НАСТАНАК, ЕТИОЛОШКИ ФАКТОРИ, ДИЈАГНОСТИКА И ЛЕЧЕЊЕ КАРЦИНОМА ЕНДОМЕТРИЈУМА КОД СТАРИХ

Елизабета Марчета¹

GENESIS, ETIOLOGY FACTS, DIAGNOSIS AND TREATMENT ENDOMETRIAL CANCER AT EDERLY

Elizabeta Marčeta

Сажетак

Карцином ендометријума претежно погађа жене у постменопаузи, најчешће у старосној доби од 60 до 75 година. Главни ризико-фактори су гојазност, дијабетес, хипертензија и примене тамоксифена више од пет година и позитивна породична анамнеза.

Више од 90% жена има крварења непознатог порекла и исцедак из роднице који се може појавити много пре постменструалног крварења. Ови симптоми наводе на сумњу на карцином ендометријума. Први корак је амбулантна претрага биопсије ендометријума или болнички фракциона киретажа. Приликом постављања дијагнозе, друга могућност је трансвагинална претрага ултразвуком.

Стадијуми болести од I до IV одређују се хируршким путем, лапаратомијом или лапараскопијом и укључују цитолошку претрагу.

Прогноза зависи од стадијума веће проширености болести и старије доби болеснице. Лечи се хистеректомијом, обо-страном аденексектомијом, обично одстрањивањем карличних и парааорталних лимфних чворова или потпуним одстрањивањем захваћеног ткива. У раном стадијуму болести обухвата хируршку терапију, а повећањем стадијума укључује се: хемиотерапија, зрачна и хормонска терапија. Код четвртог стадијума најчешће је индицирана само зрачна терапија.

Кључне речи: карцином ендометријума, фактори ризика, прогноза, дијагностика, лечење.

Summary

Endometrial cancer affects mainly postmenopausal women, usually between the ages of 60-75 years. The main risk factors are obesity, diabetes, hypertension, application of tamoxifen for more than 5 years and a positive family history.

More than 90% of women have bleeding of unknown origin, and discharge from the vagina that can occur long before the postmenopausal bleeding. These symptoms allegations suspicion of endometrial cancer. The first step is outpatient endometrial biopsy searches or hospital fractional curettage. When makes the diagnosis, another possibility is transvaginal ultrasound searches.

The stages of the disease from I to IV are determined by surgery, laparotomy or laparoscopy, and include cytological examination.

Prognosis depends on the stage, the greater extent of the disease and elderly patients. It is treated with hysterectomy, bilateral adenektomy, usually removal of the pelvic lymph nodes and paraaortal or complete removal of the affected tissue. The early stage of the disease includes surgical treatment but increasing stages included: chemotherapy, radiation and hormonal therapy. In the fourth stage usually indicated only radiotherapy.

Key words: endometrial cancer, risk factors, diagnosis, treatment, elderly.

¹ Мр сц. др Елизабета Марчета, Клиничко одељење Геријатрије, Интерна клиника, КБЦ „Звездара“, Београд, докторанд Медицинског факултета у Крагујевцу

УВОД

Последњих десетак година научна истраживања, као и поље знања, за предмет имају бригу о здрављу жена, која имају утицаја на клинички рад, учење и обуку лекара.

У раним годинама код жена преовладавају смртни исходи услед повреда, а старењем, на првом месту су смртни исходи од рака дојке и полних органа.⁽¹⁾ Карцином, а далеко ређе сарком, најчешће се јавља као облик малигног тумора на материци.

Истраживања и пракса су показали да је карцином грлића материце на другом месту по учесталости, а карцином тела материце на трећем месту. Карцином ендометријума или тела материце (*carcinoma endometrii*) по учесталости је у порасту, и у највећем броју случајева се јавља код жена после менопаузе. У односу на карцином грлића материце, полагању се развија и касније метастазира и мање је малиган.⁽²⁾

Због атрофије трупа материце, а са њом и ендометријума, грлић материце постаје и до два пута већи од трупа па се величина материце смањује на $4,5 \times 1,5 \times 2,5$. Долази до смањивања протока крви у дијастоли, а повећава се најчешће брзина у систоли.

Протоком времена долази до пораста индекса отпора (RI) у материчним артеријама, што све заједно доводи до мање прокрвљености материце.⁽³⁾

Повећање свести о значају здравља жена у академским медицинским установама доприноси најбољем начину едукације лекара, као и пружању сложене неге женама.⁽¹⁾

ИНЦИДЕНЦИЈА КАРЦИНОМА ЕНДОМЕТРИЈУМА

На глобалном нивоу карцином ендометријума чини 4% свих малигних тумора женске популације са 1,7% морталитета. Од 15 до 30% свих малигних тумора полних органа код жена карцином ендометријума је заступљен у око 90%. У Европи једна од 20

жена са малигним тумором има карцином ендометријума. Највећа инциденца се бележи у Словачкој и Чешкој ($>4/100.000$). Према регистру за рак централне Србије, 2003. године у Србији се карцином ендометријума налази на другом месту међу туморима женских полних органа са стопом инциденце $12,7/100.000$ и стопом морталитета $1,3/100.000$. Од свих малигних тумора женске популације, карцином ендометријума је 2003. године заступљен са 5,5%, односно у укупном морталитету са 1,4%.

У економски развијеним земљама, карцином ендометријума је на првом месту женских гениталних органа, јер је код њих унос масти храном висок. У САД канцер ендометријума погађа једну од 50 жена и спада у четврти најчешћи канцер код женске популације. У земљама у развоју налази се на другом месту, после канцера грлића материце, па је ту стопа морталитета 5 до 10 пута нижа у односу на стопу инциденције у развијеним земљама.⁽²⁾

КАРЦИНОМ ЕНДОМЕТРИЈУМА – ОПИС

Истраживања бележе да се карцином ендометријума јавља око 56. године живота и путем цервикалних лимфних чворова инвазивно се шири кроз миометријум и пуњењем шупљина материце.⁽³⁾ Обично почиње као ограничено жариште на дну материце, око ушћа јајовода или истимичном делу материце. Шири се бочно дуж слузокоже материце.

Манифестује се у виду два облика: ограниченом – циркумскриптном (у виду полипозних израштаја) или проширеном – дифузном (када је процес почео да се инфилтрира у зид материце) облику (Слика 1).

Слика 1. Карцином ендометријума (тела материце) – ехосонографија, преузето са: <http://www.simptomi.rs/index.php/bolesti/17-tumori-i-maligne-bolesti/700-rak-karcinom-tela-materice>

Малигни процес може да се шири директно на малигно ткиво, лимфогено и хематогено⁽²⁾, а у узнапредовалим случајевима хематогено до плућа, јетре и костију. Најчешће се ради о аденокарциному ендометријума према хистолошкој грађи, који је чешће добро диференциран, него анапластичан.⁽³⁾ Понекад се ради о карциному плочастог епитела, аденоакантон (adenoacantoma) који настаје на жаришту метаплазије.⁽²⁾

ВРСТЕ И КЛАСИФИКАЦИЈА КАРЦИНОМА ЕНДОМЕТРИЈУМА

Карцином тела материце се дели у две велике групе: преинвазивни и инвазивни карцином ендометријума.

Преинвазивни карцином ендометријума се развија постепено и не даје никакве симптоме болести. Обично се надовезује на претходне атипичне промене на ендометријуму као што је аденоматозна хиперплазија. Дијагноза се поставља ако жена крвари у менопаузи, ако се нађе хиперплазија ендометријума, што се може ултразвучно дијагностиковати и хистопатолошким прегледом ендометријума потврдити добијеног експлоративном киретажом. Као терапија ради се оперативно класична хистеректомија са аднексектомијом.

Код инвазивног карцинома ендометријума, полипозне промене проминирају у шупљину материце, пробијају ендометријум и шире се на миометријум и према истмусу материце. Кад процес захвати горње делове ендоцервикса, онда долази до стварања метастаза у лимфним жлездама око материце, потом у периуреталним, хипогастричним и оптураторним лимфним жлездама. Метастаза се даље шири у јетру, кости и плућа.⁽⁴⁾

По препоруци Међународне федерације гинеколога и акушера (FIGO) од 1988. године користи се хируршко патолошки staging sistem за одређивање стадијума болести који се дели на четири главна стадијума, где сваки стадијум има неколико подстадијума⁽⁵⁾ (Табела 1).

Табела 1. Одређивање стадијума карцинома ендометријума.

Стадијум	Дефиниција
I	Ограничен тумор на корпус материце
IA	Тумор ограничен на ендометријум
IB	Продор < од 1/2 дебљине миометријума
IC	Продор > од 1/2 дебљине миометријума
II	Захваћање материце и цервикса, али без ширења изван материце
IIA	Захваћање ендоцервикалних жлезда
IIB	Продор у стому цервикса
III	Ширење изван материце, али не изван мале карлице
IIIA	Продор у опну, аденкса или обоје и/или позитиван цитолошки налаз из перитонеума

IIIС	Метастазе у карлицу или парааорталне лимфне чворове или обоје
IV	Захваћање слузнице мокраћне бешике или црева или удаљене метастазе
IVA	Продор у мокраћну бешику или слузницу црева или обоје
IVB	Удаљене метастазе, укључујући интраабдоминалне или ингвиналне лимфне чворове или обоје

Стадијуми се одређују хирушки, лапаратомијом или лапараскопијом, укључујући цитолошку претрагу течности из перитонеалне шупљине, експлорацију трбушне шупљине и карлице, биопсију или ексцизију сумњивих промена изван материце и одстрањивање карличних и парааорталних лимфних чворова.⁽⁶⁾

ЕТИОЛОШКИ ФАКТОРИ У НАСТАНКУ КАРЦИНОМА ЕНДОМЕТРИЈУМА

У ризико-факторе за настанак карцинома ендометријума спадају: хормонски, конституционални и генетски фактори⁽⁵⁾, и увек је удружен са хиперестрогенизмом.⁽³⁾

Због продужене експозиције ендометријума естрогенима, фактор ризика представља рана менарха (пре 12. године) и касна менопауза (после 52. године).

Гојазност и исхрана представљају значајан фактор ризика, а дијабетес и хипертензија су повезани са прекомерном телесном масом. Код особа чија је телесна маса већа од 20kg од дозвољене чини гојазност значајним фактором ризика због убрзане конверзије у масном ткиву андростенедиона из надбубрега у естрон.⁽⁵⁾

Гојазност је повезана са великим енергетским уносом што доводи до бржег раста и пролиферације, а смањени енергетски унос до смањења митозе и повећања процената апоптозе у пренеопластичним ћелијама, чиме се повећава ризик од настанка, између осталих и карцином ендометријума.

Треба напоменути да, иако делимично, гојазност утиче на промену нивоа хормона који утичу на ћелијски раст (полни хормони, инсулин и неки фактори раста). Ефекти гојазности на карцином ендометријума

утичу на дејства естрогена који је присутан у повишеном нивоу у крви гојазних жена, мада ти механизми нису довољно разјашњени.

Протектини ефекат од хормонски зависних тумора доказано имају дијететска влакна која снижавају ниво естрогена у серуму.⁽⁷⁾

Један од најважнијих фактора за настанак карцинома ендометријума је позитивна породична анамнеза. Уколико је неко од најближих рођака (мајка, тетка, сестра) и ближих рођака имао овај карцином, већа је вероватноћа да ће је особа добити.⁽⁵⁾ Примена синтетског антиестрогена – tamoksifena која је укључена у терапију карцинома дојке, повећава 1,7 до 7,5 пута ризик за настанак карцинома ендометријума. Ниво ризика се повећава већом дужином примене лека и већом примењеном дозом.⁽⁵⁾ Такође, жене са карциномом дојке имају 2 до 3 пута већи ризик да добију карцином ендометријума.⁽⁸⁾ Зато се велико значење придаје продуженом естрогенском деловању и продуженој пролиферацији ендометријума. То продужено деловање естрогена на ендометријум доводи до појаве цистичне и адемотозне хиперплазије која за око 5 до 8 година може прећи у инвазивни карцином ендометријума.⁽²⁾

У факторе ризика се убрајају и: жене које нису рађале или су родиле велики број деце, старост приликом првог порођаја, ановулаторни циклуси и ендогени и егзогени хормони.

Доказано је да је пушење фактор који смањује ризик за развој ендометријалне неоплазме тако што врши утицај на конверзију естрогена у естриол на нивоу јетре. Пушење утиче на рани улазак у менопаузу и утиче на смањење гојазности.⁽⁵⁾

У Medline-у су претражени сви чланци у енглеској литератури од јула 1966. до маја 2013. године и сви систематски прикупље-

ни извештаји, као и све референце, показују да гинеколошке малигне трансформације, као што су ендометриоза и карцином ендометријума, остају нејасне. Према овој претраги, узрочници у карциногенези могу бити хормонски фактори, упала, породична предиспозиција, фактор раста, промена гена, измењен имуни систем, еколошки чиниоци, оксидативни стрес и дијетотерапија.⁽⁹⁾

ДИЈАГНОСТИКОВАЊЕ КАРЦИНОМА ЕНДОМЕТРИЈУМА

Карцином ендометријума не даје ране симптоме, а када се појави, ради се о инвазивном карциному ендометријума.⁽⁴⁾

Први симптоми код старих особа су неуобичајено вагинално крварење, а затим крвав исцедак који у 10% случајева не мора бити крвав а да указује на карцином ендометријума. У каснијем току болести јавља се осећај притиска и бола у карлици. Ширењем метастазе на мокраћну бешику настају дизуричне сметње и мокрење крви. А код инфилтрације уретера јавља се хидронефроза са упалом која захвата бубреге. Ако захвати дебело црево, онда је праћена боловима и крвавом столицом. Ако проширене метастазе иду ка вагини, перитонеуму мале карлице и регионалним лимфним нодусима, јављају се обилна смрдљива крварења, сметње у мокрењу и пражњењу црева. У 40% случајева се удаљене метастазе јављају најчешће у плућима.

У 2/3 случајева болеснице које имају карцином ендометријума су гојазне, хипертензивне и показују у менопаузи знаке хиперестрогенизма.

Да би се поставила дијагноза карцинома ендометријума прво се уради гинеколошки преглед којим се изврши палпација вулве, вагине и цервикса да би се искључили узроци абнормалног вагиналног крварења. Ради евалуације јајника, јајовода и Дугласовог простора потребан је и ректални преглед.⁽⁵⁾

Ултрасонографија има значајну улогу у откривању карцинома ендометријума јер се њиме мери дебљина ендометријума и димензије тумора. Ултразвуком је најважније прегледати слузокожу материце у сагиталном пресеку. Слузокожа материце треба да буде танка и атрофична и приказана као танка ехогена линија која пролази средином миометријума. Онда се прелази на попречни пресек слузнице материце где се установљава дебљина ендометријума. Установљено је да се дебљина слузнице мања од 5 mm сматра нормалном док је дебљина од 6 до 8 mm је неодређена. Потребан ултразвук треба радити у интервалу од 3 до 6 месеци уз анализу обојеним доплером, а може се учинити и ендометријална биопсија. Дебљина слузнице већа од 10 mm тражи хитну фракцијску киретажу.

Прегледом обојеним доплером треба тражити сигнале на граници миометријума и ендометријума, а преглед тродимензионалним ултразвучним уређајем могуће је лакше утврдити продор (дубину) карцинома у миометријум.⁽³⁾

Поред колор доплер ултрасонографије (абдоминалне или трансвагиналне) ради се и хистероскопија где се апарат директно уводи у материцу да би се оптички видело стање ендометријума и туба утерине (Слика 2).

Слика 2. Хистероскопска слика малигног тумора ендометријума,
преузето: <http://www.stetoskop.info/Histeroskopija-3086-s3-content.htm?b6>

Даља дијагностика укључује цитолошки преглед по методи Папаниколау и хистолошки преглед материјала добијеном фракционом експлоративном киретажом. Дефинитивна дијагноза се поставља тек хистопатолошким прегледом материјала добијеног експлоративном фракционом киретажом.⁽⁴⁾

Препоручује се да свака болесница са необјашњеним вагиналним крварењем из материце у менопаузи иде на процену која укључује биопсију ендометријума. Веома је важно да се процена уради на време како би се открио тумор и његови узрочници. Треба бити обазрив и код једнократног крварења из материце. Код тих жена биопсија ендометријума врши се одмах, па ако је налаз позитиван препоручује се хистероскопија или киретажа ендометријума а, ако је налаз негативан, онда се болесница само прати.^(1, 3)

Ректоскопија и цистоскопија служе као допунске методе. Полип ендометријума, ендометритис, ерозије на грлићу материце, карцином грлића материце и вагине, сенилни колпитис, миом и сарком материце се рачунају у диференцијалне дијагнозе.⁽⁴⁾

За праћење малигне туморске болести за карцином ендометријума користе се маркери: СА125, који спада у гликопротеин типа муцина, и општи туморски маркер СЕА (карциноэмбрионални антиген). Са карциномом ендометријума велики број жена има миоме на материци, полицистичне оваријуме, примарни инфертилитет и дисфункционална крварења. Прогноза за излечење, рецидив или метастазу карцинома ендометријума зависи од више параметара.⁽¹⁾

Прогностички параметри код карцинома ендометријума су:

- стадијум болести,
- старост (независни прогностички параметар),
- хистолошки тип тумора,
- хистолошки и нуклеарни градус,
- степен инвазије миометријума и васкуларних структура (независни прогностички параметар),
- величина тумора,

- перитонеална цитологија,
- статус хормонских рецептора (независни прогностички параметар),
- ДНА плодност и
- врста терапије.

Са старашћу повећава се релативан ризик за неповољни исход болести. Лошу прогнозу имају неповољни хистолошки субтипови тумора као што су сериозни папиларни, светлоћелијски и недиферентовани. Што је већи градус тумора, то је дубља инвазија миометријума, па постоји ризик за присутност метастаза у пелвичним и парааорталним нодусима, на аденксима, преко хематогеног ширења до појаве локалних рецидива на вагини. Лимфоваскуларна инвазија је у значајној корелацији са метастазама у лимфним нодусима. Болеснице које имају позитиван статус естрогених (ER) и прогестеронских (PR) рецептора имају дуже преживљавање. Анеуплоидни тумор има око једна четвртина болесница са карциномом ендометријума и код њих постоји већа могућност за рани рецидив и смртни исход. На време урађена радикална хируршка интервенција и радиотерапија има добар прогностички значај за мањи проценат рецидива, а већи проценат преживљавања.

Да би се одредио стадијум болести по TNM и FIGO класификацији и да би се одредила терапија, потребно је урадити одређене дијагностичке процедуре као што су: радиографија плућа и коштаног система и ехотомографија абдомена и мале карлице. Ако је неопходно може још и СТ или NMR, лабораторијске анализе (хематолошки параметри и биохемијске анализе које обухватају функцију јетре и бубрега), ириграфија, сцинтиграфија јетре, бубрега и костију, ректоскопија и друге.⁽⁵⁾

ЛЕЧЕЊЕ КАРЦИНОМА ЕНДОМЕТРИЈУМА

Примарни вид лечења карцинома ендометријума је хирушка терапија. У преинвазивном стадијуму Ia и Ib и тумора GA-2 лечи се операцијом. После операције следи хистолошки налаз који одређује даље процедуре. Код високо ризичне групе где се формира тумор GE-3, тумор GE-2, али већи од 2cm, аденоскваматозни, папиларна серозна варијанта тумора, инвазијом ендометријума на грлић материце, спроводи се радикална хирушка интервенција.

Поред хирушке терапије комбинује се локална ирадијација или зрачење мале карлице и хормонска терапија са гестагенима.⁽³⁾

Хормонотерапија се може применити у свим стадијумима болести док је вредност хемиотерапије ограничена.

У стадијуму I са дубоком инфилтрацијом миометријума, без обзира на хистолошки градус тумора, спроводи се комбинована зрачна терапија.

Радикална хирушка терапија се спроводи као примарни вид терапије у стадијуму II. Ако нема контраиндикације за хирушку терапију код стадијума I и II, постепено се спроводи адјувантна комбинована радиотерапија, која према бројним истраживањима смањује стопу локалних рецидива, али не продужава преживљавање осим код анапластичних GE-3 карцинома.

Ако је хирушка интервенција контраиндикована, онда се приступа радикалној комбинованој зрачној терапији.⁽⁵⁾

За стадијуме III и IV једина куративна метода је комбинована радиотерапија. Ако је дошло до ширења тумора на зид карлице, спроводи се комбинована радиотерапија са радикалним дозама. Још бољи резултати се постижу давањем цисплатине, тј. применом радикалне хемиоирадијације једном недељно у току зрачне терапије. У овим случајевима се примењује и адјувантна хемиотерапија.

Хормонотерапија и хемиотерапија имају примат у лечењу карцинома ендометријума у стадијуму IV. Одговор тумора на хемиотерапију зависи од хистолошког градуса и рецепторског статуса. Код рецидива карцинома ендометријума може се применити антиестроген Tamoxifen, који спречава везивање естрадиола за ER, чиме се блокира пролиферативни стимуланс циркулишућих естрогена.

На хемиотерапију боље реагују тумори са ниским ER и PR јер су код њих ниски хормонски рецептори док се код узнапредовалих и метастатских карцинома ендометријума користи адјувантна хемиотерапија.

Радиотерапија има само палијативну улогу у стадијуму IV и доприноси смањењу крвављења, окупирању болова и превенцију патолошких фрактура код коштаних метастаза, чиме доприноси бољем квалитету живота болеснице. Радиотерапија се у овом стадијуму примењује још код рецидива насталих после само хирушке терапије карцинома ендометријума.⁽⁵⁾

КОНТРОЛЕ ПОСЛЕ ПРИМЕЊЕНИХ ТЕРАПИЈА

После примењене терапије болеснице треба да долазе на контролу. То треба да чине тако што током три године долазе на контролу свака три месеца, а до пет година на шест месеци. За сваки контролни преглед неопходно је донети лабораторијске анализе и ехотомографију абдомена и мале карлице.⁽⁵⁾

ОСТАЛИ ТУМОРИ МАТЕРИЦЕ

Поред аденокарцинома ендометријума јавља се, мада ретко, гинеколошка неоплазма, која је углавном моноклонског порекла и чија је покретачка снага карциноматозна компонента. Зове се сарком материце (sarcoma uteri).⁽¹⁰⁾

Најчешћи хистолошки типови саркома материце су:

- карциносарком (50%),

- леиомиосарком (30%) и
- ендометријални стромални сарком (15%).⁽⁵⁾

Заступљен је само у инциденцији 1 до 3% малигнух тумора материце заједно са слузницом.⁽³⁾

Ризико-фактори су заједнички за карцином ендометријума: гојазност, нулипаритет и дуготрајна употреба Тамоксифена док, са друге стране, употреба оралних контрацептивних средстава смањује ризик за појаву саркома материце.⁽⁵⁾

Зрачење је могући етиолошки фактор.⁽¹⁰⁾

Симптоми саркома су крварење које је атипично, дуготрајни сукривачиви исцедак и нагло увећање материце.⁽⁴⁾ Шири се крвљу и касно се дијагностикује.⁽³⁾ Поред гинеколошког прегледа, дијагностиковање иде преко биопсије до фракционе киретаже са хистопатолошком верификацијом промена.⁽⁵⁾

Проблем је што је тешко, често немогуће, разликовати дегенеративно промењени миом од саркома.⁽³⁾

Терапија је иста као код карцинома ендометријума: хирушка терапија једини куративни третман и примењује се у I и II стадијуму болести, хемиотерапија која је оправдана у III и IV стадијуму болести и зрачна терапија чија је улога контроверзна јер не утиче на преживљавање, али смањује стопу преживљавања.⁽⁵⁾ Када се јави бол, значи да постоје удаљене метастазе у јетри и плућима које настају хематогеним, ређе лимфогеним путем.

Ендометритис најчешће иде са цервицитисом и салпингитисом. Симптоми су полипи на материчној слузокожи, субмукозни миом и карцином. Изазивају га микроорганизми који се налазе у слузници ендоцервикса и на вагиналним зидовима. Опасност представљају и *neisseria gonorrhoeae* и *hlamidia trachomatis*, који сами проузрокују инфекцију, а и способни су да омогуће продирање и развијање других микроорганизма.⁽⁴⁾

ЕКОНОМСКО ОПТЕРЕЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА МАЛИГНИМ ОБОЉЕЊИМА

Међу незаразним болестима, по учесталости, малигне болести су други најчешћи узрок смрти са тенденцијом пораста. Велики број оболелих представља значајан терет за здравствени систем. Трошкови за здравствену негу оболелих од малигнух болести у САД износе 5% бруто националних производа. Трошкови лечења малигнух болести су 1987. године износили 24,7 милијарди, а 2010. године су се попели на 124,5 милијарди долара. Код нас у Србији постоји само ретроспективна студија која је анализирала трошкове лечења десет малигнитета са највишим трошковима у Шумадији од 2007. до 2010. године. Пацијенти су лечени у Центру за онкологију и радиологију Клиничког центра Крагујевац. Просечан трошак по пацијенту је био 125.922,34 динара, односно 8.277,99 по администрацији. Према локализацији тумора на другом месту, иза тумора усне дупље и ждрела су тумори грлића материце – 26.644.739,67 + 5.899.324,9 динара.

Трошкови се деле на директне који обухватају: дијагностику, трошкове болничког лечења, оперативног захвата, лечење радио/хемио/хормоно/биолошком терапијом, лечење компликација и рехабилитација.

У индиректне трошкове се убрајају трошкови због неспособности за рад и преране смрти. Допунски трошкови подразумевају помоћ у кући, нега деце и старих контроле итд.

Да би избалансирали равнотежу између потребе да пацијент добије квалитетно лечење и негу и објективне могућности нашег здравственог система, предузети су одређени кораци. На основу Закона о лековима и медицинских средствима, Агенција за лекове и медицинска средства уређује услове за производњу, испитивање и стављање лекова и медицинских средстава у промет. Када неки лек добије дозволу за стављање у промет, на основу Правилника о листи лекова

који се прописују и издају на терет обавезног здравственог осигурања, Републички фонд за здравствено осигурање прописује Листу лекова, а за неке лекове ограничење у прописивању. Тако се формира листа услуга које су дозвољене да се обављају на терет средстава Фонда. Та листа се формира на основу Правилника о номенклатури здравствених услуга. Зато је потребно стално праћење и анализирање стања у овој области због проналажења начина уштеде да би се очувала способност здравственог система.⁽¹¹⁾

ПРЕВЕНЦИЈА КАРЦИНОМА ЕНДОМЕТРИЈУМА

Ради уштеде треба радити на превенцији кроз развијање свести о правовременом контролисању код жена.

Многе жене се правдају како немају времена за прегледе, неке не иду због страха од могуће дијагнозе, а има и оних које немају развијену здравствену културу да схвате колико је то важно. Треба схватити да се одласком на редовне прегледе рак може открити у премалигној фази. Тада је излечење стопостотно успешно једноставном хирушком интервенцијом.

Превентивни прегледи код гинеколога у време менопаузе и климактеријума увек садрже и разговоре са пацијенткињом о могућностима неуредних крварења и последицама по опште здравље, пре свега о могућностима да се појаве болести слузнице материце, попут канцера тела материце, који, уколико постоји правовремена сумња, може брзо да се детектује и успешно лечи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Richard MR, Pirog CE. Откривање рака грлића материце и материце. Sesil, Уџбеник интерне медицине, књига друга. Београд: Медија центар ОДБРАНА, 2013; 1380.
2. Станојевић З. Малигни тумори гениталних органа жене. У: Филиповић С. (уред.) Основи клиничке онкологије. Медицински факултет, Универзитет у Нишу, 2009; 196–203.
3. Курјак А, Ујевић Б, Чарапић В. Гинеколошке болести. У: Дураковић З. и сарадници (уред.) Геријатрија, медицина старије доби, ЦТ. Загреб: Пословне информације д.о.о. 2005; 233–234.
4. Плећаш Д, Станимировић Б, Станковић А, Васиљевић М. Гинекологија и акушерство, уџбеник за студенте медицине. Београд: Медицински факултет, ЦИБИД, 2014; 126–127, 149–150.
5. Филиповић С. Утврђивање проширености малигне туморске болести и планирање терапије. У: Филиповић С. (уред.) Основи клиничке онкологије. Медицински факултет, Универзитет у Нишу, 2009; 49–51: 198–205.
6. MSD, Приручник дијагностике и терапије: Рак ендометријума, http://www.msd-priručnici.placebo.hr/msd/ginekologija/ginekološki_tumori/rak_endometrijuma, преузето 2. 2. 2016.
7. Рађен С. Исхрана, улога у унапређењу здравља и превенцији болести. Београд: Медија центар ОДБРАНА, 2012; 171–175.
8. Ђокић Д, Јаковљевић Д, Јаковљевић Ђ. Социјална медицина, уџбеник за редовну и постдипломску наставу. Универзитет у Крагујевцу, Медицински факултет, 2007; 238.
9. Endometriosis, leiomyoma and adenomyosis: The risk of gynecologic malignancy. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24289548>, преузето 2. 2. 2016.

10. Review literature on uterine carcinosarcoma. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25313723>, преузето 2. 2. 2016.

11. Драговић А. Економско оптерећење здравственог система малигним

обољењима. У: Јаковљевић МБ (уред.) Здравствена економија са фармакоекономијом за студенте медицинских наука. Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, 2014; 153–157.

Контакт: Др Елизабета Марчета, Клиничко одељење Геријатрије, Интерна клиника, КБЦ „Звездара“, Београд, тел. 064/1769-582, e-mail: elizabetamarceta@gmail.com