ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

**Реферат на тему:**

**"Рак тела матки"**

Выполнила: Студентка ф-та ФФМО

Специальность "Лечебное дело" группы № 418

Обмоина Евгения Михайловна

Заведующий кафедрой: д.м.н., проф. Дыхно Ю.А.

Преподаватель: асс. Козин В.А

Красноярск, 2013г.

**Содержание**

. Этиология

. Формы рака тела матки

. Стадии рака

. Клиника рака тела матки

. Диагностика

. Лечение и профилактика рака тела матки

Список используемой литературы

**1. Этиология**

В настоящее время наблюдается повышение заболеваемости раком тела матки во всем мире, что связано с нарушениями функции эндокринной системы (гиперэстрогения, ожирение, сахарный диабет). Раковая опухоль развивается из эпителия (чаще цилиндрического), выстилающего слизистую оболочку и железы слизистой оболочки матки. В отдельных случаях (очень редко) рак тела матки может развиваться из эктопированного многослойного плоского эпителия. Наблюдается частое сочетание рака тела матки с нарушением менструального цикла (особенно в климактерическом периоде), синдромом Штейна-Левенталя, фибромиомой матки, гормонопродуцирующими опухолями яичников, ожирением, сахарным диабетом и гипертонической болезнью.

Рак тела матки развивается, как правило, на фоне гиперпластических процессов в эндометрии, обусловленных длительной пролиферацией желез эндометрия без перехода их в секреторную фазу. Данные процессы нередко обусловлены гиперэстрогенемией. Постоянное и длительное (более 10-15 лет) воздействие эстрогенов на клетки эндометрия, особенно при нарушении функции печени приводит к их усиленному митозу и трансформации в атипическую форму. Известно, что печень участвует в метаболизме гормонов, которые, разрушаясь, выводятся ею из организма в виде метаболитов. При нарушении функции печени в организме накапливается значительное количество эстрогенов, которые влияют не только на матку, но и на гипофиз, яичники, надпочечные, щитовидную и поджелудочную железы, вызывая их гиперфункцию. Это в свою очередь приводит к нарушению белкового, углеводного и жирового обмена, а нередко к развитию ожирения, сахарного диабета и гипертонической болезни.

**В настоящее время выделяют следующие факторы, обусловливающие развитие рака тела матки:**

· **длительное нарушение овуляции**, обусловливающее гиперэстрогенемию, которая в свою очередь приводит к гиперплазии и пролиферации эндометрия без перехода в секреторную фазу;

· **снижение генеративной функции и бесплодие** в связи с нарушением менструального цикла (гипоменструальный синдром, аменорея, связанные с процессами ановуляции);

· **ожирение**, обусловленное гиперфункцией передней доли гипофиза (существует статистически достоверная взаимосвязь между раком тела матки и ожирением);

· **гипертоническая болезнь**, особенно в сочетании с ожирением; сахарный диабет, являющийся следствием нарушения углеводного обмена (снижение толерантности к углеводам);

· **нарушение функции печени**, обусловливающее нарушение метаболизма гормонов, особенно стероидов, что приводит к повышению их активности даже при нормальном уровне секреции;

· **феминизирующие опухоли яичника** (текаклеточные и гранулезоклеточные, опухоль Бреннера), приводящие к гиперэстрогенемии;

· **синдром Штейна-Левенталя** (двустороннее поликистозное изменение яичников, аменорея, бесплодие, нарушение овуляции, гирсутизм, ожирение);

· **гиперактивность клеток** внутренней оболочки покрышки фолликула в менопаузе, когда они становятся основным источником эстрогенов;

· **фолликулярная киста яичника**, при которой нарушается механизм обратной связи между гипофизом и яичниками; железистая и, особенно, железисто-кистозная гиперплазия эндометрия с наклонностью к полипообразованию: фибромиома матки, сочетающаяся с повышенной продукцией эстрогенов; эндометриоз тела матки с ростом в миометрий.

**2. Формы рака тела матки**

**Гистологически различают следующие формы рака тела матки:**

· высокодифференцированный железистый рак (малигнизированный аденоматоз,

· злокачественная аденома);

· зрелый железистый рак;

· железисто-солидный рак;

· солидный (низкодифференцированный) рак;

· аденоакантома.

Менее дифференцированные формы чаще встречаются в пожилом возрасте, более зрелые - в репродуктивном возрасте и особенно у больных, имевших в анамнезе нарушения овуляции и менструации.

**Высокодифференцированный железистый рак** развивается на фоне гиперпластических процессов или аденоматоза эндометрия. В его патогенезе имеет значение нарушение овуляции, а также обмена жиров и углеводов.

Высокодифференцированный железистый рак состоит из железистых образований, которые располагаются неправильно, хотя сохраняют трубчатое строение. Ветвящиеся железистые элементы различной величины с различной формой просвета. Железистый эпителий цилиндрический, располагается однорядно или многорядно, ядра гиперхромные. Между железами имеется тонкая соединительнотканная прослойка. Митозы ядер встречаются часто.

**Зрелый железистый рак** состоит из железистых конгломератов с запутанными лабиринтами желез. Раковые клетки разрушают собственную мембрану, вследствие чего железистые полости сливаются между собой. Наблюдается наклонность к инфильтрирующему росту в толщу стенки матки. Железистый эпителий однорядный и многорядный.

Резко выражена атипичность железистого эпителия: полиморфизм клеток, гиперхроматоз ядер, гигантские одноядерные и многоядерные клетки. Железистый эпителий проявляет наклонность к образованию сосочковых выступов в просвет желез, имеет место множество неправильных митозов.

**Железисто-солидный рак** характеризуется "железисто-солидным строением. Солидное строение преобладает, в участках его имеются небольшие железистые полости. Раковые клетки утрачивают характер железистого эпителия. Отмечается выраженный полиморфизм их и большое количество митозов. Солидные участки раковой опухоли обладают более выраженным деструирующим ростом, чем железистые, разрушают последние. Разрастаясь, они заполняют железистые полости, оставляя просветы и щели между разрастаниями.

**Солидный (низкодифференцированный) рак** является редкой формой рака матки и характеризуется полной утратой железистого строения. Имеются сплошные поля солидного строения из мелких раковых клеток с резко гиперхромными ядрами. Полиморфизма клеток не наблюдается (опухоль очень похожа на базальноклеточный рак шейки матки). Аденоакантома отличается вкрапливанием в железистую ткань опухоли островков плоского эпителия. Встречается редко.

Первичный плоскоклеточный рак тела матки представляет большую редкость, растет в глубину, быстро инфильтрирует ткани и метастазирует. Гистологическая диагностика рака тела матки не представляет трудности. Обильный соскоб из полости матки нацеливает на правильный диагноз. Наиболее часто наблюдается железистая форма (разной зрелости) рака тела матки - аденокарцинома. Железистый эпителий располагается правильными рядами, чаще однорядный, цилиндрический, не сецернирующий, с митозами и с атипическими ядрами, разрушает базальную мембрану, проникает в толщу стенки матки. В некоторых случаях рак утрачивает железистую структуру и в виде сплошных масс проникает в подлежащую ткань, ничем не отличаясь по гистологической структуре от плоскоклеточного рака, при котором клетки местами могут подвергаться ороговению и образовывать хорошо выраженные "жемчужины".

**Клинические формы рака тела матки**

В общей структуре злокачественных новообразований женских половых органов рак тела матки занимает второе место после рака шейки матки.

Рак тела матки чаще всего развивается после 50 лет. Он отличается более благоприятным клиническим течением, чем рак шейки матки, медленнее распространяется в подлежащие ткани и поздно метастазирует в отдаленные органы. Рак тела матки может распространяться диффузно, поражая всю поверхность эндометрия, или очагово.

По характеру роста (независимо от гистологического строения) различают экзрфитную Дсосочковую - бородавчатую, полипозную и в виде изолированного крупного узла), встречающуюся чаще, и эндофитную форму. Чаще опухоль локализуется в области дна или угла матки, реже - в области нижнего сегмента. Злокачественный характер опухоли проявляется в ее деструирующем росте в миометрий, соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку) и метастазированием в поясничные лимфатические узлы.

**Пути распространения**

Рак тела матки метастазирует в основном лимфатическим путем, реже гематогенным. Лимфа от средних и верхних отделов тела матки собирается в plexus subovaricus, откуда поступает в нижние и верхние поясничные лимфатические узлы. Регионарные метастазы рака тела матки чаще локализуются в поясничных и реже-в паховых лимфатических узлах.

Доказано, что метастазирование рака тела матки может проходить по лимфатическим путям, идущим в лимфатические узлы, располагающиеся в области наружных и внутренних подвздошных артерий, а также в области запирательного отверстия (при локализации ракового процесса в нижнем сегменте матки - перешейке).

Исходными образованиями лимфатической системы матки являются межтканевые щели и капиллярные сети, находящиеся в эндометрии, миометрии и периметрии. Отводящие лимфатические сосуды матки формируются главным образом в наружном мышечном и подсерозном лимфатических сплетениях, в которых имеются многочисленные анастомозы лимфатических сосудов шейки и тела матки. Какой-либо изолированности лимфатической сети шейки и тела матки не существует, в связи с чем при раке тела матки рекомендуется операция - расширенная экстирпация матки по методу Губарева - Вертгейма, при которой удаляются лимфатические узлы, расположенные по ходу наружных и внутренних подвздошных артерий, в области запирательного отверстия, а также и крестцовые лимфатические узлы.

Рак тела матки нередко (50%) метастазирует лимфо-имплантационным и имплантационным путем (пристеночная и внутренностная брюшина, большой сальник) в основном через маточные трубы, собственные связки яичника и яичник.

**. Стадии рака**

**Различают следующие стадии рака тела матки:**

**I стадия** - рак тела матки ограничен пределами эндометрия.

**II стадия**

а) рак с инфильтрацией миометрия;

б) рак с инфильтрацией параметрия одной или обеих сторон без перехода на стенку таза;

в) рак с переходом на шейку матки.

**III стадия**

а) рак с инфильтрацией параметрия с одной или обеих сторон, перешедший на стенку таза;

б) рак с метастазами в регионарные димфатические узлы, придатки, влагалище;

в) рак с прорастанием маточной брюшины без вовлечения в процесс соседних органов.

**IV стадия**

а) рак с поражением соседних органов (мочевой пузырь, прямая кишка);

б) рак с отдаленными метастазами.

**Клинические группы рака тела матки такие же, как и рака шейки матки**

В настоящее время пользуются международной классификацией рака тела матки по системе TNM, где Т - первичная опухоль (tumor), N - регионарные лимфатические узлы (nodes), М - отдаленные метастазы (metastases). Данная классификация учитывает степень распространения опухоли.

**. Клиника рака тела матки**

Как правило, рак тела матки характеризуется тремя симптомами: бели, кровотечения, боль (в поздних стадиях).

*Бели* появляются чаще в виде сукровицы (гной с примесью крови), затем имеют характер мясных помоев, могут быть обильными или умеренными. Бели обычно без запаха и мало беспокоят больную.

*Кровотечения* могут иметь разный характер - от мажущихся до обильных. Для рака тела матки характерны маточные кровотечения в периоде менопаузы. Иногда возможно развитие анемии, особенно при сочетании рака тела матки с подслизистыми фиброматозными узлами. Иногда из полости матки выделяются ткани распадающейся аденокарциномы. Анемия, как правило, сопровождается повышенной СОЭ, общей слабостью, недомоганием, интоксикацией.

*Боль* обычно схваткообразного характера, что указывает на сокращение стенок матки в стремлении изгнать из полости содержимое. Нередко при этом имеет место пиометра. Симптомы сдавливания соседних органов (мочевого пузыря, мочеточников и прямой кишки) появляются в запущенных стадиях рака.

Следует помнить, что кровотечения в период менопаузы наблюдаются и при некротизации доброкачественных полипов, при старческой атрофии слизистой оболочки матки, атеросклерозе сосудов эндометрия (при гипертонической болезни), распадающейся подслизистой миоме и туберкулезе эндометрия.

Различают следующие основные этапы и формы клинического течения рака тела матки (Я.В. Бохман). Рак не развивается на фоне нормально функционирующего эндометрия. Ему предшествуют гиперпластические процессы, аденоматоз или атрофия слизистой оболочки.

**Первый этап** клинического течения рака тела матки охватывает период от возникновения инвазивного рака до глубокого прорастания в миометрий и характеризуется снижением степени дифференциации клеток эндометрия.

**Второй этап** - местно-регионарное распространение. Опухоль глубоко прорастает в миометрий, разрушает его лимфатические сплетения с образованием метастазов.

**Третий этап** характеризуется диссеминацией процесса от прорастания опухоли за серозную оболочку до широкой лимфогенной, лимфогематогенной и имплантационной диссиминации.

Выделение трех основных этапов клинического течения рака тела матки позволяет обосновать последовательность применения профилактических и лечебных мероприятий.

На первом этапе своевременная диагностика позволяет достигнуть хороших результатов как хирургическим, так и лучевым методом. На втором этапе важное значение приобретает изучение степени распространения опухоли, что является основным для назначения рациональной хирургической и лучевой терапии, и на третьем этапе - химио- и гормонотерапии.

Различают следующие формы клинического течения рака тела матки. Медленное, сравнительно благоприятное клиническое течение. Длительность маточного кровотечения обусловлена гиперпластическими процессами в эндометрии. Гистологически определяется высокодифференцированный, или зрелый, железистый рак с поверхностной инвазией в миометрий. Лимфогенных метастазов нет.

**Неблагоприятное клиническое течение**

Длительность заболевания небольшая. Гистологически солидный рак. Острая, крайне неблагоприятная клиническая форма течения. Встречается редко и характеризуется сочетанием группы неблагоприятных факторов: средняя или низкая дифференциация, интенсивный инвазивный рост, метастазы в тазовые и поясничные лимфатические узлы.

**. Диагностика**

Наиболее распространенным и точным методом диагностики является раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки канала шейки и тела матки или вакуум-аспирация содержимого полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба. Если при выскабливании удаляются обильные хрупкие массы, уже предварительно (до гистологического заключения) можно думать о раке тела матки. Однако при получении скудного соскоба рак матки не исключен. В таких случаях следует тщательно проверить (кюреткой) все стенки матки (особенно дно и углы).

С целью топической диагностики рака тела матки применяют метро- или гистероцервикографию (совпадение топического диагноза до операции с данными, полученными после операции, составляет 97%).

Гистероцервикография является одним из ведущих методов рентгенологической диагностики рака тела и канала шейки матки.

Рентгенологическая картина рака тела матки обусловлена величиной, формой и локализацией опухоли. Для получения цервикограммы делают дополнительный снимок в задней проекции тотчас же после извлечения из канала шейки матки прибора для гистерографии.

На гистерограммах при экзофитном росте опухоли отмечаются дефекты наполнения в виде выступов в полость матки с изъеденными контурами. При локализации опухоли в области трубного угла отмечается симптом "ампутации рога". При эндофитной форме рака рельеф слизистой оболочки неровный, зубчатый. При диффузной форме отмечается деформация полости матки с дефектами наполнения причудливой формы.

При распространении опухоли за пределы перешейка матки отмечается (при цервикографии) резкое расширение канала и изъеденность его контура.

Для выделения регионарных метастазов и степени распространения опухоли по лимфатическим путям применяют лимфо-, флебо-, артерио-, пельвео- и урографию. Само собой разумеется, что все эти методы не могут быть применены для исследования одной больной. Каждый из перечисленных выше методов имеет свои показания и противопоказания. Наиболее часто применяется лимфография. Принцип метода состоит в том, что контрастные вещества (йодолипол или мийодил), вводимые в лимфатический сосуд тыльной стороны стопы и распространяющиеся по лимфатическим путям, попадают в паховые и паравертебральные лимфатические узлы. Рентгенологически отмечается нарушение формы, структуры, размеров и контуров пораженных лимфатических узлов. Со стороны лимфатических сосудов эти признаки выражаются в блокаде, развитии необычных коллатералей, анастомозов и лимфостаза. Ведущим симптомом в диагностике лимфогенных метастазов является краевой дефект наполнения узла с ровными и четкими контурами.

Принято различать секторальный дефект наполнения ("ампутацию") полюса лимфатического узла и дефект наполнения, при котором остается контрастированным только небольшой участок узла серповидной формы. Секторальный дефект наполнения соответствует начальной фазе метастазирования, когда опухолевые клетки оседают в одном из краевых синусов, чаще в верхнем полюсе лимфатического узла. По мере роста метастаз может почти полностью вытеснить лимфоидную ткань, оставив только узкий ее ободок (серповидная тень). Величина лимфатических узлов имеет относительное значение: метастазы могут быть в небольших узлах и наоборот.

Достаточно точный метод гистероскопии. Однако его возможности ограничены в клинической практике из-за отсутствия усовершенствованных гистероскопов. При гистероскопии имеется возможность прямого наблюдения за состоянием слизистой оболочки матки.

В гинекологической практике широко применяется метод цитологической диагностики рака тела матки. Однако он является вспомогательным методом.

В последнее время применяют радиоизотопный метод диагностики рака тела матки. После приема внутрь радиоактивного фосфора (Р 32), у которого сравнительно короткий период полураспада и к которому чувствительны клетки эндометрия (органом-мишенью для фосфора являются клетки желез эндометрия), на вторые сутки проводят радиометрию полости матки с помощью миниатюрного маточного зонда-счетчика. При раке эндометрия резко повышается очаговая радиоактивность. Однако радиоизотопный метод диагностики рака тела матки при помощи радиометра, как и метод сканирования (гамма-топографии) не нашли широкого применения в диагностике рака тела матки из-за значительного процента диагностических ошибок. Окончательным методом диагностики рака тела матки является биопсия соскоба, полученного из полости матки при диагностическом выскабливании ее слизистой оболочки.

**. Лечение и профилактика рака тела матки**

При раке тела матки применяются три основных метода лечения: комбинированный (хирургический метод с последующей дистанционной рентгено- или радиотерапией), сочетанный (включающий дистанционную рентгено- или гамма-терапию в сочетании с внутриполостной аппликацией радиоактивных веществ) и комплексный метод лечения, включающий хирургическое, лучевое и гормонолечение. В запущенных случаях заболевания наряду с гормоно- и химиотерапией применяют паллиативные методы лечения.

**Комбинированный метод**

1. **Хирургическое лечение**. При локализации рака в области тела и дна матки показана экстирпация матки с придатками, в области нижнего сегмента или шейки матки - расширенная экстирпация матки по методу Губарева - Вертгейма, т. е. экстирпация матки с придатками с дополнительным иссечением единым блоком общих и наружных подвздошных, запирательных и внутренних подвздошных лимфатических узлов вместе с параметральной, параректальной, паравезикальной, паравагинальной и параобтураторной (расположенной в области запирательного отверстия) клетчаткой.

. **Дистанционная лучевая терапия**. В большинстве специализированных учреждений (онкогинекологических) после операции (с 9-10-го дня) назначают дистанционную рентгено- или гамма-терапию. Суммарная доза наружного облучения достигает 12000-16000 Р, что соответствует примерно дозе на точку А в среднем 1500-1800 рад, на точку В -3000-4000 рад.

**Сочетанный метод**

1. **Дистанционная рентгено- или гамма-терапия** проводится, как правило, с четырех полей по 200-250 Р на сеанс с двух полей ежедневно. Суммарная доза наружного облучения такая же, как в послеоперационном периоде. опухоль метастаз эндокринный хирургический

2. **Внутриполостная аппликация радиоактивных веществ** - введение в полость матки радиоактивных кобальтовых игл, цилиндрических или округлой формы препаратов в виде бус (существуют линейный, цепной, Т-образный и У-образный методы заполнения полости матки). При внутриполостном (внутриматочном) лечении доза на точку А достигает 7000-9000 рад, на точку В 2000 -2400 рад. Сеансы внутриполостной кюритерапии проводят один раз в неделю и продолжают 48 ч, в течение которых очаговая доза составляет 1500-2000 рад. За 4-5 аппликаций больные получают от 8000 до 10 000 рад.

**Гормонотерапия**

Широко применяется (особенно в запущенных стадиях) и при рецидивах 17-а-гидроксипрогестерона капронат (17-а-ГПК) или метоксипрогестерона ацетат. Действие 17-ГПК на эндометрий и миометрий весьма сходно с действием прогестерона, однако он в два раза сильнее и в четыре раза продолжительнее. Вводят 250 мг препарата ежедневно внутримышечно на протяжении 4 недель. Курсовая доза составляет 7 г. При эффективности препарата (уменьшение пальпируемых узлов, прекращение роста опухоли, уменьшение или исчезновение метастазов, а также отдельных симптомов заболевания) продолжают введение его по 250 мг через день в течение 4 месяцев, затем по 250-500 мг в неделю на протяжении нескольких лет, иногда до конца жизни. Препарат вводят также внутриматочно в дооперационном периоде по 500 мг ежедневно в течение недели.

Совокупность экспериментальных и клинических наблюдений свидетельствует о том, что 17-ГПК вызывает четко выраженный прогестативный эффект, сходный с действием прогестерона в физиологических условиях.

**Под влиянием 17-ГПК происходят следующие изменения:**

· снижение пролиферативной активности раковых клеток;

· повышение морфологической и функциональной дифференциации клеток;

· секреторное истощение;

· атрофически-дегенеративные изменения, заканчивающиеся некрозом и отторжением опухоли или отдельных ее участков.

Метоксипрогестерона ацетат применяют при запущенном раке эндометрия. Вводят по 250 мг 2 раза в неделю в течение трех месяцев, затем в течение нескольких лет по 250-500 мг в неделю.

Ремиссия рака при данном лечении наблюдается у 40-50% больных.

В связи с успешным применением при раке тела матки прогестагенов в настоящее время значительно снизилось применение андрогенов. Однако не исключается возможность назначения на протяжении длительного времени андрогенов пролонгированного действия тестената (1 мл 12% раствора) 1 раз в неделю или сустанона-250 (1 мл 1 раз в месяц) внутримышечно (прерывистые курсы).

При подготовке к операции, а также в послеоперационном периоде (до начала лучевой терапии) назначают химиопрепараты (бензотеф, тиоТЭФ, циклофосфан). Кроме того, вводят во время операции в брюшную полость бензотеф 48 мг или тиоТЭФ 20 мг, а также сразу после операции внутривенно 24 мг бензотефа или 10 мг тиоТЭФа. Такое введение химиопрепаратов направлено на цитостатический эффект при попадании во время операции раковых клеток в кровь и в брюшную полость.

Учитывая то, что раковый процесс рассматривается как системное заболевание всего организма, терапия (кроме основных методов лечения) должна включать средства, направленные на повышение реактивности организма (АЦС, зимозан, переливание крови и ее компонентов, спленин, витаминотерапия, гемостимуляторы и т. д.).

**Профилактика рака тела матки**

Своевременное выявление и лечение предраковых состояний (железистая гиперплазия эндометрия; аденоматозные полипы; нарушение менструального цикла - ановуляторные маточные кровотечения в климактерическом периоде); регулярные гинекологические профосмотры и периодические цитологические исследования мазков, полученных при аспирации содержимого из полости влагалища, а при необходимости-и из полости матки; специальные гинекологические обследования женщин с нарушениями обмена веществ (ожирение, сахарный диабет, заболевания печени), сопровождающиеся гиперэстрогенией; выявление и лечение больных с феминизирующими опухолями яичника, ведущими к гиперпластическим процессам в эндометрии снижает заболеваемость раком эндометрия.

**Список используемой литературы.**

1. http://vse-zabolevaniya.ru/bolezni-onkoginekologii/rak-tela-matki.html

2. http://www.medsecret.net/ginekologiya/novoobrazovaniya/142-rak-endometriya

3. http://travelexpress.lt/chastnaja-onkologija/rak-tela-matki.html

4. http://www.blackpantera.ru/ginekologija/13844/

5. http://www.happydoctor.ru/obzor-pressy/carcinoma-uterus