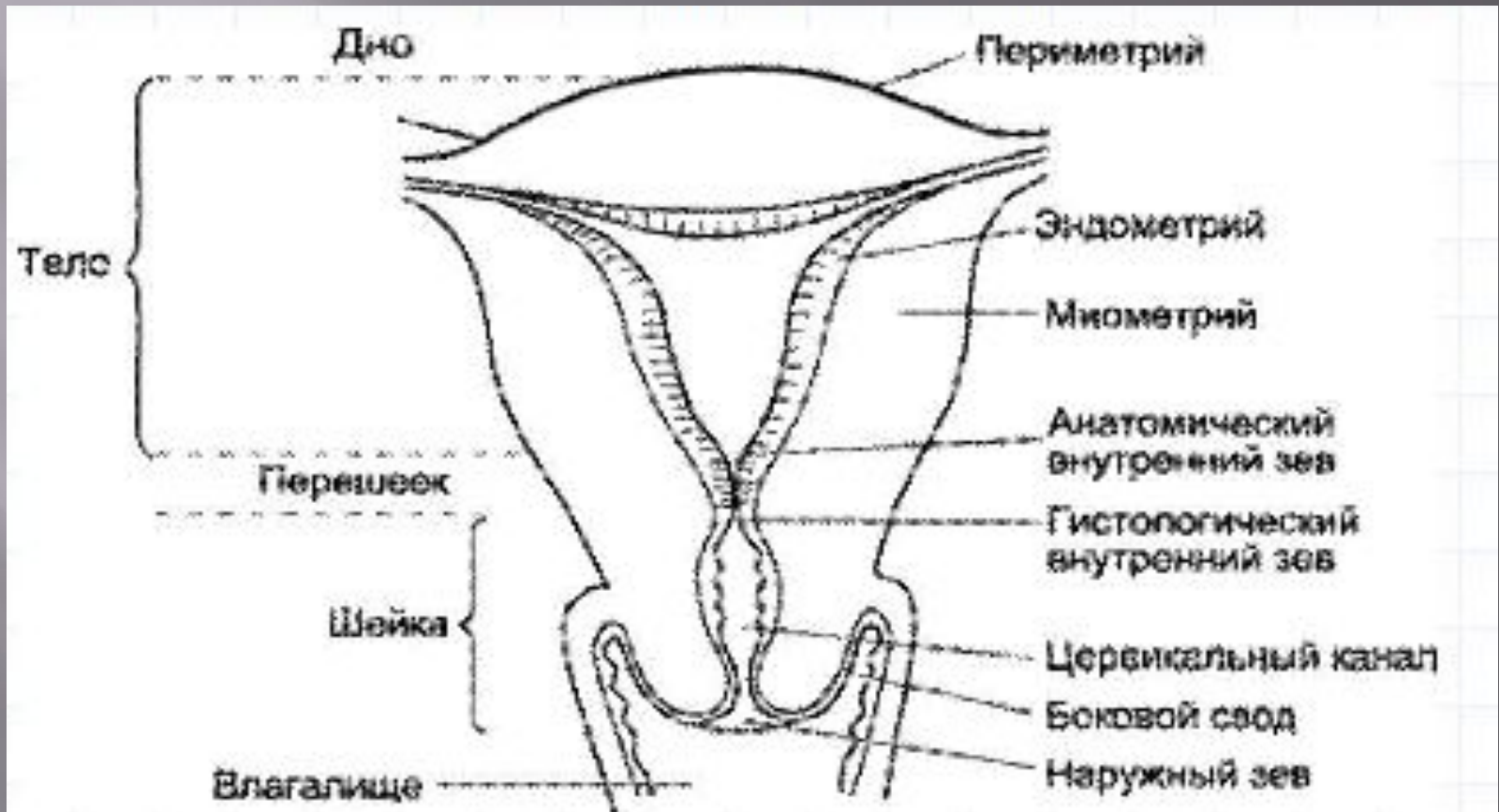
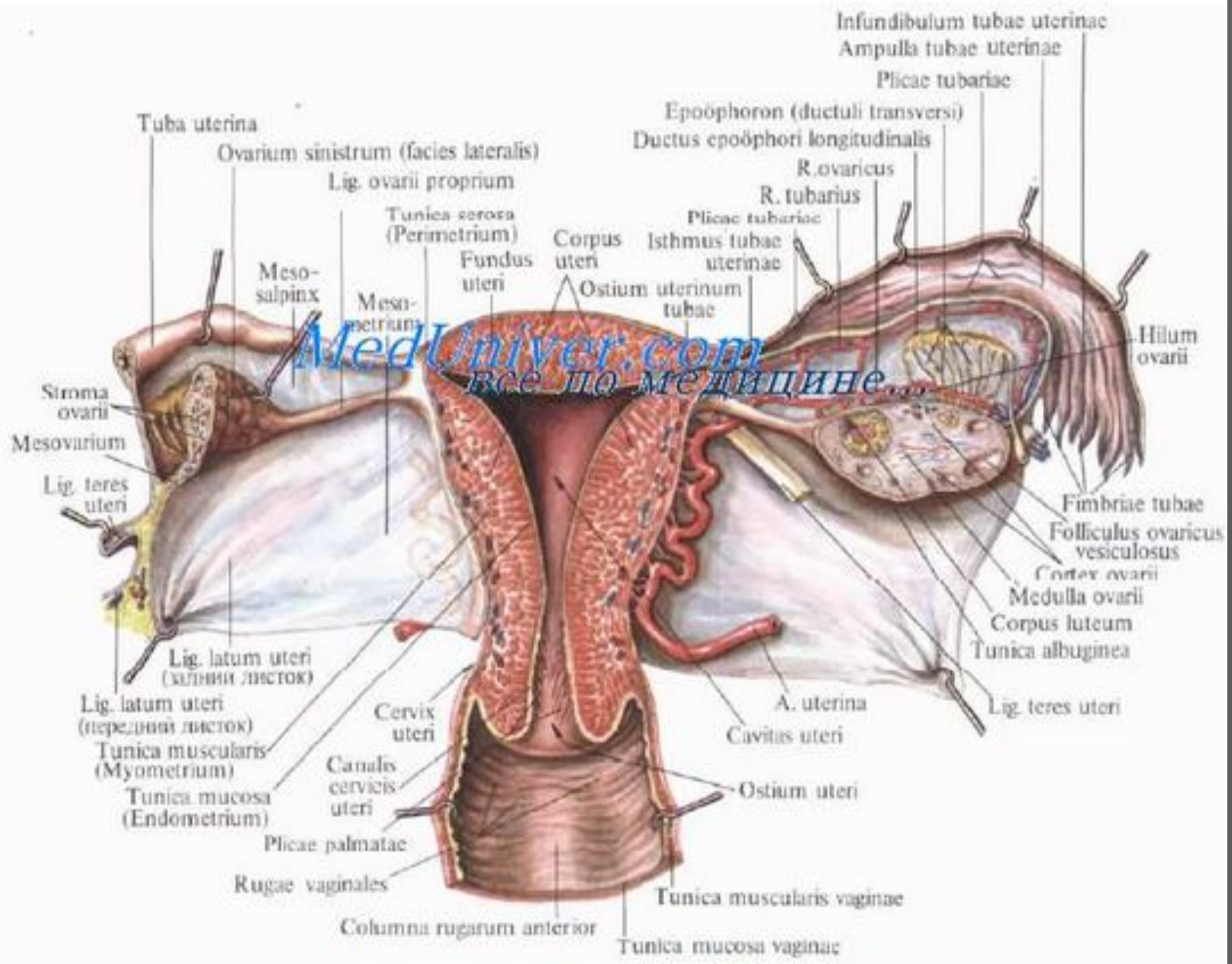


Рис. 6-4. Фронтальный разрез матки (схема).

- Дном (*fundus uteri*) называется верхняя часть, выступающая выше линии входа в матку маточных труб. Тело (*corpus uteri*) имеет треугольные очертания, которые постепенно суживаются по направлению к более круглой и узкой шейке (*cervix uteri*), представляющей собой продолжение тела и составляющей около трети всей длины органа.

- Своим наружным концом шейка матки вдаётся в верхний отдел влагалища (*portio vaginalis cervicis*). Верхний её отрезок, примыкающий непосредственно к телу, называется надвлагалищной частью (*portio supravaginalis cervicis*), передняя и задняя части отделены друг от друга краями (*margo uteri dexter et sinister*). У нерожавшей женщины форма влагалищной части шейки приближается к форме усечённого конуса, у рожавшей — имеет цилиндрическую форму.

- ▣ Часть шейки матки, видимая во влагалище, покрыта многослойным плоским неороговевающим эпителием. Переход между железистым эпителием, выстилающим цервикальный канал, и плоским эпителием называют зоной трансформации. Обычно она расположена в цервикальном канале, чуть выше наружного зева. Зона трансформации клинически чрезвычайно важна, так как именно здесь часто возникают диспластические процессы, способные трансформироваться в рак.



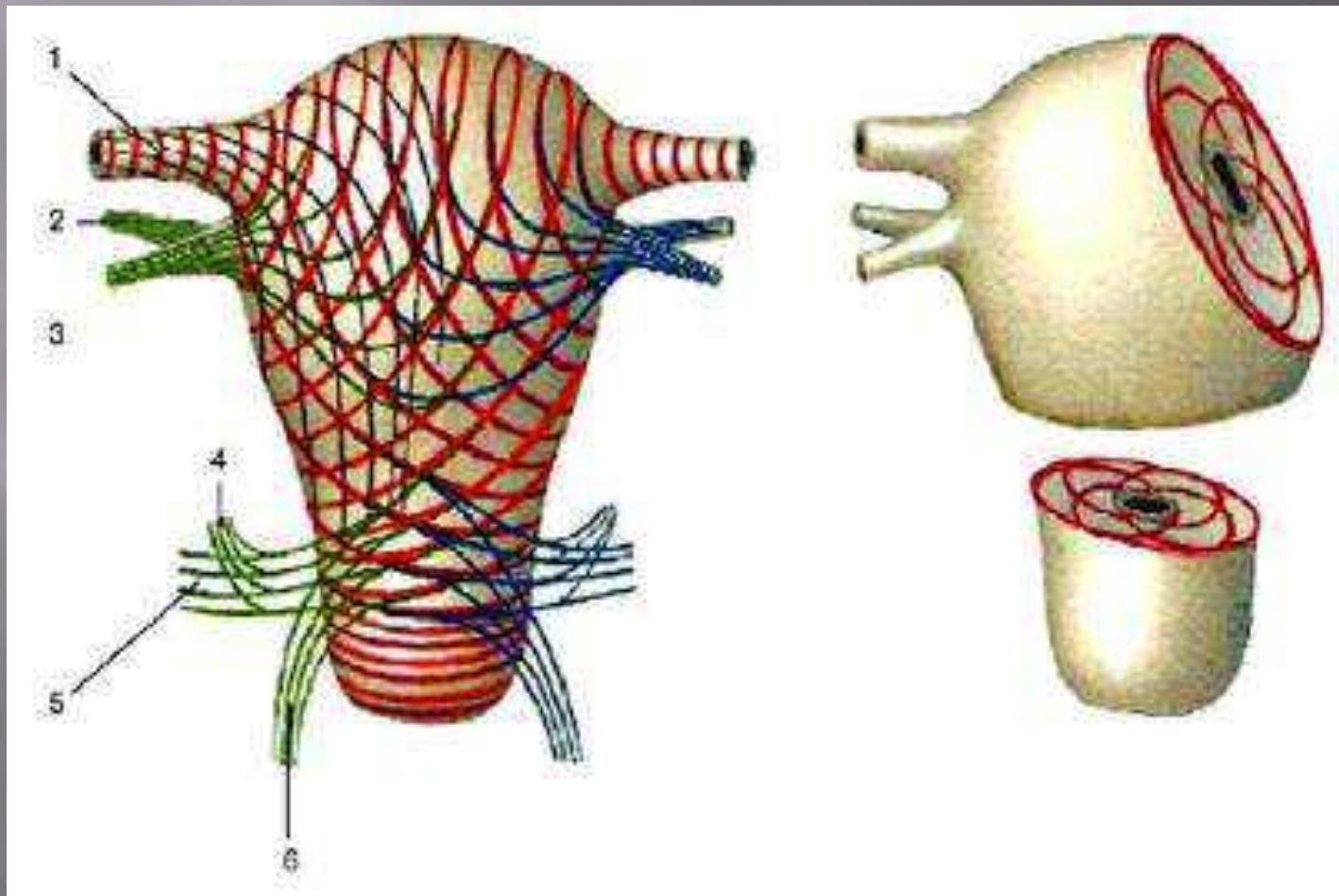
- ▣ Полость матки на фронтальном разрезе имеет вид треугольника, чьё основание обращено ко дну. В углы треугольника открываются трубы (*ostium uterinum tubae uterinae*), а верхушка продолжается в цервикальный канал способствует удерживанию в его просвете слизистой пробки — секрета желёз цервикального канала.

- ▣ Эта слизь обладает чрезвычайно высокими бактерицидными свойствами и препятствует проникновению возбудителей инфекции в полость матки. Цервикальный канал открывается в полость матки внутренним зевом (*orificium internum uteri*), во влагалище — наружным зевом (*orificium externum uteri*), который ограничен двумя губами (*labium anterius et posterius*).

- Стенка матки состоит из трёх слоёв: наружного — серозного (*perimetrium*; *tunica serosa*), среднего — мышечного (*myometrium*; *tunica muscularis*), который составляет главную часть стенки, и внутреннего — слизистой оболочки (*endometrium*; *tunica mucosa*). В практическом отношении следует различать *perimetrium* и *parametrium* — околоматочную жировую клетчатку, лежащую на передней поверхности и по бокам шейки матки, между листками широкой связки матки, в которой проходят кровеносные сосуды.

- ▣ Мышечный слой состоит из гладкомышечных волокон, переплетающихся между собой в различных направлениях (рис. 6--5) и имеющих особые щелевые контакты (нексусы), что позволяет ему растягиваться по мере роста плода, сохраняя необходимый тонус, и функционировать в качестве большой координированной мышечной массы (функциональный синцитий).

- Рис. 6-5. Расположение мышечных слоёв матки (схема): 1 — маточная труба; 2 — собственная связка яичника; 3 — круглая связка матки; 4 — крестцово-маточная связка; 5 — кардинальная связка матки; 6 — стенка влагалища.



- Слизистая оболочка тела матки покрыта мерцательным эпителием, не имеет складок и состоит из двух различных по своему предназначению слоёв. Поверхностный (функциональный) слой по окончании нефертильного менструального цикла отторгается, что сопровождается менструальным кровотечением.

- ▣ Второй, более глубокий (базальный) слой служит источником регенерации и формирования эндометрия после его отторжения. Эндометрий снабжён простыми трубчатыми железами (*glandulae uterinae*), которые проникают до мышечного слоя; в более толстой слизистой оболочке шейки, кроме трубчатых желёз, находятся слизистые железы (*glandulae cervicales*).

КРОВОСНАБЖЕНИЕ

- ▣ Матка получает артериальную кровь из а. uterina и частично из а. ovarica. А. uterina, питающая матку, широкую и круглую маточные связки, трубы, яичники и влагалище, идет в основании широкой маточной связки вниз и медиально, перекрещивается с мочеточником и, отдав к шейке матки и влагалищу а. vaginalis, поворачивает кверху и поднимается к верхнему углу матки.

- ▣ Артерия расположена у бокового края матки и у рожавших отличается своей извилистостью. По пути она отдает веточки к телу матки. Достигнув дна матки, *a. uterina* делится на 2 конечные ветви: 1) *ramus tubarius* (к трубе) и 2) *ramus ovaricus* (к яичнику). Ветви маточной артерии анастомозируют в толще матки с такими же ветвями противоположной стороны. Они образуют богатые разветвления в *tunica muscularis* и в *tunica mucosa*, особенно развиваются при беременности.

ВЕНОЗНАЯ КРОВЬ

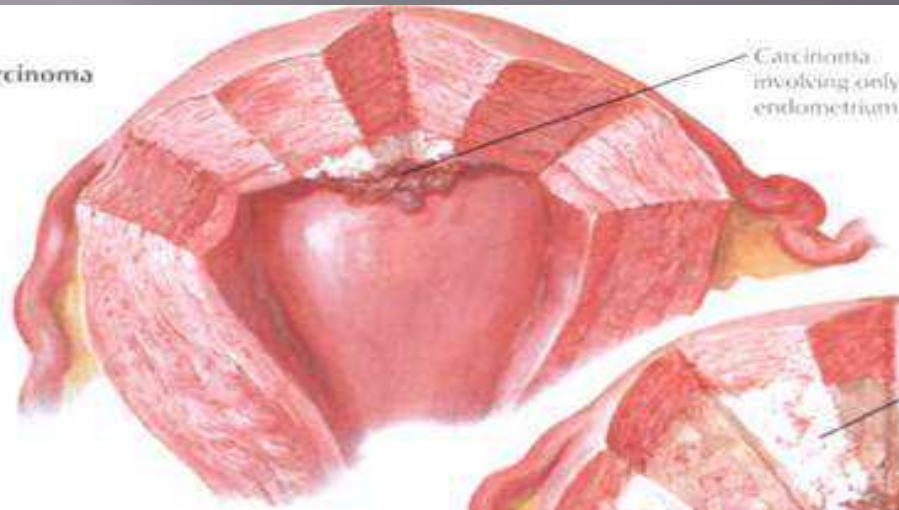
- Кровь от матки оттекает по венам, образующим *plexus uterinus*. Из этого сплетения кровь оттекает по трем направлениям: 1) в *v. ovarica* — из яичника, трубы и верхнего отдела матки; 2) в *v. uterina* — из нижней половины тела матки и верхней части шейки; 3) непосредственно в *v. iliaca interna* — из нижней части шейки и влагалища. *Plexus uterinus* анастомозирует с венами мочевого пузыря и *plexus rectalis*.

Лимфатические сосуды

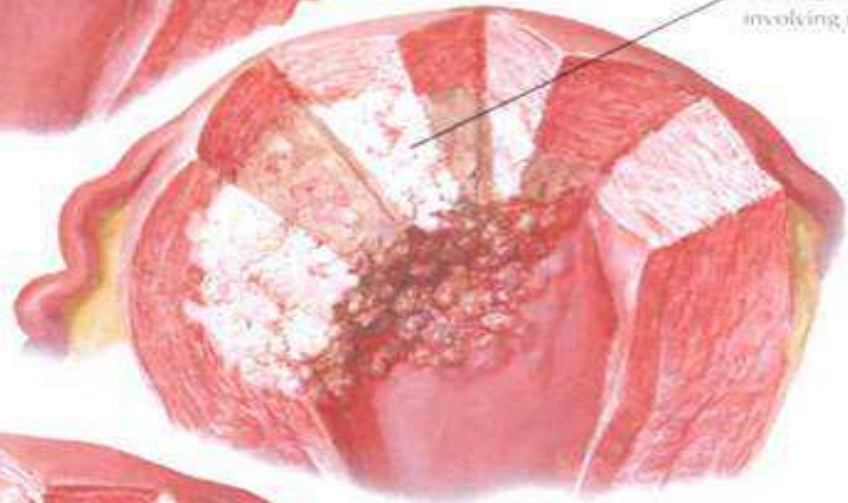
- Отводящие лимфатические сосуды матки идут в двух направлениях: 1) от дна матки вдоль труб к яичникам и далее до поясничных узлов; 2) от тела и шейки матки в толще широкой связки, вдоль кровеносных сосудов к внутренним (от шейки матки) и наружным подвздошным (от шейки и тела) узлам. Лимфа из матки может также оттекать в *nodi lymphatici sacralis* и в паховые узлы по круглой маточной связке.

- Иннервация матки происходит из *plexus hypogastrics inferior* (симпатическая) и от *nn. splanchnici pelvini* (парасимпатическая). Из этих нервов в области шейки матки образуется сплетение, *plexus uterovaginalis*.

Early carcinoma

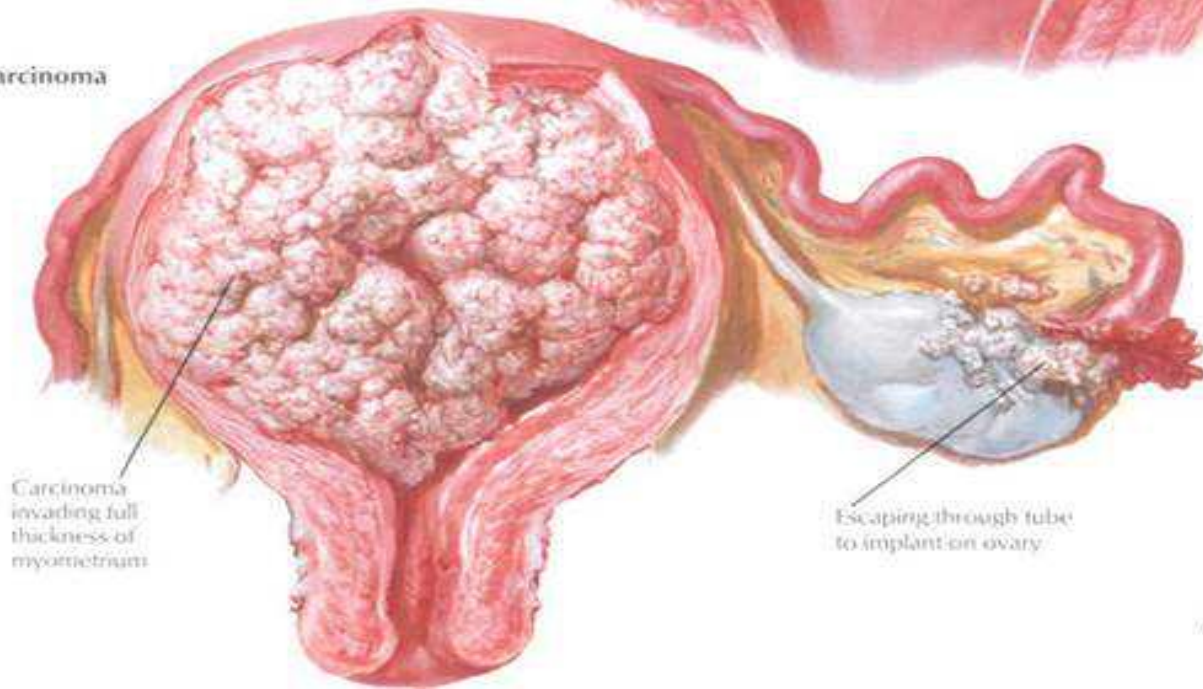


Carcinoma deeply involving muscle



Extensive carcinoma

Extensive carcinoma



- ▣ Рак тела матки -это злокачественная опухоль, которая развивается из тканей слизистой или мышечной оболочки матки.

Эпидемиология

- Ежегодно в мире раком тела матки заболевают более 160 тыс. женщин. В России ежегодно регистрируется более 16 тыс. новых случаев рака тела матки. В 2007 г. в России зарегистрированы 18 302 женщины с впервые в жизни установленным диагнозом. Заболеваемость в РФ в 1997 г была 12,13 на 100 тыс. женского населения, в 2007 г. - 24,0. Рак тела матки занимает 1-е место в структуре онкогинекологической заболеваемости в странах Европы и, как и РМЖ, может быть отнесен к «болезням цивилизации».

- ▣ В Республике Казахстан за период с 1979 по 2005 гг. доля рака эндометрия выросла в 2,3 раза. В РК у женщин рак тела матки занимает 5-е место по распространенности и 17 –е место среди причин смерти от злокачественных опухолей. В РК в 2005 г. заболеваемость составила 5,7‰, смертность 2,1%. Удельный вес больных I-II стадий составил 78,3%.

- ▣ Заболевание преимущественно диагностируется у женщин в постменопаузальном периоде (старше 60 лет), но в 25 % случаев в пременопаузальном периоде, а у некоторых женщин в молодом возрасте (в 30-35 лет). В большинстве случаев (85-90 %) заболевание выявляется на стадии локализованного процесса (I-II стадии), что объясняется особенностями клинической картины, заставляющими больных рано обращаться к врачу. Столь благоприятная диагностическая ситуация создает предпосылки для высоких результатов лечения.

Классификация

- ▣ Гистологическая классификация рака тела матки (ВОЗ, 1992 г.)
 1. Аденокарцинома эндометрия:
 - секреторная аденокарцинома;
 - реснитчато-клеточная опухоль;
 - аденокарцинома с плоскоклеточной дифференцировкой;
 - аденокарцинома с плоскоклеточной метаплазией (аденоакантома);
 - аденосквамозная карцинома.

- 2. Серозная аденокарцинома.
- 3. Светлоклеточная аденокарцинома.
- 4. Муцинозная аденокарцинома.
- 5. Плоскоклеточная аденокарцинома.
- 6. Смешанная карцинома.
- 7. Недифференцированная карцинома.



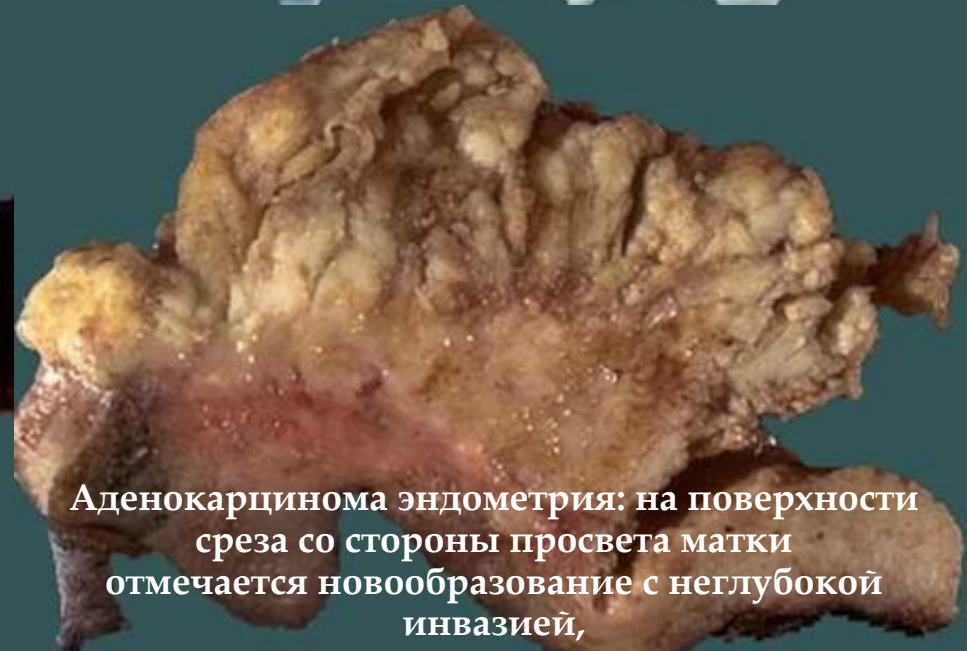
**Аденокарцинома эндометрия:
образование неправильной формы
в дне не увеличенной матки;**



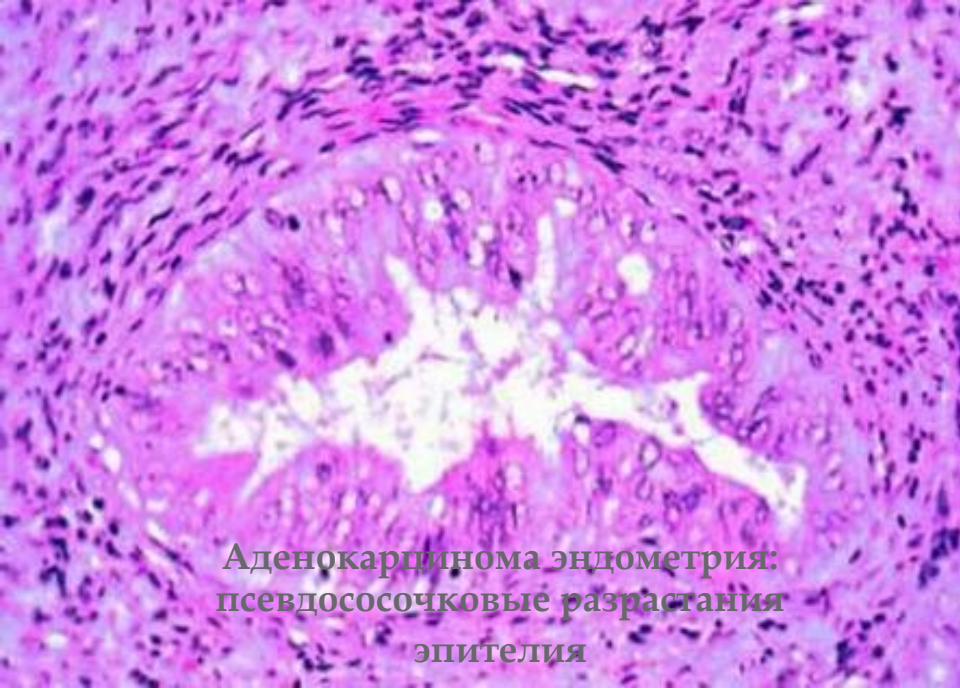
**Аденокарцинома эндометрия:
экзофитные разрастания
в полости матки;**



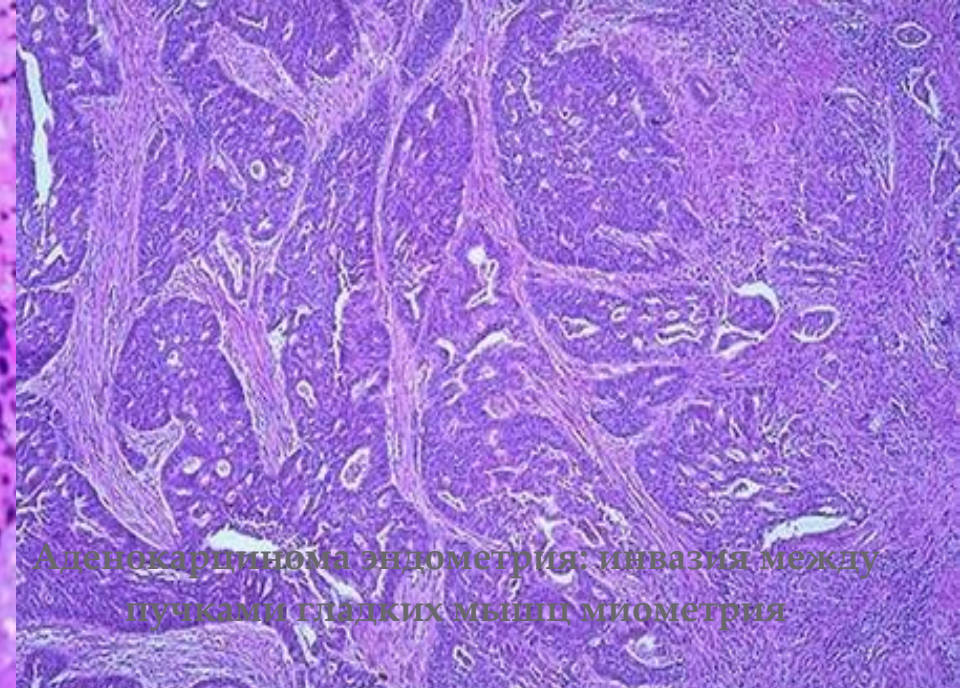
**Аденокарцинома эндометрия:
экзофитные разрастания
в полости матки;**



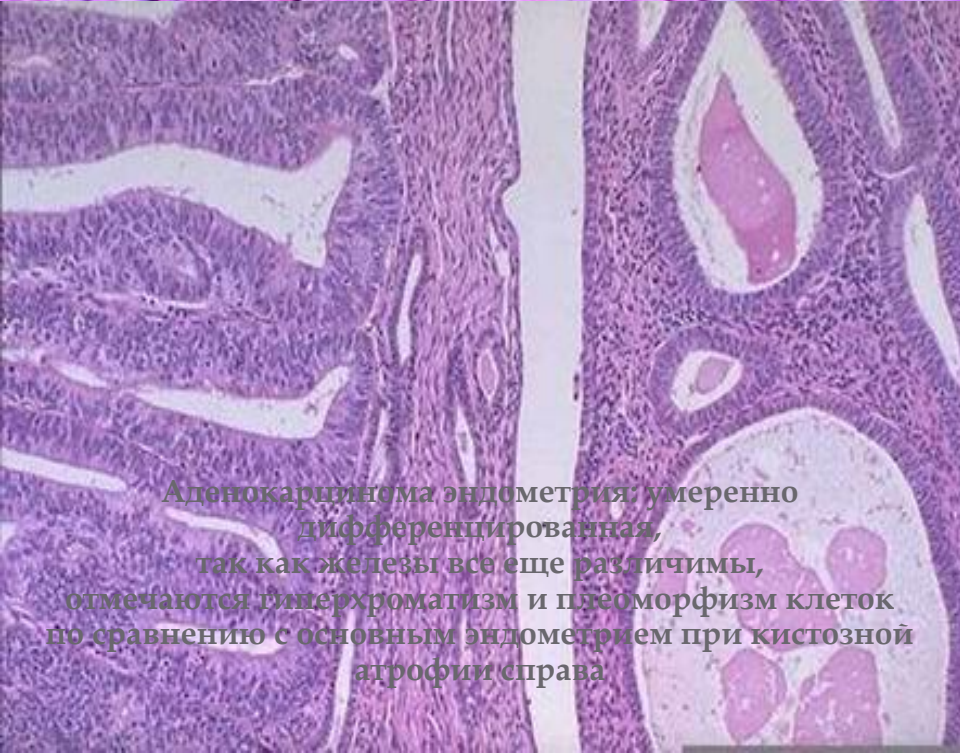
**Аденокарцинома эндометрия: на поверхности
среза со стороны просвета матки
отмечается новообразование с неглубокой
инвазией,
шейка — справа**



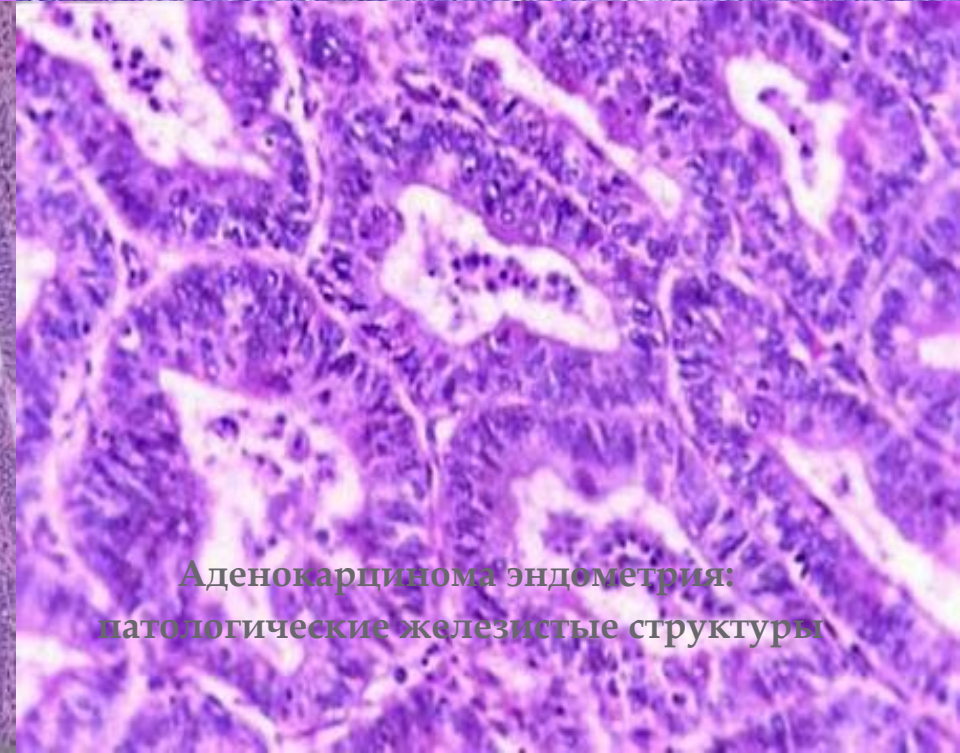
Аденокарцинома эндометрия:
псевдосочковые разрастания
эпителия



Аденокарцинома эндометрия: инвазия между
пучками гладких мышц миометрия



Аденокарцинома эндометрия: умеренно
дифференцированная,
так как железы все еще различимы,
отмечаются гиперхроматизм и плеоморфизм клеток
по сравнению с основным эндометрием при кистозной
атрофии справа



Аденокарцинома эндометрия:
патологические железистые структуры

- По форме роста первичной опухоли выделяют:
- рак с преимущественно экзофитным ростом;
- рак с преимущественно эндофитным ростом;
- рак с эндоэкзофитным (смешанным) ростом.

- ▣ Также выделяют:
- ▣ высокодифференцированный рак (G1);
- ▣ умереннодифференцированный рак (G2);
- ▣ низкодифференцированный рак (G3).

Выделяют 4 стадии заболевания:

- ▣ I стадия подразделяется на:
 - ▣ Ia - опухоль ограничена эндометрием.
 - ▣ Ib - инвазия опухоли до 1 см в миометрий.
 - ▣ Iv - инвазия опухолью более 1 см, но не доходит до серозной оболочки.
- ▣ II стадия - опухоль распространяется на шейку матки.
- ▣ III стадия также подразделяется на:

- IIIa - рак тела матки с метастазами в регионарные лимфатические узлы, в придатки, во влагалище.
- IIIб - рак тела матки с инфильтрацией параметрия на одной или на обеих сторонах, перешедших на стенку малого таза, но без вовлечения близлежащих органов.
- IV стадия:
- IVa - рак тела матки с прорастанием брюшины к с переходом на мочевой пузырь или прямую кишку, или на подпаянные другие отделы кишечника.
- IVб - рак тела матки с отдаленными метастазами (в легкие, печень, кости)

Классификации TNM, 2002 г.

- ▣ T - первичная опухоль.
- ▣ Tx - недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- ▣ To - первичная опухоль не определяется.
- ▣ Tis- преинвазивная карцинома (carcinoma in situ), атипическая гиперплазия эндометрия.

- ▣ T1 - опухоль ограничена телом матки
- ▣ T2 - опухоль распространяется на шейку матки, но не за пределы матки.
- ▣ T3 - опухоль распространяется за пределы матки, но остается в пределах малого таза.
- ▣ T4 - опухоль распространяется из слизистой мочевого пузыря или прямой кишки и/или выходит за пределы малого таза.

- ▣ N - регионарные лимфатические узлы.
- ▣ Для рака тела матки регионарными лимфатическими узлами являются подчревные (обтураторные), подвздошные (общие, внутренние и наружные), расположенные около матки и сакральные.
- ▣ Nx - состояние регионарных лимфатических узлов оценить невозможно.
- ▣ No - нет признаков поражения метастазами регионарных лимфоузлов.
- ▣ N1 - метастазы в регионарных лимфатических узлах.
- ▣ M - отдаленные метастазы.
- ▣ Mx - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.
- ▣ MO - нет признаков отдаленных метастазов.
- ▣ M1 - имеются отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям

- ▣ Стадия 0 TisNoMo
- ▣ Стадия 1a T1aNoMo
- ▣ Стадия 1б T1bNoMo
- ▣ Стадия II T2 NoMo
- ▣ Стадия III T1 N1Mo
- ▣ T2 N1Mo
- ▣ T3 любая N Mo
- ▣ Стадия IVa T4 любая N Mo
- ▣ Стадия IVb Любая T любая N M1.

ЭТИОЛОГИЯ

- ▣ Рак эндометрия, будучи гормонозависимой опухолью, выступает мишенью для половых стероидных гормонов, обеспечивающих в норме фазовые изменения слизистой оболочки тела матки. Нарушения гормонального гомеостаза, возникающие вследствие функциональных и анатомических изменений в гипоталамогипофизарнояичниковой системе, приводят к пролиферативным процессам в эндометрии, а в дальнейшем к развитию в нём гиперпластических процессов, создающих фон для развития злокачественной неоплазии. Однако причина возникновения предрака и рака на этом фоне остаётся и до настоящего времени неясной.

- ожирение и повышение уровня «неклассических фенолстероидов» (в жировой ткани происходит конверсия андрогенов в эстрогены, увеличивая в организме эстрогенный пул);
- неадекватная терапия эстрогенами, гиперплазия или аденома надпочечников, изменения в метаболизме половых гормонов при заболеваниях печени (при циррозе уменьшается нейтрализация эстрогенов).
- Определяют опухоли с высокой степенью дифференцировки и медленным темпом прогрессии и метастазирования. Клиническое течение заболевания более благоприятно. Опухоль высокочувствительна к гестагенам.

К факторам риска развития рака эндометрия относят

- ▣ эндокриннообменные нарушения (например, ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь);
- ▣ гормональнозависимые нарушения функции женских половых органов (ановуляция, гиперэстрогенизм, бесплодие);

- гормональноактивные опухоли яичников (гранулёзотеклоклеточная опухоль и опухоль Бреннера в 20% случаев сопровождаются раком эндометрия);
- генетическую предрасположенность;
- отсутствие половой жизни, беременностей, родов;
- позднее наступление менархе, менопаузы (в возрасте старше 55 лет);
- гормональную терапию (тамоксифен).

ПАТОГЕНЕЗ

Предлагают три гипотезы возникновения и развития рака эндометрия.

- ▣ Первую из них (эстрогенную) характеризуют проявлением гиперэстрогенизма в сочетании с эндокринными и обменными нарушениями (ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь), что наблюдают у 70% больных.
- ▣ Для гиперэстрогенизма характерны:
- ▣ ановуляторные маточные кровотечения, бесплодие, позднее наступление менопаузы;
- ▣ гиперпластические процессы в яичниках (текоматоз, стромальная гиперплазия, фолликулярные кисты с гиперплазией клеток оболочки вторичного фолликула или гранулёзных клеток);

ПУТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ

- ▣ Выделяют три основных пути метастазирования рака тела матки: лимфогенный, гематогенный и имплантационный.
- ▣ При метастазировании по лимфогенному пути поражаются лимфатические узлы таза: наружные, в том числе паховые, общие, внутренние подвздошные и obturatorные. Локализация и наличие метастазов зависит от распространённости первичного очага (локализации поражения в определённом сегменте матки и перехода его на канал шейки матки), дифференцировки опухоли и глубины инвазии.

- Вторая (эстрогеннезависимая) теория подразумевает отсутствие эндокриннообменных расстройств и нарушений овуляции, что наблюдают у 30% больных. В данном случае отмечают меньшую концентрацию ПР и рецепторов эстрадиола в эндометрии. Опухоль развивается на фоне атрофированного эндометрия, характеризуется преимущественно низкой степенью дифференцировки и обладает большей автономностью в развитии, высоким потенциалом к метастазированию, нечувствительностью к гестагенам. Клиническое течение заболевания менее благоприятно. Эффективность лечения ниже, чем при первом патогенетическом варианте.
- третья теория развития неоплазии — генетическая.

- ▣ Отмечают основные этапы развития злокачественной опухоли.
- ▣ Первый этап — функциональные нарушения (ановуляция, гиперэстрогенизм).
- ▣ Второй этап — формирование фоновых морфологических изменений (железистокистозная ГПЭ, полипы).
- ▣ Третий этап — формирование предраковых морфологических изменений (атипическая гиперплазия с дисплазией эпителия III стадии).
- ▣ Четвёртый этап — развитие злокачественной неоплазии:
 - ◆ преинвазивный рак;
 - ◆ рак с минимальной инвазией в миометрий;
 - ◆ выраженные формы рака эндометрия.

- ▣ Гематогенный путь чаще всего сочетается с поражением лимфатических узлов и характеризуется поражением лёгких, печени, костей.
- ▣ Для имплантационного пути характерно вовлечение париетальной и висцеральной брюшины при прорастании опухоли миометрия и периметрия. При прохождении клеток опухоли через маточные трубы в брюшную полость происходит поражение маточных труб и яичников, что часто приводит к метастазированию в большой сальник, особенно при низкодифференцированных опухолях.

Клиника

- ▣ Клиническое течение рака тела матки не имеет специфических симптомов. Наиболее важным и часто встречающимся симптомом рака эндометрия являются кровянистые выделения из матки в период менопаузы. У женщин детородного возраста и климактерическом периоде наблюдаются межменструальные кровянистые выделения, реже обильные кровотечения. Нередко заболевание проявляется белями. Жидкие, гнойевидные или сукровичные бели у женщин старше 45-50 лет. Боли и нарушение функции мочевого пузыря и кишечника свидетельствуют о далеко зашедшем процессе и являются крайне неблагоприятным признаком. В терминальных стадиях заболевания могут наблюдаться явления раковой интоксикации.

Диагностика

- ▣ Гинекологический осмотр;
- ▣ эхоскопия органов брюшной полости (в том числе большого сальника), малого таза, тазовых и парааортальных лимфатических узлов абдоминальным датчиком и УЗИ матки с придатками вагинальным датчиком, исследование ректальным датчиком по показаниям;
- ▣ гистологическое исследование материала, полученного при диагностическом выскабливании или биопсии слизистой оболочки полости матки и цервикального канала;
- ▣ рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
- ▣ ЭКГ.

- По показаниям выполняются следующие мероприятия:
- гистероскопия с прицельной биопсией;
- цистоскопия;
- экскреторная урография;
- ректороманоскопия (при местно-распространенном раке тела матки);
- колоноскопия или ирригоскопия (при наличии пальпируемых образований вне матки и симптомов заболевания кишечника); сцинтиграфия скелета (при подозрении на метастазы в костях);

- компьютерная и/или магнитно-резонансная томография (в случаях трудности уточнения распространения болезни по результатам УЗИ и другими методами);
- доплеровское исследование вен нижних конечностей и подвздошных вен;

- ▣ Лабораторные исследования:
- ▣ группа крови и резус-фактор;
- ▣ серореакция на сифилис;
- ▣ HbSAg, HCV общий анализ крови;
- ▣ общий анализ мочи;
- ▣ биохимическое исследование крови (общий белок, мочеви́на, билирубин, глюкоза).
- ▣ По показаниям – креатинин, АСТ, АЛТ, ЛДГ); коагулограмма (АЧТВ, ПВ, ТВ, фибриноген, Д-димеры) – на этапе предоперационной подготовки; СА-125 по показаниям

Лечение

Основным методом лечения больных раком тела матки является хирургический, который в зависимости от прогноза болезни дополняется лучевой, гормональной или химиотерапией.

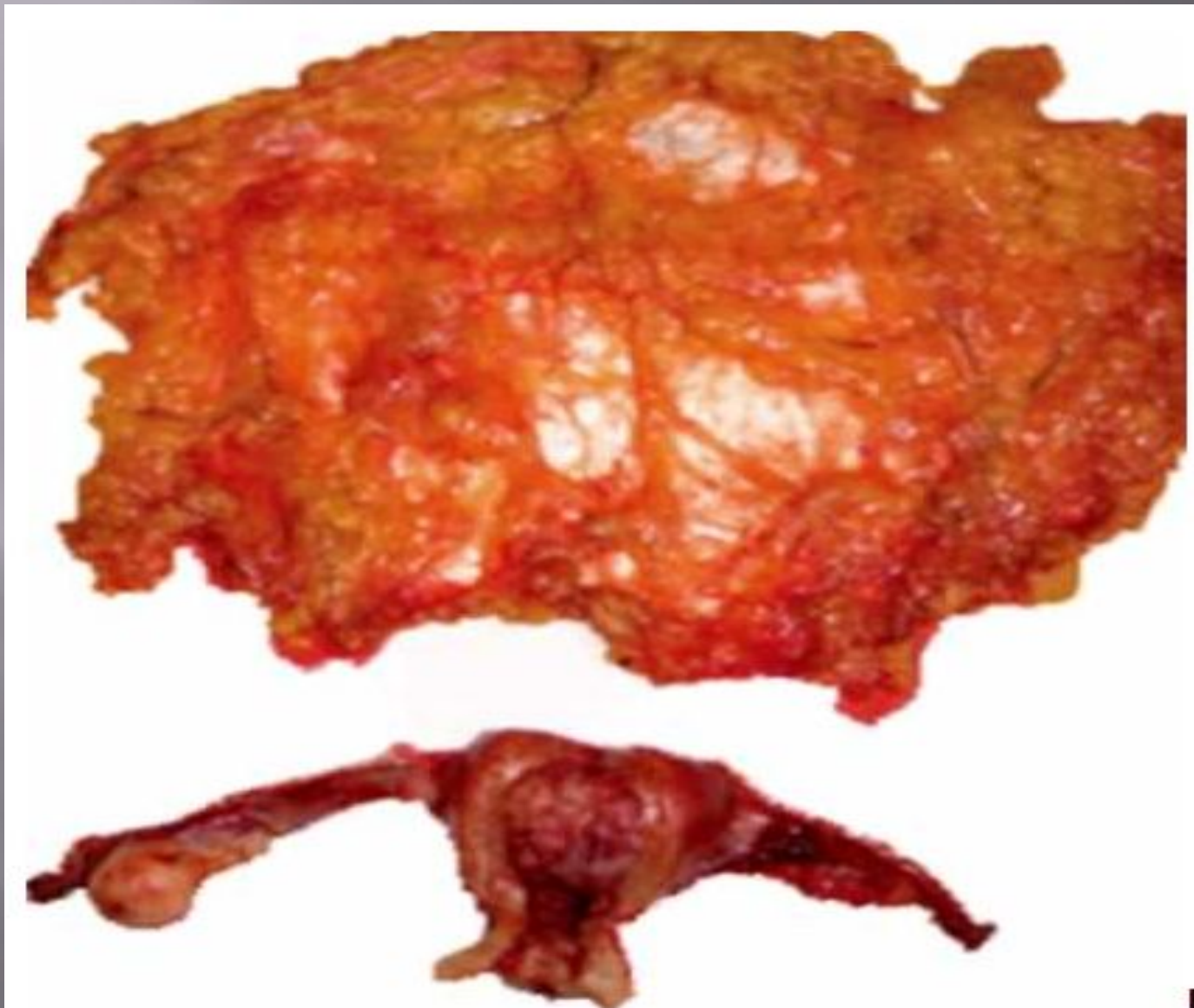
Операция начинается с хирургического стадирования, которое включает:

- ▣ тщательную ревизию и пальпацию органов брюшной полости: печени, диафрагмы, сальника, поверхности брюшины с биопсией всех подозрительных очагов;

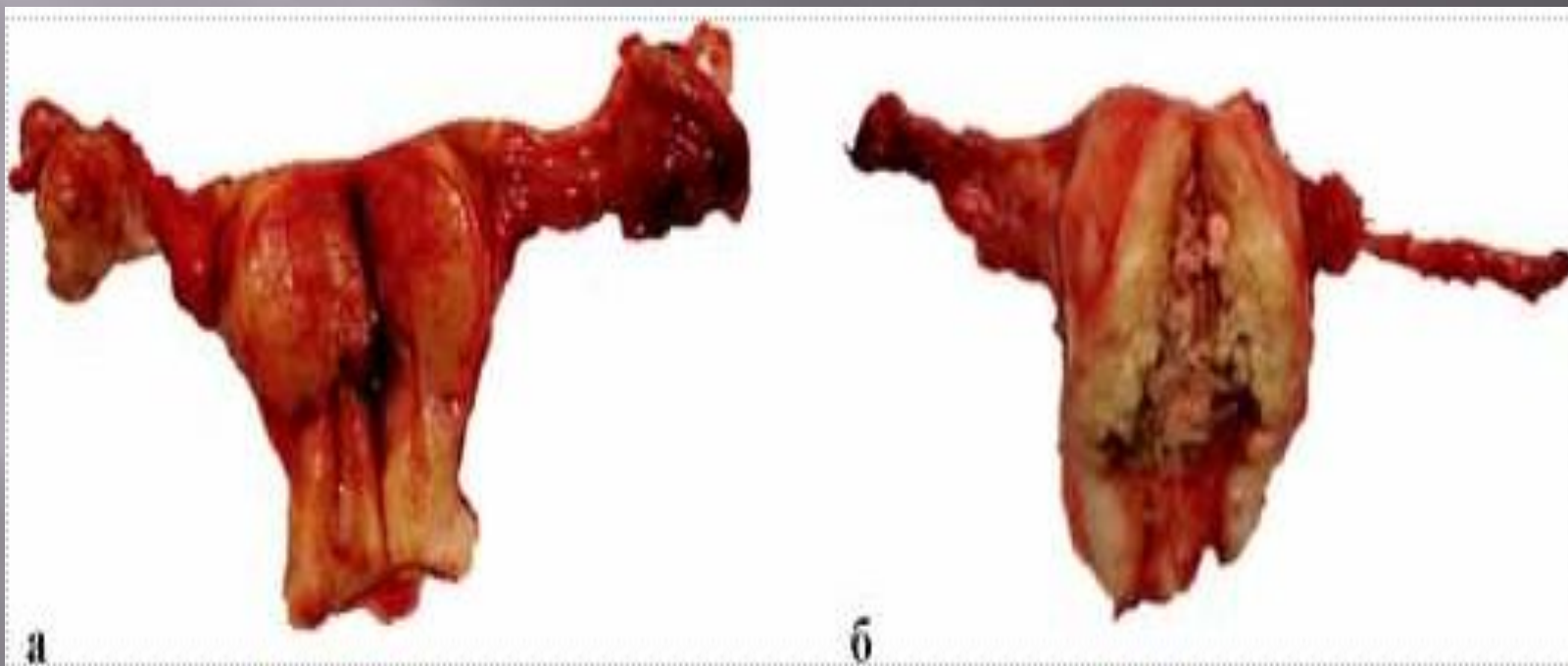
- ▣ взятие смывов для цитологического исследования из полости таза и брюшной полости (при наличии асцитической жидкости изучается вся жидкость);
- ▣ пальпацию и селективное удаление увеличенных тазовых и забрюшинных лимфоузлов;
- ▣ тотальную гистерэктомию с билатеральной сальпинго-оофорэктомией, изучение разреза удаленной матки для определения глубины инвазии, распространения опухоли и разреза яичников для исключения их метастатического поражения

- При наличии инвазии опухоли 1/2 и более толщины миометрия, распространении опухоли на шейку матки, а также при подозрении на опухолевое поражение лимфатических узлов, тотальная гистерэктомия с билатеральной сальпингоофорэктомией дополняется тазовой лимфаденэктомией (удаляются общие, наружные, внутренние подвздошные и обтураторные лимфатические узлы) с (без) забрюшинной лимфаденэктомией. При прорастании опухолью серозной оболочки матки, распространении опухоли на придатки матки выполняется оментэктомия.

**Рис. 35.1. Рак тела матки. Макропрепарат после
ампутации матки с придатками и резекцией
большого сальника**



Рак тела матки. Макропрепарат после ампутации матки с придатками (а, б)



Типы гистерэктомий.

- ▣ Тотальная (экстрафасциальная) гистерэктомия с билатеральной сальпинго-оофорэктомией. При данном типе гистерэктомии мочеточники не выделяются, кардинальные связки пересекаются в непосредственной близости к матке, влагалищная манжетка удаляется на протяжении 1-2 см. Эта операция может включать в себя тазовую лимфаденэктомию.

- ▣ Радикальная гистерэктомия с билатеральной сальпинго-оофорэктомией. При радикальной гистерэктомии осуществляется выделение мочеточников дистально на всем протяжении от воронко-тазовой связки до мочевого пузыря, что позволяет произвести мобилизацию кардинальных связок у стенки таза, удалить большую часть околоматочной клетчатки и верхнюю 1/3 или половину влагалища. Эта операция всегда включает также тазовую лимфаденэктомию.

Химиотерапия

- ▣ Химиотерапия применяется в рамках адъювантного или паллиативного лечения в виде поли- или монохимиотерапии.
- ▣ Схемы полихимиотерапии:
- ▣ Доксорубицин 50 мг/м² + цисплатин 50 мг/м² в 1-й день, с интервалом в 21 день.
- ▣ Доксорубицин 50 мг/м² + карбоплатин АУС 5 в 1-й день, интервал между курсами 21 день.

- Доксорубицин 45 мг/м² + цисплатин 50 мг/м² в 1-й день, паклитаксел 160 мг/м² во 2-й день, филгастрим 5 мкг/кг с 3 по 12 дни, интервал между курсами 21 день.
- Паклитаксел 175 мг/м² (вводится до введения карбоплатина) + карбоплатин АУС 5-7 в 1-й день, интервал между курсами 21 день, всего 6 курсов;
- Винорельбин 25 мг/м² в 1-й и 8-й дни + этопозид 50 мг/м² внутривенно в 1-5-й дни + цисплатин 20 мг/м² 1-й, 2-й, 3-й дни;

Гормонотерапия.

- На первом этапе больным молодого возраста с атипичической ГПЭ назначают 12,5% раствор гидроксипрогестерона капроата по 500 мг внутримышечно три раза в неделю в течение 2 мес (так называемая доза достижения эффекта — 14–15 г препарата). Затем во время гистероскопии производят биопсию эндометрия для оценки чувствительности опухоли по степени гормонального патоморфоза (полученный биоптат сравнивают с исходным до лечения).

- Если степень патоморфоза достаточно выражена, считают, что опухоль гормоночувствительна и лечение прогностически эффективно. В следующие 2 мес больной назначают по 500 мг 12,5% раствора гидроксипрогестерона капроата внутримышечно два раза в неделю. Данный этап лечения завершают последующим двухмесячным введением 12,5% раствора гидроксипрогестерона капроата в той же дозе, но уже один раз в неделю. Всего на курс лечения больная получает 23–28 г препарата с учётом дозы достижения эффекта.

- ▣ Первый этап лечения заканчивается излечением онкологического заболевания, что должно быть подтверждено морфологическими (заключение о достижении атрофии эндометрия) и эндоскопическими методами исследования.
- ▣ Второй этап направлен на восстановление овуляторных менструальных циклов. В течение 6 мес искусственно создают менструальный цикл, назначая комбинированные гормональные препараты I и II поколения, что позволяет восстановить функциональную активность эндометрия. В дальнейшем возможно осуществление реабилитации яичниковой функции по индивидуальной программе.

Лучевая терапия

- ▣ Сочетанное лучевое лечение рака тела матки состоит из внутрисполостного введения радиоактивных препаратов с дополнительным дистанционным облучением малого таза. Внутрисполостное облучение проводят в основном на аппаратах с автоматизированной подачей источников («АГАТ-ВУ», «АНЕТ-В», «Селектрон», «Микроселектрон»). Размещение источников во время сеанса облучения позволяет создать дозное поле нужной конфигурации и равномерно облучить всю полость матки.

- Иногда применяют и ручное введение шаровидных аппликаторов или линейно-расположенных источников. Дистанционное облучение, как и при РШМ, осуществляется на ускорителях электронов или гамма-терапевтических установках. Суммарные дозы в контрольных точках составляют: точка А - 60-80 Гр, точка В - 50-60 Гр; при этом доза на эндометрий составляет 100 Гр и более. Сочетанная лучевая терапия в самостоятельном варианте в основном проводится только больным с абсолютными противопоказаниями к операции.

Комплексный метод лечения

▣ I стадия

IA:

- при высоко- и умеренно дифференцированных опухолях, отсутствии васкулярной инвазии, локализации опухоли в верхней и средней 1/3 тела матки и небольших ее размерах достаточно выполнить экстирпацию матки с придатками без адъювантной терапии;

- при низкодифференцированном раке тела матки, при наличии сосудистой инвазии, локализации опухоли в нижней 1/3 или занимающей всю полость матки после операции целесообразно провести внутриполостную лучевую терапию.

■ **IB:**

- при поверхностной инвазии, локализации опухоли в верхней 1/3 тела матки, небольших ее размерах, высокодифференцированной аденокарциноме без васкулярной инвазии - экстирпация матки с придатками без адъювантной терапии;
- при инвазии менее 1/2 миометрия, высоко- и умеренно дифференцированной опухоли с ее локализацией в верхней 1 /3 тела матки после операции показана внутри полостная лучевая терапия;

- ▣ • при глубокой инвазии - до 1/2 миометрия, низкодифференцированной аденокарциноме и локализации ее в нижней 1/3 - экстирпация матки с придатками + лимфаденэктомия. При отсутствии метастазов в лимфатических узлах - послеоперационная внутриполостная лучевая терапия;
- при наличии метастазов в лимфатических узлах или невозможности выполнения лимфаденэктомии в послеоперационном периоде проводится наружное облучение + внутриполостное.

▣ IC:

- вне зависимости от степени дифференцировки опухоли на I этапе - экстирпация матки с придатками + лимфаденэктомия. В послеоперационном периоде - наружное облучение малого таза ± внутриполостная лучевая терапия ± химиотерапия или химиолучевое лечение при наличии неблагоприятных факторов (показания к химиотерапии).

▣ II стадия

II A:

- расширенная экстирпация матки с придатками или экстирпация матки с придатками + лимфаденэктомия. При высокой и умеренной степени дифференцировки опухоли, при отсутствии опухолевых эмболов в сосудах и метастазов в лимфатических узлах - адъювантная внутриполостная лучевая терапия;
- при низкой степени дифференцировки опухоли, наличии васкулярной инвазии или метастазов в лимфатических узлах - адъювантная лучевая терапия: наружное + внутри полостное облучение ± химиотерапия.

▣ **IIВ:**

- расширенная экстирпация матки с придатками. При высоко- и умеренно дифференцированной опухоли, отсутствии метастазов в лимфатических узлах - адъювантная лучевая терапия: наружное ± внутриполостное облучение;
- при низкодифференцированном раке тела матки, наличии сосудистой инвазии и метастазов в лимфатических узлах - адъювантная лучевая терапия: наружное облучение + внутриполостное или по показаниям - химиолучевое лечение.

▣ III стадия (выявляется у 7-10% больных)

IIIA:

- при наличии только положительной перитонеальной цитологии, высокой степени дифференцировки опухоли, небольших ее размерах, поверхностной инвазии и локализации процесса в верхней 1/3 матки - экстирпация матки с придатками без адьювантного лечения;

- при положительной перитонеальной цитологии, умеренно- или низкодифференцированной опухоли больших размеров и глубокой инвазии - экстирпация матки с придатками и адъювантное сочетанное лучевое лечение ± химиотерапия или химиолучевое лечение;

- ▣ • при поражении яичников - экстирпация матки с придатками, лимфаденэктомия + удаление большого сальника. В послеоперационном периоде - адъювантная лучевая терапия: при высокодифференцированной опухоли - только наружное облучение + химиотерапия + прогестинотерапия; при умеренно- и низкодифференцированной - сочетанное лучевое лечение + химиотерапия ± прогестинотерапия;

- ▣ • при поражении только серозной оболочки - экстирпация матки с придатками, лимфаденэктомия с последующим сочетанным лучевым лечением ± химиотерапия.

▣ **ШВ:**

- при поражении влагалища вопрос об объеме оперативного вмешательства решается индивидуально + адъювантная сочетанная лучевая терапия в сочетании с химио- и прогестинотерапией;
- при метастазах в лимфатических узлах малого таза - экстирпация матки с придатками, лимфаденэктомия + адъювантная сочетанная лучевая терапия и прогестинотерапия;
-

- ▣ при метастазах в парааортальные лимфатические узлы - попытка их удаления. При невозможности выполнения парааортальной лимфаденэктомии - адъювантная сочетанная лучевая терапия малого таза и облучение зоны парааортальных лимфатических узлов + прогестинотерапия + химиотерапия или химиолучевое лечение.

- При IV стадии заболевания планирование лечения осуществляется по индивидуальному плану, в основном оно является комплексным. IV стадия рака тела матки выявляется примерно у 3% больных.

Наблюдение, сроки и объем обследования

- ▣ Режим наблюдения:
 - ▣ первый и второй год – 1 раз в 3 мес.;
 - ▣ третий год – 1 раз в 6 мес.;
 - ▣ в последующем пожизненно – 1 раз в год.
- 232.2. Объем обследования:

Клиническое обследование;

- ▣ лабораторное исследование;
- ▣ гинекологический осмотр;
- ▣ взятие мазков из влагалища для цитологического исследования;
- ▣ ультразвуковое исследование органов брюшной полости и таза (при наличии жалоб);
- ▣ осмотр молочных желез (1 раз в год);
- ▣ рентгенография органов грудной клетки (1 раз в год).
- ▣ По показаниям: сцинтиграфия костей скелета, компьютерная томография, колоноскопия, внутривенная урография.

Прогноз рака тела матки

- ▣ 5-летняя выживаемость зависит от многих факторов: у больных моложе 50 лет она составляет 91,2%, старше 50 лет - 70-60,9%; при высокодифференцированном раке тела матки - 92%, умеренно- и низкодифференцированном - 86 и 64% соответственно; при поверхностной инвазии миометрия - 80-90%, при глубокой инвазии - 60%; при отсутствии опухолевых эмболов в лимфатических узлах при I стадии - 91%, при наличии их - 73%; при отсутствии метастазов в лимфатических узлах - 90%, при их наличии - 54%; при отсутствии диссеминации по брюшине - 88%, при ее наличии - 50%.

- Кроме того, большое прогностическое значение имеют содержание рецепторов прогестерона и эстрогенов в опухоли, плоидность опухолевых клеток и пролиферативный индекс, содержание в опухоли нростагландинов типа E, амплификация и экспрессия отдельных онкогенов, в частности мутации гена P53.

- ▣ Выживаемость при хирургическом и комбинированном лечении в зависимости от степени дифференцировки опухоли составляет: в стадии IA - 83-96%; IB - 82-95%; IC - 73-90%; IIA - 60-90%; IIB - 55-75%; IIIA-59-72%; II IB,C - 42-59%; IV- 18-35%. 5-летняя выживаемость больных при сочетанной лучевой терапии как самостоятельном методе: I-II стадий - 61-88%, при III-IV - 14-49%.

Литература:

- ▣ 1. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России в 1997 г. (Статистический сборник). М., 1999.
- ▣ 2. Richard R. Barakat, Kathryn Greven, Human B. Muss "Cancer Management: A Multidisciplinary Approach" PRR Huntington, NY 1998.
- ▣ 3. Бохман Я.В. и соавт. Гормонотерапия РЭ.- СПб.: "Гиппократ", 1992.
- ▣ 4. Мартынов С.Я. Минимальный РЭ.- СПб.: "Гиппократ", 1992.
- ▣

- ▣ 5. Lissoni A., Gabriele A., Gorga G. et. al. Cisplatin - epirubicin - and paclitaxel - containing chemotherapy in uterine adenocarcinoma. Ann. Oncol. 1997; 8: 969-972.
- ▣ <http://vse-zabolevaniya.ru/bolezni-onkologii/rak-telamarki.html>
- ▣ <http://www.medsecret.net/ginekologiya/novoobrazovaniya/142-rak-endometriya>
- ▣ Клинические рекомендации Онкология 2006г.
- ▣ Журнал «Здравоохранение Дальнего Востока» № 6 (32) декабрь 2007г.