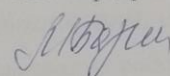


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

Рак эндометрия

Выполнила:

клинический ординатор

Зубцова Ю.О.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»

клинического ординатора Зубцовой Ю.О. на тему: «Рак эндометрия» от 2018 года

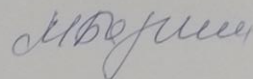
В реферате Зубцовой Ю.О. раскрыты все актуальные аспекты, касающиеся данной проблемы. Автором было проанализировано большое число факторов риска, классификация, пилиштиологичность данной проблемы. Рассмотрена клиническая картина, приведены основные методы диагностики. Большое внимание уделено методам лечения данной проблемы.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью. Реферат написан хорошим научным языком, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Текст логичен, последователен. Содержание работы соответствует заявленной теме. Замечаний к оформлению нет.

Учитывая достоинства и недостатки, реферат Зубцовой Ю.О. на тему «Рак эндометрия» заслуживает оценки «отлично».

Проверила: Базина М.И.



Содержание

1. Введение.....	4
2.Классификация	4
3.Этология.....	6
4. Патогенез.....	8
5. Пути метастазирования рака эндометрия.....	8
6.Клиническая картина (симптомы) рака матки.....	9
7. Диагностика.....	9
8. Дифференциальная диагностика.....	12
9.Лечение рака матки.....	12
10.Дальнейшее ведение.....	15
11.Заключение.....	15
12.Список используемой литературы.....	16

1. Введение

Рак эндометрия занимает первое место среди злокачественных новообразований женских половых органов.

В настоящее время отмечают тенденцию увеличения заболеваемости раком тела матки, что можно объяснить увеличением средней продолжительности жизни и нарастанием частоты таких «заболеваний цивилизации», как ановуляция, хронический гиперэстрогенизм, бесплодие, ММ и эндометриоз. Сочетание их с нарушениями эндокринной функции и обмена веществ (ожирение, сахарный диабет, гиперинсулинемия, гиперлипидемия) приводит к развитию синдрома нарушений в репродуктивной, обменной и адаптационных системах организма.

Показатель заболеваемости раком эндометрия в настоящее время составляет 19,5 на 100 000 женского населения, за последние 30 лет заболеваемость раком тела матки возросла в три раза. В США рак эндометрия занимает первое место среди онкологических заболеваний женской половой сферы. В нашей стране рак эндометрия занимает второе место среди онкологических болезней женщин, уступая лишь раку молочной железы, и первое место среди опухолей женской половой сферы. Наблюдается неуклонное увеличение удельного веса женщин молодого возраста среди заболевших раком эндометрия. Доля женщин, заболевших раком эндометрия в репродуктивном и в перименопаузальном возрасте, составляет почти 40% от общего числа больных. Анализ возрастных показателей при раке эндометрия возможен лишь с 1989 г., так как ранее эта нозологическая форма не была включена в отчётные материалы официальной онкологической статистики. Значительные темпы прироста заболеваемости раком эндометрия отмечают в группах от 40 до 49 лет (29,24%) и от 50 до 59 лет (34,9%). В последние годы наибольший прирост заболеваемости отмечают среди женщин в возрасте до 29 лет (за 10 лет на 50%).

2. Классификация рака матки

В настоящее время в онкологии широко применяют две классификации (табл. 294): FIGO (классификацию Международной федерации акушеров и гинекологов) и классификацию по системе TNM, в которой распространённость поражения регистрируют на основании клинического исследования, включающего все виды диагностики.

По данным Международной гистологической классификации ВОЗ, выделяют следующие морфологические формы рака эндометрия:

- аденокарцинома;
- светлоклеточная (мезонефроидная) аденокарцинома;
- плоскоклеточный рак;
- железистоплоскоклеточный рак;
- серозный рак;

- муцинозный рак;
- недифференцированный рак.

По форме роста первичной опухоли выделяют:

- рак с преимущественно экзофитным ростом;
- рак с преимущественно эндофитным ростом;
- рак с эндоэкзофитным (смешанным) ростом.

Наиболее частая локализация рака тела матки: в области дна и тела, реже в нижнем сегменте матки.

Степень дифференцировки новообразования выступает важным прогностическим фактором. Чем ниже степень дифференцировки, тем хуже прогноз заболевания и тем более агрессивная терапия необходима. Классификация основана на количестве недифференцированных клеток в опухоли. Так, выделяют:

- высокодифференцированный рак (G1);
- умереннодифференцированный рак (G2);
- низкодифференцированный рак (G3).

Таблица 1. Классификация рака тела матки (TNM и FIGO)

Категории по системе TNM	Стадии по FIGO	Характеристика
Tx	—	Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
T0	—	Первичная опухоль не определяется
Tis	0	Преинвазивная карцинома (карцинома in situ)
T1	I	Опухоль ограничена телом матки
T1a	IA	Опухоль ограничена эндометрием
T1b	IB	Опухоль распространяется на половину толщины миометрия или менее
T1c	IC	Опухоль распространяется более, чем на половину толщины миометрия
T2	II	Опухоль распространяется на шейку матки, но не за пределы матки
T2a	IIA	Вовлечён только эндоцервикс
T2b	IIB	Инвазия стромы шейки
T3	III	Местное и/или регионарное распространение опухоли
T3a	IIIA	Опухоль вовлекает серозную оболочку и/или яичник (прямое распространение или метастазы); раковые клетки в асцитической жидкости или промывных водах

T3b	IIIB	Опухоль распространяется на влагалище (прямое распространение или метастазы)
N1	IIIC	Метастазы в тазовые и/или парааортальные лимфатические узлы
T4	IVA	Опухоль распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря и/или толстой кишки
M1	IVB	Отдалённые метастазы (исключая метастазы во влагалище, серозную оболочку таза и яичник, включая метастазы во внутриабдоминальные лимфатические узлы, кроме парааортальных и/или паховых)

Примечание. Буллёзного отёка недостаточно для отнесения опухоли к стадии T4.

3. Этиология (причины) рака матки

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.

К факторам риска развития рака эндометрия относят:

- эндокриннообменные нарушения (например, ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь);
- гормонозависимые нарушения функции женских половых органов (ановуляция, гиперэстрогенизм, бесплодие);
- гормоноактивные опухоли яичников (гранулёзотеклаклеточная 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).

4. Патогенез рака матки

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);
- 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).

Как правило, определяют опухоли с высокой степенью дифференцировки и медленным темпом прогрессии и метастазирования. Клиническое течение заболевания более благоприятно. Опухоль высокочувствительна к гестагенам.

Отмечают высокую частоту синхронных и метакронных первичномножественных опухолей, локализованных чаще всего в молочной железе, толстой кишке, яичниках.

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.

В свете последних открытий в генетике рака пристального внимания заслуживает 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.

5. Пути метастазирования рака эндометрия

Выделяют три основных пути метастазирования рака тела матки: лимфогенный, гематогенный и имплантационный.

При метастазировании по наиболее часто встречаемому 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.

Вероятность возникновения лимфогенных метастазов при расположении первичного очага в верхней трети матки во многом определяется глубиной инвазии опухоли и её степенью дифференцировки.

Если опухоль располагается в дне матки в пределах слизистой оболочки и по структуре соответствует высокодифференцированной (G1) или умереннодифференцированной аденокарциноме (G2), то вероятность метастазирования составляет 0–1%.

Если есть поверхностная инвазия матки (менее 1/3 толщины миометрия) и по структуре опухоль соответствует высокодифференцированной (G1) или умереннодифференцированной аденокарциноме (G2), то вероятность метастазирования составляет от 4,5 до 6%.

Если опухоль занимает большую площадь поражения с глубиной инвазии более 1/3 толщины миометрия или переходит на канал шейки матки, то вероятность метастазирования резко увеличивается до 15–25%, а по некоторым данным — до 30%.

Наибольшая вероятность метастатического поражения тазовых лимфатических узлов возможна при переходе опухоли на канал шейки матки. Подвздошные лимфатические узлы чаще поражаются при локализации опухоли в нижнем сегменте матки, а парааортальные — при локализации процесса в дне и в верхнесреднем сегменте. При распространении опухоли на шейку матки вступают в силу закономерности лимфогенного метастазирования, характерные для РШМ.

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.

6. Клиническая картина (симптомы) рака матки

На ранних стадиях заболевание протекает бессимптомно. Основными клиническими симптомами рака тела матки бывают кровянистые выделения из половых путей, водянистые бели и боли.

Наиболее часто наблюдаемый симптом — атипичное маточное кровотечение — непатогномоничен для рака эндометрия, поскольку характерен для многих гинекологических заболеваний (например, ММ, аденомиоз), особенно у женщин репродуктивного и перименопаузального периодов. Больные детородного возраста чаще обращаются за помощью в женскую консультацию, где длительное время наблюдаются и лечатся у гинекологов по поводу дисфункциональных нарушений в гипоталамогипофизарнояичниковой системе. Это частая ошибка в диагностике рака эндометрия у молодых из-за отсутствия онкологической настороженности врачей поликлинического звена. Основными клиническими симптомами, приводящими молодых женщин к врачу, бывают первичные ациклические маточные кровотечения, бесплодие, дисфункция яичников.

Однако кровотечение бывает «классическим» симптомом только в постменопаузе.

Появление обильных серозных белей у женщин пожилого возраста без сопутствующих воспалительных заболеваний матки, влагалища, шейки матки характерно для рака тела матки. Развитие заболевания может сопровождаться обильными водянистыми выделениями (лейкореей), характерными для РМТ.

Боли — поздний симптом заболевания. Чаще локализуются внизу живота и поясничнокрестцовой области, носят схваткообразный или постоянный характер. Значительная часть больных обращается к врачу с опозданием, т.е. когда уже есть признаки распространения опухолевого процесса (нарушение функции мочевого пузыря, кишечника). Это связано с низким уровнем медикопросветительной работы и отсутствием профилактических осмотров, проводимых среди населения.

7. Диагностика рака матки

Диагностический этап — ведущий и ответственный момент, позволяющий врачу выбрать наиболее правильную тактику лечения, ориентируясь на возраст больной, распространённость (стадию) процесса (локализация неоплазии, выраженность её инвазии в миометрий), морфологическую структуру опухоли, степень дифференцировки опухолевых клеток, потенциальную чувствительность данного вида опухоли к гормональной или лучевой терапии, выраженность экстрагенитальной патологии, выступающей противопоказанием к проведению того или иного метода лечения.

Лабораторные исследования

Цитологический метод широко применяют в клинической практике благодаря его доступности и возможности многократного исследования в условиях поликлиники. Аспирацию осуществляют шприцем Брауна без предварительного расширения канала шейки матки. Информативность аспирационной биопсии эндометрия при распространённых формах рака составляет более чем 90%, а при начальных — не превышает 36,1%. Поскольку из-за сопутствующих изменений в слизистой оболочке (железистая и атипическая ГПЭ, полипоз) и

ограниченного поражения не удаётся получить достаточно материала для исследования (клеточный и ядерный полиморфизм выражен слабо), то возможны трудности в правильной цитологической оценке патологии. Кратность исследования увеличивает ценность метода до 54%.

Инструментальные исследования

УЗИ. В настоящее время ведущим диагностическим скринингтестом при массовых обследованиях населения считают ультразвуковое сканирование, позволяющее визуализировать патологические изменения в эндометрии у лиц любой возрастной категории. При подозрении на рак матки особое значение придают размерам срединного маточного эха (Мэхо), учитывая наибольшую прогностическую ценность данного критерия при патологической трансформации эндометрия. Для различных возрастных групп величина Мэхо различна. В репродуктивном периоде максимальное значение неизменённого Мэхо варьирует в пределах 10–16 мм, а в постменопаузе не должно превышать 5 мм. Увеличение переднезаднего размера Мэхо свыше указанных значений необходимо рассматривать как возможный признак онкологического процесса, что во многом и определяет дальнейший диагностический поиск, выглядящий в настоящее время следующим образом:

- при Мэхо более 12 мм выполняют аспирационную биопсию эндометрия;
- при Мэхо менее 12 мм проводят гистероскопию с прицельной биопсией эндометрия;
- при Мэхо менее 4 мм показано динамическое наблюдение.

При обнаружении рака эндометрия по данным УЗИ необходимо измерить размеры матки, описать её контуры (чёткие, нечёткие, ровные, неровные), структуру миометрия (гомогенная, гетерогенная), эхогенность миометрия и эндометрия; определить точную локализацию опухоли в полости матки и характер роста опухоли (экзофитный, эндофитный, смешанный); выяснить глубину инвазивного роста опухоли в миометрий; уточнить, есть ли поражение внутреннего маточного зева, метастатическое поражение яичников и лимфатических узлов малого таза. Следует помнить об объективных трудностях и возможных ошибках, связанных с трактовкой глубины инвазии опухоли в миометрий. В настоящее время применение ЦДК позволяет визуализировать патологические очаги неоваскуляризации и с большей достоверностью, по сравнению с режимом «серой шкалы», исключить или подтвердить инвазивный рост опухоли в мышечную стенку матки. До сих пор слабым местом в диагностике остаётся визуализация лимфатических узлов малого таза, выступающих первым этапом лимфогенного метастазирования (оценка их состояния имеет важнейшее значение в прогнозе заболевания и выборе адекватного объёма хирургического лечения). Следует отметить, что при УЗИ особые трудности вызывает диагностика лимфатических узлов obturatorных областей. В отличие от УЗИ, применение МРТ увеличивает вероятность их обнаружения до 82%.

Цервикогистероскопия. Ведущее место в инструментальной диагностике занимает эндоскопический метод.

Гистероскопия позволяет не только судить о выраженности и распространённости неопластического процесса, но и производить прицельную биопсию патологически изменённого эпителия, а также оценивать качество раздельного лечебно- диагностического выскабливания и целесообразность его выполнения. Во всех случаях при подозрении на рак эндометрия необходимо производить раздельное выскабливание цервикального канала и полости матки. Эффективность выскабливания во многом зависит от того, насколько тщательно оно выполнено.

Частой ошибкой бывает нарушение его поэтапного выполнения. В связи с этим не происходит дифференцированной оценки слизистой оболочки канала шейки матки, что принципиально важно при планировании лечения.

Флуоресцентная диагностика. К новым и перспективным методам эндоскопической диагностики рака эндометрия относят флуоресцентное исследование с опухолевотропными фотосенсибилизаторами и их метаболитами (фотогем©, фотосенс©, аминолевулиновая кислота). Метод основан на определении злокачественных новообразований малых размеров (до 1 мм) благодаря избирательному накоплению в них заранее вводимого в организм фотосенсибилизатора с последующей регистрацией флуоресценции (собственной и индуцированной) на экране видеосистемы при воздействии лазерного излучения в ультрафиолетовом спектре. Проводят флуоресцентную диагностику с аминолевулиновой кислотой, позволяющую визуализировать невидимые глазом микроскопические опухолевые очаги на, казалось бы, неизменённой слизистой, уточнять их топографию и выполнять прицельную биопсию. Чувствительность метода существенно выше других современных методов, информативность при начальном раке эндометрия достигает 80%.

Гистологическое исследование. Заключительным и решающим методом диагностики рака эндометрия является гистологическое исследование, позволяющее определить характер морфологических изменений. Отсутствие морфологической верификации не исключает неоплазии. Информативность первичного выскабливания при начальных стадиях рака, когда отмечают ограниченное поражение, локализованное преимущественно в верхнем сегменте матки (дно, трубные углы), составляет 78%, а при распространённом опухолевом процессе достигает 100%.

Таким образом, оптимальным сочетанием необходимых диагностических мероприятий при раке эндометрия считают ультразвуковое сканирование с ЦДК, аспирационную биопсию эндометрия, цервикогистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием и флуоресцентной диагностикой, а также морфологическую верификацию соскобов из цервикального канала, полости матки. Для более точной оценки распространённости опухолевого процесса выполняют КТ и МРТ.

8. Дифференциальная диагностика

Рак тела матки обычно дифференцируют со следующими заболеваниями:

- полипом эндометрия;
- ГПЭ;
- подслизистой ММ.

9. Лечение рака матки

Цели лечения:

- Устранение опухоли.
- Предупреждение рецидива опухоли и её метастазирования.

В настоящее время в России при раке эндометрия проводят комплексное лечение, включающее хирургический, лучевой и лекарственный компоненты. Последовательность и интенсивность каждого из них определяют степень распространения заболевания и биологическими особенностями опухолевого процесса. Известны преимущества хирургического, комбинированного и комплексного лечения рака тела матки, при которых достигают высоких показателей пятилетней выживаемости (80–90%), что на 20–25% выше, чем при лучевой терапии. Лечение назначают индивидуально, что зависит от прогностических факторов; при этом выраженность неблагоприятных факторов требует более агрессивной терапии.

Показания к госпитализации

Необходимость проведения лекарственной, лучевой терапии и операции.

Хирургическое лечение рака матки

Хирургический метод считают основным в комплексном и комбинированном лечении.

Объём лапаротомии зависит от наличия определённых прогностических факторов, в связи с чем его планируют заранее на основании данных диагностического поиска. В настоящее время при благоприятных факторах прогноза выполняют экстирпацию матки с придатками, а при неблагоприятных — расширенную экстирпацию матки с придатками, однако при наличии у больной тяжёлой экстрагенитальной патологии (ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия) ограничиваются выполнением простой экстирпации матки с придатками в сочетании с тазовой лимфаденэктомией. В этом случае общие и наружные подвздошные, запирательные и внутренние подвздошные лимфатические узлы иссекают единым блоком.

В настоящее время нерешённым остаётся вопрос о проведении парааортальной лимфаденэктомии, не входящей в стандартный объём лечения при раке эндометрия. В случае обнаружения при ревизии увеличенных парааортальных лимфатических узлов их следует пунктировать и только при получении данных срочного цитологического исследования с указанием на их поражение — удалять.

Выраженная экстрагенитальная патология у значительной части больных служит противопоказанием для выполнения экстирпации матки с придатками и проведения длительной гормонотерапии. С развитием эндоскопической хирургии появилась возможность удаления патологически изменённого эндометрия под визуальным контролем. Внедрение гистерорезектоскопической абляции, широко и эффективно применяемой в гинекологической практике для лечения доброкачественных заболеваний эндометрия (ММ, полипы, ГПЭ), позволило применять этот метод для лечения начального рака эндометрия. Под термином «абляция» подразумевают любой вид деструкции эндометрия с полным уничтожением его базального слоя и подлежащего миометрия на глубину 3–4 мм и более.

Учитывая высокую ответственность за жизнь и здоровье женщины, органосохраняющее и функционально щадящее лечение больных с начальным раком эндометрия следует выполнять в специализированных онкологических учреждениях и обеспечивать строгое динамическое наблюдение.

Немедикаментозное лечение рака матки

Один из компонентов комбинированного лечения при распространённых формах рака тела матки — лучевая терапия.

Большинство эпителиальных опухолей высоко чувствительны к воздействиям ионизирующего излучения. Лучевая терапия предусматривает обработку области малого таза, влагалищной трубки и зон регионарного метастазирования после лапаротомии.

Лучевую терапию назначают по индивидуальным показаниям, что зависит от прогностических факторов.

Показанием к дистанционной лучевой терапии служат:

- инвазия в миометрий на 1/3 толщины и более;
- локализация опухоли в верхнесреднем сегменте матки;
- высокая или умеренная степень дифференцировки опухоли (G1, G2).
- Показанием к сочетанной лучевой терапии служат:
- локализация опухоли в нижнем сегменте матки с переходом на канал шейки матки;
- глубокая инвазия в миометрий;
- низкая степень дифференцировки опухоли (G3).

Медикаментозное лечение рака матки

Химиотерапия:

Показания к назначению лекарственных противоопухолевых препаратов при раке эндометрия достаточно ограничены.

Химиотерапию проводят лишь как компонент комплексного лечения. Наиболее распространённая схема поддерживающей химиотерапии для лечения рака тела матки — САР (цисплатин, доксорубин, циклофосфамид).

Гормонотерапия:

Самостоятельную гормонотерапию можно проводить гестагенами, антиэстрогенами, их сочетанием, а также на определённых этапах — комбинированными эстрогенгестагенными препаратами, включая коррекцию метаболических нарушений.

На первом этапе больным молодого возраста с атипической 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.

Схема лечения больных начальными формами рака эндометрия отличается более интенсивным режимом. Первый этап лечения длится приблизительно около года. Больным ежедневно в течение 2 мес вводят по 500 мг 12,5% раствора гидроксипрогестерона капроата внутримышечно (доза достижения эффекта — 25–30 г), после чего оценивают чувствительность опухоли по морфологическим критериям и определяют прогноз гормонального лечения. Затем лечение гидроксипрогестерона капроатом продолжают, назначая по 500 мг раствора через день в течение 2 мес до достижения суммарной дозы 40–45 г (с учётом ранее полученной дозы достижения эффекта). После этого интенсивность гормонотерапии постепенно снижают таким образом, чтобы курсовая доза препарата за год лечения составила 60–70 г.

Кроме 12,5% раствора гидроксипрогестерона капроата, назначают и другие гормональные препараты (например, медроксипрогестерон). Наиболее удобны в применении таблетированные формы. Так, одна таблетка содержит 500 мг медроксипрогестерона, в связи с чем дозы в схемах лечения остаются теми же.

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.

10. Дальнейшее ведение

Органосохраняющее лечение опухолей любой локализации необходимо обеспечить тщательным динамическим наблюдением лечащего врача онкологического учреждения совместно с гинекологом-эндокринологом. Полноценность гормональной реабилитации подтверждают восстановлением фертильности или наступлением овуляторных менструальных циклов. Ведение беременности и родов обеспечивают акушеры-гинекологи в соответствии с акушерской ситуацией.

При отсутствии специфических симптомов рецидива показано общее и гинекологическое обследование. Достаточно тщательным (по стандарту) считают обследование один раз в 4 мес в течение первого года, один раз в 6 мес — в течение второго года, один раз в год — в последующем. Рентгенологический контроль органов грудной клетки следует проводить не реже одного раза в год. Определение онкомаркера СА125 в качестве рутинного метода обследования не рекомендуют.

11. Заключение

Эффективность лечебных мероприятий оценивают по количеству случаев рецидивирования и прогрессирования заболевания. Наиболее часто рецидивы рака эндометрия отмечают в течение первых трёх лет после окончания первичного лечения (75% больных). В более поздние сроки частота их резко снижается (10–15%). Рецидивы преимущественно локализируются во влагалище (42%), лимфатических узлах таза (30%), отдалённых органов (28%).

Пятилетняя выживаемость больных раком тела матки после комбинированного лечения достигает высоких цифр, что связано с совершенствованием методов терапии, соблюдением принципов дифференцированного подхода к выбору метода лечения. Степень распространённости опухолевого процесса и его дифференцировка — одни из основных прогностических факторов. Улучшения результатов лечения достигают в основном благодаря увеличению продолжительности жизни больных раком I и II стадий, в то время как данный показатель при III и IV стадиях остаётся стабильным. Пятилетняя выживаемость больных раком тела матки I стадии составляет 86–98%, II стадии — 70–71%, III стадии — 32,1%, а IV стадии — 5,3%.

12. Список используемой литературы

1. Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с. - (Серия «Национальное руководство»).
2. Гинекология: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер.
3. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации 4-е издание переработанное и дополненное/Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. - ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
4. Алан Х. Де Черни, Лорен Натан. Акушерство и гинекология, т. 1. Москва, 2008. - 772 с.
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 г. N 572н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
6. Клинические рекомендации (протокол лечения) "Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака", разработанные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"