

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра герматологии, андрологии и гинекологии лечебного
(наименование кафедры) факультета

Рецензия Коновалова Виктора Николаевича, ассистента кафедры
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения

по специальности андрологии и гинекологии

Михайлов Александр Владимирович
(ФИО ординатора)

Тема реферата "Рак толстой кишки"

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	—
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	<u>5/5</u>

Дата: 10 05 2021 год

Подпись рецензента

[Подпись]
(подпись)

Коновалов В.Н.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

[Подпись]
(подпись)

Михайлов А.В.
(ФИО ординатора)

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



**Кафедра перинатологии, акушерства и
гинекологии лечебного факультета.**

Реферат на тему: «Рак тела матки»

**Выполнила:
ординатор кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии лечебного
факультета
Михайлова А.В.**

Красноярск, 2021

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

**Кафедра перинатологии, акушерства и
гинекологии лечебного факультета.**

Реферат на тему: «Рак тела матки»

Выполнила:

**ординатор кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии лечебного
факультета**

Михайлова А.В.

Красноярск, 2021

Оглавление

Классификация, принципы диагностики.....	3
Лечение.....	7
Лечение рака тела матки I стадии.....	7
Лечение рака тела матки II стадии.....	8
Лечение рака тела матки III-IV стадии.....	10
Лечение прогрессирования заболевания.....	11
Лекарственное лечение.....	11
Лучевая терапия.....	12
Особенности тактики лечения при папиллярной серозной карциноме и светлоклеточной карциноме.....	13
Сохранение фертильности при раке эндометрия.....	13
Наблюдение.....	13
Используемая литература.....	14

Классификация, принципы диагностики

Тело матки является наиболее частой локализацией злокачественных опухолей половых органов у женщин в развитых странах (в развивающихся странах занимает второе место после рака шейки матки).

Патогенетические варианты

Выделяют два патогенетических типа РТМ.

I тип (более частый). Заболевание развивается обычно в более молодом возрасте на фоне длительной гиперэстрогении и гиперплазии эндометрия. У больных РТМ I патогенетического типа часто наблюдаются ожирение, сахарный диабет или гипертоническая болезнь, возможны эстрогенсекретирующие опухоли яичников или синдром склерокистозных яичников. Опухоли I патогенетического варианта, как правило, высокодифференцированные, имеют более благоприятный прогноз. Характерна высокая эффективность прогестагенов.

II тип. Опухоли эндометрия обычно низкодифференцированные, имеют менее благоприятный прогноз. Прогестагены малоэффективны. Опухоли II патогенетического типа возникают в более позднем возрасте, в отсутствие гиперэстрогении, на фоне атрофии эндометрия. Примерно у 80% больных РТМ диагностируют эндометриоидную аденокарциному. Примерно в 5% случаев РТМ ассоциирован с наследственными синдромами, в частности с синдромом Линча.

Международная гистологическая классификация рака эндометрия (2003)

Эндометриоидная аденокарцинома вариант с плоскоклеточной дифференцировкой

виллогландулярный вариант секреторный в

ариант реснитчато-клеточный вариант

Серозная аденокарцинома

Светлоклеточная карцинома

Смешанная аденокарцинома

Муцинозная аденокарцинома

Плоскоклеточная карцинома

Переходноклеточная карцинома

Мелкоклеточная карцинома

Недифференцированная карцинома

Выделяю три степени дифференцировки аденокарциномы эндометрия:

G1 – высокодифференцированная

G2 – умеренно дифференцированная

G3 - низкодифференцированная

Стадирование рака эндометрия (TNM, FIGO) Для стадирования рака эндометрия применяют две классификации: FIGO и TNM. В 2009 году была принята новая классификация FIGO для рака

эндометрия (табл. 1), однако практически рекомендации по диагностике и лечению рака эндометрия основываются на ранее проведенных исследованиях и классификации FIGO 1988 г., которая до настоящего времени используется на территории РФ.

TNM	FIGO	Описание
TX		Невозможно оценить состояние первичной опухоли
T0		Первичная опухоль отсутствует
Tis		Рак in situ
T1a	IA	Опухоль в пределах эндометрия или опухоль с инвазией менее половины толщины миометрия
T1b	IB	Опухоль с инвазией более половины толщины миометрия
T2	II	Опухоль распространяется на строму шейки матки, но не выходит за пределы матки
T3a	IIIA	Проращение серозной оболочки матки, поражение маточных труб или яичников (непосредственный переход опухоли или метастазы)
T3b	IIIB	Поражение влагалища или параметриев (непосредственный переход опухоли или метастазы)
T4	IVA	Проращение слизистой оболочки мочевого пузыря или прямой кишки
NX		Оценить состояние регионарных лимфатических узлов невозможно
N0		Метастазов в регионарных лимфатических узлах (тазовых или поясничных) нет
N1	IIIC	Метастазы в регионарных лимфатических узлах (тазовых или поясничных)
	IIIC1	Метастазы в тазовых лимфатических узлах
	IIIC2	Метастазы в поясничных лимфатических узлах
M0		Отдаленных метастазов нет
M1	IVB	Отдаленные метастазы (в том числе метастазы в паховых лимфатических узлах и лимфатических узлах в пределах брюшной полости, кроме тазовых или поясничных лимфатических узлов; за исключением метастазов во влагалище, в придатках матки и по тазовой брюшине)

Табл. 2. Классификации рака эндометрия — TNM и FIGO (1988)

TNM категории	FIGO стадии	Характеристика
T _x		Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
T ₀		Первичная опухоль не определяется
T _{is}	0	Преинвазивная карцинома (<i>carcinoma in situ</i>)
T ₁	I	Опухоль ограничена телом матки
T _{1a}	IA	Опухоль ограничена эндометрием
T _{1b}	IB	Опухоль распространяется не менее чем на половину миометрия
T _{1c}	IC	Опухоль распространяется более чем на половину миометрия
T ₂	II	Опухоль распространяется на шейку, но не за пределы матки
T _{2a}	IIA	Вовлечены только эндоцервикальные железы
T _{2b}	IIB	Инвазия стромы шейки
T ₃ и/или N ₁	III	Местное и/или регионарное распространение как в T _{3a} , T _{3b} , N ₁ и FIGO IIIA, B, C и ниже
T _{3a}	IIIA	Опухоль вовлекает серозную оболочку и/или яичник (прямое распространение или метастазы) и/или раковые клетки в асцитической жидкости или промывных водах
T _{3b}	IIIB	Опухоль распространяется на влагалище (прямое или метастазы)
N ₁	IIIC	Метастазы в тазовые и/или парааортальные лимфатические узлы
T ₄	IVA	Опухоль распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря и/или толстой кишки
M ₁	IVB	Отдалённые метастазы (исключая метастазы во влагалище, серозную оболочку таза и яичник, включая метастазы во внутриабдоминальные лимфатические узлы, кроме парааортальных и/или паховых)

Клинические проявления

Основным симптомом рака эндометрия являются ациклические маточные кровотечения в репродуктивном периоде или кровотечения в постменопаузе. Интенсивность кровотечений не коррелирует с риском рака эндометрия. Иногда рак эндометрия выявляется у асимптомных женщин при цитологическом скрининге рака шейки матки.

Диагностика

Диагноз рака эндометрия устанавливается на основании гистологического исследования ткани эндометрия, полученной при раздельном диагностическом выскабливании полости матки и цервикального канала, при биопсии эндометрия или после гистерэктомии с обязательным указанием гистологического типа и степени дифференцировки опухоли.

Минимальный объем обследования:

- физикальное, в том числе гинекологическое, исследование;
- аспирационная биопсия эндометрия или раздельное диагностическое выскабливание матки;
- УЗИ брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства;
- общий анализ и биохимическое исследование крови, общий анализ мочи, коагулограмма;
- рентгенография органов грудной клетки;
- определение уровня СА-125 в сыворотке.
- ЭКГ стандартная
- Консультация гинеколога, лучевого терапевта и химиотерапевта
- При необходимости выполняют: гистероскопию; кольпоскопию; цистоскопию; ректороманоскопию; экскреторную урографию; сцинтиграфию костей.

Консультация специалистов (терапевта, уролога, эндокринолога и др. по показаниям)

Оптимальный объем обследования

- МРТ малого таза (МРТ информативнее КТ при оценке глубины инвазии и перехода опухоли на шейку матки; точность определения глубины инвазии с помощью МРТ составляет 71—97%);
- КТ малого таза и забрюшинного пространства (при выявлении метастазов в лимфатических узлах информативность КТ и МРТ одинакова).
- Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ).

Прогностические факторы

Основным фактором, определяющим прогноз РТМ, является стадия заболевания. Прогрессирование возникает примерно у 25% больных РТМ ранних стадий, а выживаемость больных РТМ почти не отличается от выживаемости больных раком яичников аналогичных стадий. К другим неблагоприятным прогностическим факторам при РТМ относятся:

Возраст

> 60 лет; неблагоприятный гистологический тип и низкая степень дифференцировки опухоли, глубокая инвазия миометрия,

≥ 50%^[2] распространение опухоли на перешеек или шейку матки,^[2]
опухолевые эмболы в кровеносных и лимфатических сосудах,^[2]
метастазы в яичниках и лимфатических узлах,^[2]
диссеминация по брюшине,^[2]
большие размеры опухоли,^[2]
низкое содержание рецепторов прогестерона и эстрогенов в опухоли,
наличие опухолевых клеток в смывах из брюшной полости,^[2]
анеуплоидия опухоли,^[2]
экспрессия отдельных онкогенов и некоторые другие.

Лечение

Наиболее эффективным методом лечения РТМ независимо от стадии следует считать хирургический как самостоятельно, так и в комбинации с другими методами. Хирургическое вмешательство может выполняться лапаротомным, лапароскопическим или лапароскопически-ассистированным влагалищным доступом при условии того, что доступ обеспечивает решение задач, стоящих перед хирургическим вмешательством удаленной больной, в том числе при необходимости выполнения тазовой и поясничной лимфаденэктомии. При абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению проводят лучевую терапию (ЛТ) по радикальной программе.

Лечение РТМ I стадии

Лечение начинают с хирургического вмешательства. Предоперационную ЛТ не проводят. Выполняют экстрафасциальную экстирпацию матки с придатками (предварительно получают смывы из брюшной полости) и биопсию всех выявленных при ревизии живота, малого таза и забрюшинного пространства объемных образований (I, A). При серозном, светлоклеточном РТМ и карциносаркоме, а также при обнаружении во время операции метастазов в яичниках, когда высок риск имплантационного метастазирования, показано удаление большого сальника. При выявлении макроскопически увеличенных регионарных лимфатических узлов показана тазовая и поясничная лимфаденэктомия, поскольку удаление макрометастазов в лимфатических узлах повышает выживаемость больных РТМ (II, B). Однако метастатически измененные лимфатические узлы оказываются увеличенными на момент операции менее чем у 10—40% больных РТМ. Несмотря на то, что определение стадии РТМ требует морфологической оценки состояния лимфатических узлов обеих регионарных зон, до сих пор в мире существуют три подхода к выполнению лимфаденэктомии при РТМ I стадии:

- отказ от лимфаденэктомии;
- выполнение тазовой лимфаденэктомии по показаниям, а поясничной — только при обнаружении метастазов в тазовых лимфатических узлах, метастазов в яичниках, распространении опухоли за пределы тела матки, а также при светлоклеточном, серозном, плоскоклеточном, недифференцированном РТМ и карциносаркоме; показаниями к тазовой лимфаденэктомии в этом случае могут служить:
 - низкодифференцированный РТМ;
 - инвазия миометрия более чем на половину его толщины;

- размеры опухоли более 2 см;

- выполнение тазовой и поясничной лимфаденэктомии практически всем больным РТМ I стадии (исключение могут составлять больные высоко- или умеренно дифференцированным РТМ IA стадии без инвазии миометрия).

Следует подчеркнуть, что тактика хирургического лечения РТМ I стадии определяет тактику последующей адъювантной ЛТ. Показания к адъювантной дистанционной ЛТ определяются в первую очередь факторами риска лимфогенного метастазирования РТМ, которые полностью нивелируются при выполнении адекватной лимфаденэктомии. Несмотря на то, что ни одно из опубликованных на сегодняшний день рандомизированных исследований тазовой лимфаденэктомии при РТМ не продемонстрировало повышение выживаемости при ее выполнении, регионарная лимфаденэктомия при РТМ решает следующие задачи: уточнение стадии, повышение выживаемости больных с метастазами в лимфатических узлах, определение тактики дальнейшего лечения.

Единого мнения о тактике послеоперационного лечения больных РТМ, у которых выявлены только опухолевые клетки в смывах из брюшной полости нет. При абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению показана лучевая терапия (ЛТ) по радикальной программе (I, A).

Показания к адъювантному лечению эндометриоидного РТМ I стадии представлены в табл. 3 и 4.

Лечение РТМ II стадии

Примерно у 30% больных РТМ II стадии имеются метастазы в тазовых лимфатических узлах. Риск поражения поясничных лимфатических узлов, яичников и диссеминации по брюшине при II клинической стадии РТМ выше, чем при I. Метод выбора — хирургическое вмешательство на I этапе в объеме экстирпации матки с придатками тазовой и поясничной лимфаденэктомией с последующим адъювантным лечением. Вопрос о необходимости удаления параметриев (выполнения расширенной экстирпации матки II или III типа) при РТМ II стадии остается открытым и должен решаться индивидуально в зависимости от интраоперационных находок.

Показания к адъювантному лечению эндометриоидного РТМ II стадии представлены в табл. 3 и 4.

Адъювантное лечение РТМ I—II стадий. Адъювантная гормонотерапия при РТМ ранних стадий неэффективна (IA). По данным 26-го Ежегодного отчета о результатах лечения злокачественных опухолей женских половых органов FIGO, адъювантная ЛТ не улучшает выживаемость больных высоко- и умеренно дифференцированным эндометриоидным РТМ IA и IB морфологических стадий. При серозном и светлоклеточном РТМ показана адъювантная ХТ комбинацией (см. ниже), которую при необходимости дополняют ЛТ, чаще внутрисполостной (IIB).

Минимальный объем

Минимальный объем адъювантного лечения больных РТМ I—II стадий представлен в табл. 3. Он не подразумевает выполнение регионарной лимфаденэктомии.

Таблица 3. Тактика лечения больных эндометриоидного РТМ I—II стадий, которым была выполнена экстирпация матки с придатками без лимфаденэктомии

Стадия (FIGO, 2009 г.)	Степень дифференцировки					
	Высокая G1		Умеренная G2		Низкая G3	
IA без инвазии миометрия	Наблюдение		Наблюдение		ЛУ–: ВЛТ	ЛУ+: повторное хирургическое вмешательство
IA с инвазией миометрия	ЛУ–: наблюдение. При наличии факторов риска ВЛТ ^а или ДОМТ ^б	ЛУ+: повторное хирургическое вмешательство	ЛУ–: наблюдение. При наличии факторов риска ВЛТ ^а и/или ДОМТ ^б	ЛУ+: повторное хирургическое вмешательство	ЛУ–: ДОМТ. При наличии факторов риска ДОМТ ± ВЛТ ^а	ЛУ+: повторное хирургическое вмешательство
IB	ЛУ–: ДОМТ. При наличии факторов риска ДОМТ ±	ЛУ+: повторное хирургическое вмешательство	ЛУ–: ДОМТ. При наличии факторов риска ДОМТ ±	ЛУ+: повторное хирургическое вмешательство	ЛУ–: ДОМТ. При наличии факторов	ЛУ+: повторное хирургическое вмешательство

	ВЛТ ^а		ВЛТ ^а		риска ДОМТ ± ВЛТ ^а ± ХТ	
II	ЛУ–: ДОМТ ± ВЛТ	ЛУ+: повторное хирургическое вмешательство	ЛУ–: ДОМТ ± ВЛТ	ЛУ+: повторное хирургическое вмешательство	ЛУ–: ДОМТ ± ВЛТ ^а ± ХТ	ЛУ+: повторное хирургическое вмешательство

ВЛТ — внутриполостная ЛТ, ДОМТ — дистанционное облучение малого таза; ЛУ+ — признаки поражения регионарных лимфатических узлов по данным методов визуализации. ЛУ– — признаков поражения регионарных лимфатических узлов по данным методов визуализации нет

IA, B, II- Серозно-папиллярный, светлоклеточный гистотип опухоли- ХТ и/или ДОМТ и/или ВЛТ

а Факторы риска, являющиеся показанием для проведения ВЛТ: переход на внутренний маточный зев, поражение желез канала шейки матки.

б Факторы риска, являющиеся показанием для проведения ДОМТ: опухолевые эмболы в лимфатических и кровеносных сосудах.

Оптимальный объем

Оптимальный объем адъювантного лечения больных эндометриоидного РТМ I—II стадий представлен в табл. 4. Он подразумевает полноценное определение морфологической /хирургической стадии, т. е. выполнение регионарной лимфаденэктомии.

Таблица 4. Тактика лечения больных РТМ I—II стадий при условии полноценного определения морфологической / хирургической стадии

Стадия (FIGO, 2009 г.)	Степень дифференцировки		
	Высокая G1	Умеренная G2	Низкая G3
IA без инвазии миометрия	Наблюдение	Наблюдение	Наблюдение. При наличии факторов риска ^б ВЛТ
IA с инвазией миометрия	Наблюдение. При наличии факторов риска ВЛТ	Наблюдение. При наличии факторов риска ВЛТ	Наблюдение. При наличии факторов риска ^б ВЛТ
IB	Наблюдение или ВЛТ	ВЛТ	ВЛТ или ДОМТ
Поражение цервикальных желез	ВЛТ	ВЛТ	ВЛТ
II, инвазия стромы шейки матки < 50%	ВЛТ	ВЛТ	ВЛТ
II, инвазия стромы шейки матки > 50%	ВЛТ и/или ДОМТ	ВЛТ и/или ДОМТ	ВЛТ и/или ДОМТ ± ХТ

ВЛТ — внутрисполостная ЛТ; ДОМТ — дистанционное облучение малого таза IА,В, II- Серозно-папиллярный, светлоклеточный гистотип опухоли- ХТ и/или ДОМТ и/или ВЛТ

а Основаны на рекомендациях Мемориального онкологического центра Слоуна и Кеттеринга.

б Факторы риска: возраст старше 60 лет и опухолевые эмболы в лимфатических и кровеносных сосудах

Лечение РТМ III—IV стадий План лечения определяется индивидуально.☐

Лечение, как правило, начинают с операции. Она позволяет уточнить распространение опухоли и выполнить циторедукцию. Эффективность циторедуктивных вмешательств с последующей химиотерапией (ХТ) при РТМ доказана в рандомизированных исследованиях (III,В). Операция на I этапе обязательна, если при обследовании выявляется объемное образование в области придатков матки.

Результаты комбинированного или комплексного лечения РТМ III стадии лучше, чем результаты сочетанной ЛТ.

Лечение РТМ IV стадии обычно комплексное и включает операцию, ЛТ и химиотерапию (ХТ). В очень редких случаях в отсутствие отдаленных метастазов возможно выполнение экзентерации малого таза.

При необходимости сочетания ХТ и ЛТ наиболее эффективной, по данным ретроспективных исследований, является схема, подразумевающая назначение нескольких курсов ХТ, затем проведение ЛТ и затем продолжение ХТ.

Лечение прогрессирования

Тактика лечения зависит от локализации и срока прогрессирования, облучения данной зоны в анамнезе, гистологического типа опухоли.

При рецидиве в культе влагалища или одиночной метастазе во влагалище безпредшествующей ЛТ, возможна сочетанная ЛТ или удаление опухоли с последующей сочетанной ЛТ. [2]

При рецидиве в культе влагалища после внутриволостной ЛТ возможно удаление опухоли с последующей дистанционной ЛТ. [2]

При рецидиве в культе влагалища после сочетанной ЛТ возможно удаление опухоли с последующей ХТ или гормонотерапией прогестагенами. Последняя целесообразна только при эндометриодном РТМ, экспрессирующем рецепторы стероидных гормонов. Следует помнить о низкой эффективности системного лекарственного лечения при прогрессировании в облученной зоне. [2] При регионарных метастазах возможна ЛТ или лимфаденэктомия с последующей ЛТ. Возможно дополнительное проведение системного лекарственного лечения. [2]

При солитарных поздних отдаленных метастазах РТМ целесообразно рассмотреть возможность хирургического лечения. При отдаленных метастазах высокодифференцированного РТМ, а также при небольших отдаленных метастазах эндометриодного РТМ, экспрессирующего рецепторы стероидных гормонов, в отсутствие клинических проявлений возможна ГТ (при последующем прогрессировании показана ХТ). При отдаленных метастазах умеренно- и низкодифференцированного РТМ, больших отдаленных метастазах, а также при наличии клинических проявлений целесообразна ХТ, при необходимости в сочетании с паллиативной ЛТ. При дальнейшем прогрессировании показана паллиативная помощь или включение в клинические испытания новых цитостатиков или таргетных препаратов.

Лекарственное лечение

Неoadъювантное / адъювантное лечение (3 курса)

Минимальный объем: Доксорубицин- 60 мг/м² в 1-й день и цисплатин- 75 мг/м² в 1-й день каждые 3 недели.

Оптимальный объем: Паклитаксел- 175 мг/м² в 1-й день и карбоплатин- AUC 5—7 в 1-й день каждые 3 недели.

Системное лечение 1-й линии (проводится до прогрессирования или возникновения непереносимой токсичности)

Минимальный объем: Доксорубицин- 60 мг/м² в 1-й день и цисплатин- 75 мг/м² в 1-й день каждые 3 недели.

Оптимальный объем:

- Паклитаксел- 175 мг/м² в 1-й день и карбоплатин- AUC 5—7 в 1-й день каждые 3 недели. [2]

Трехкомпонентная комбинация паклитаксела с цисплатином и доксорубицином не показала преимуществ перед комбинацией паклитаксела с карбоплатином (GOG209). [2]

- Ифосфамид-1,6 мг/м² с 1-3 дни + Паклитаксел- 135 мг/м² в 3-й день каждые 3 недели (возможно использование при карциносаркомах матки). [2]

- Гормонотерапия (при отдаленных метастазах высокодифференцированного РТМ, а также при небольших отдаленных метастазах в отсутствие клинических проявлений; целесообразна только при эндометриодном РТМ, экспрессирующем рецепторы стероидных гормонов):

- медроксипрогестерона ацетат, 200—400 мг/сут внутрь;
- мегестрола ацетат, 160 мг/сут внутрь;
- тамоксифен- 20 мг внутрь 2 раза в сутки

Системное лечение 2-й линии

Прогрессирование РТМ после ХТ 1-й линии в большинстве случаев свидетельствует о резистентности опухоли к ХТ.

Минимальный объем: -

- Ифосфамид- 1,2 г/м² с 1-го по 5-й дни каждые 4 недели.☒
- Топотекан- 1,25 мг/м² с 1-го по 5-й дни каждые 3 недели.☒-
- Оксалиплатин- 130 мг/м² каждые 3 недели.

Оптимальный объем:

- Пегилированный липосомальный доксорубин-50-40 мг/м² каждые 4 недели.☒
- Доцетаксел 75 мг/м² с интервалом 3 недели

Карциносаркомы матки в настоящее время относят к РТМ, подчеркивая тем самым эпителиальное происхождение этого злокачественного новообразования. Стадии определяют по классификации, разработанной для РТМ. Тактика лечения карциносаркомы матки не отличается от тактики лечения РТМ прогностически неблагоприятных гистологических типов. Имеются данные о том, что лимфаденэктомия при карциносаркоме матки не только позволяет уточнить стадию, но и повышает выживаемость больных.

Лучевая терапия (выполняется через 14-21 дней после операции)

Послеоперационная сочетанная лучевая терапия

Дистанционная лучевая терапия

Ложе удаленной опухоли

Конвенциональная лучевая терапия + регионарные зоны метастазирования СОД 40 Гр (КТ2-2,5D)

Конформная лучевая терапия СОД 40-50 Гр (ускоритель электронов с МЛК)

Внутриполостная лучевая терапия (на брахитерапевтических аппаратах): HDR (192 Ir, 60 Co)

Лучевая терапия на культю влагалища РОД 3-5-5,5 Гр. 2-3 раза в неделю, СОД =21-27,5Гр.

Сочетанная лучевая терапия в самостоятельном плане (выполняется при противопоказаниях к операции).

Дистанционная лучевая терапия

Первичная опухоль:

Конвенциональная лучевая терапия малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 2 Гр, СОД 30-40 Гр (КТ 2-2,5D)

Конформная лучевая терапия РОД 2 Гр, СОД 50 Гр (ускоритель электронов с МЛК)

Регионарные лимфатические узлы

Конвенциональная лучевая терапия параметральной области и зон регионарного метастазирования РОД 2 Гр, СОД 12-20 Гр (КТ 2-2,5D)

Внутриполостная лучевая терапия (на брахитерапевтических аппаратах): HDR (192 Jr,60 Co)

РОД 7-8 Гр в т.А 1 раз в неделю СОД 28-32Гр

Суммарные дозы от курса сочетанной лучевой терапии : в т. А-80-82 Гр, в т. В-60 Гр.

Особенности тактики лечения при папиллярной серозной карциноме и светлоклеточной карциноме

Папиллярная серозная карцинома и светлоклеточная карцинома требуют полного хирургического стадирования с выполнением тотальной гистерэктомии с двусторонним удалением придатков, тазовой и парааортальной лимфаденэктомией, оментэктомией, аппендэктомией и мультифокальной биопсией брюшины. Эти гистотипы рака эндометрия отличаются агрессивным течением, высокой частотой метастазирования и низкими показателями 5-летней выживаемости (I, A). Применение адъювантной химиотерапии на основе препаратов платины при I-II стадиях улучшает показатели безрецидивной и общей выживаемости (III, B). Химиотерапия на основе препаратов платины рекомендуется при III и IV стадии папиллярной серозной карциномы и светлоклеточной карциномы (I, A).

Сохранение фертильности при раке эндометрия

У пациенток репродуктивного возраста при раке эндометрия IA стадии G1 или G2 (в случае отсутствия признаков инвазии в миометрий по данным трансвагинального УЗИ и МРТ с контрастированием, высокой экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в ткани опухоли) возможно проведение самостоятельной гормонотерапии прогестинами с целью сохранения фертильности. Стандартных подходов к самостоятельной гормонотерапии рака эндометрия пока нет. Лечение проводится с использованием медроксипрогестерона ацетата, мегестрола ацетата (не менее 6 месяцев), изучаются другие варианты гормонотерапии. После реализации репродуктивной функции необходимо рассмотреть вопрос о профилактической гистерэктомии (V, D).

Наблюдение

Физикальное исследование, в том числе гинекологический осмотр, каждые 3 месяца в течение 3 лет, затем каждые 6 месяцев в течение еще 2 лет. Цитологическое исследование мазков из культивации влагалища каждые 3 месяца в течение 3 лет, затем каждые 6 месяцев в течение еще 2 лет. Рентгенография органов грудной клетки 1 раз в год. У больных серозным РТМ, РТМ поздних стадий, а также при исходно повышенном уровне СА-125 в сыворотке — определение уровня СА-125 перед каждым посещением врача.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации «Рак тела матки», Ассоциация онкологов России, Российское общество клинической онкологии.
2. Национальное руководство. Гинекология. Под редакцией В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухин. Издано в 2009 г.
3. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – Спб.: Фолиант, 2002 г. -542 с.
4. Практическая гинекология (Клинические лекции). / Под редакцией Кулакова В.И., Прилепская В.Н. – М.: Медпрессинформ, 2011 г.
5. Гинекология / под редакцией Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005 г. – 431 с.
6. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). М.:МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2018. 250 с.
7. Думановская М.Р., Чернуха Г.Е., Асатурова А.В., Коган Е.А. Частота выявления и структура гиперплазии эндометрия в различные возрастные периоды. Акушерство и гинекология. 2015; 3: 40–4.