

Ю.В. Григорьева, А.С. Гаврилов

ГБОУ ВПО «Амурская ГМА»
Минздрава России
г. Благовещенск**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И
КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ,
ПО ДАННЫМ АМУРСКОГО
ОБЛАСТНОГО ОНКОДИСПАНСЕРА**

В России за последние годы отмечено значительное увеличение заболеваемости раком эндометрия в основном за счет контингента больных с эндокринно-обменными нарушениями [1,3]. Распространенный рак эндометрия составляет от 7 до 25% случаев среди впервые выявленных больных, [8,10].

Несмотря на определенный прогресс и достижения в диагностике и лечении, 5-летняя выживаемость больных раком эндометрия после лечения, без деления по стадиям и методам лечения, по сборной статистике увеличилась в мире всего на 4–5% и достигла только 66 – 67%, [5,11,12]. Эти данные требуют от исследователей новых подходов к лечению, разработки новых направлений в лечении больных раком тела матки, [4,6,7].

РЕЗЮМЕ

С целью оценки эффективности хирургического и комбинированного лечения больных раком эндометрия проведен анализ историй болезни 90 больных раком тела матки, которым выполнено только хирургическое лечение, и 141 пациентки, подвергшейся комбинированному лечению в период с 2006 по 2008 г. Выбор метода и результаты лечения больных раком эндометрия в большей мере зависят от локализации опухоли, глубины инвазии и степени дифференцировки опухоли. У больных раком тела матки I стадии можно применять только хирургическое лечение.

Ключевые слова: рак эндометрия, аденокарцинома, 5-летняя выживаемость.

Целью исследования стала оценка эффективности хирургического и комбинированного лечения больных раком эндометрия.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ историй болезни 90 больных раком тела матки, которым выполнено только хирургическое лечение, и 141 пациентки, подвергшейся комбинированному лечению в период с 2006 по 2008 г.

В группе больных, которым проведено только хирургическое лечение, у 57 (83,8%) была выявлена I стадия, у 11 (16,2%) – II стадия заболевания. Аденокарцинома разной степени дифференцировки была диагностирована у 59 (87%) больных, железисто-плоскоклеточный рак, папиллярная аденокарцинома и светлоклеточная карцинома – у 9 (13%).

Распределение больных по возрасту было следующим: до 35 лет – 6%, 36–40 лет – 23%, 41–45 лет – 27%, 46–50 лет – 44%. Таким образом, большинство пациенток составило возрастную группу 46 – 50 лет. Сопутствующие заболевания у этой группы больных: гипертоническая болезнь – у 30%, сахарный диабет – у 5%, ожирение – у 44%, ишемическая болезнь сердца в сочетании с гипертонической болезнью и ожирением – у 23,5% больных. Таким образом, у каждой 4-й пациентки отмечалось сочетание заболеваний.

Наследственный анамнез был отягощен у 46 женщин, чаще всего раком желудочно-кишечного тракта – 54%. Семейный анамнез по раку тела матки выявлен у 9 женщин, что составило 19,5%.

Средний возраст наступления менархе составил $13,2 \pm 0,4$ лет.

**RESULTS OF SURGICAL AND COMBINED TREATMENT
OF ENDOMETRIAL CANCER PATIENTS ACCORDING TO
AMUR REGIONAL ONCOLOGY CENTER**

Y. V. Grigoriev, A.S. Gavrillov

ABSTRACT

In order to evaluate the effectiveness of surgical and combined treatment of endometrial cancer patients the analysis of case histories of 90 patients with endometrial cancer who underwent surgery only and of 141 patients undergoing combined treatment during the period from 2006 to 2008 was carried out. The choice of the method and the results of treatment of patients with endometrial cancer are more dependent on the tumor localization, depth of invasion and the degree of tumor differentiation. In patients with endometrial cancer of stage I only surgical treatment can be applied.

Key words: endometrial cancer, adenocarcinoma, 5-year survival.

Гинекологические заболевания в анамнезе отмечали у 87,7% женщин. Преобладали миома матки – 56,3%, фоновая патология шейки матки – 32,8%. Нарушение менструальной функции с подросткового возраста отмечали 28,3% женщин: по типу гиперполименореи – 31,3%, дисменореи – 14,1% и олигоаменореи – 12,5%.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценивая репродуктивный анамнез женщин, болеющих раком эндометрия, первичное бесплодие было диагностировано в 33% случаев и чаще встречалось у женщин с такой гинекологической патологией как эндометриоз. У 39% женщин паритет родов составил 2 и более.

Клиника рака эндометрия на ранних стадиях протекала бессимптомно. Основные клинические симптомы рака эндометрия: кровянистые выделения из половых путей – 69%, боли в низу живота – 22%, водянистые бели – 5%.

В 33% случаев диагноз «рак эндометрия» был выставлен в течение первого года после появления жалоб и обращения к врачу. У 55% пациенток диагноз выставлен только через 1–3 года. Женщинам, которым диагноз «рак эндометрия» выставлен через три года после обращения в женскую консультацию, к сожалению, при наличии клинических признаков рака эндометрия лечили совершенно иную гинекологическую патологию.

При изучении локализации опухоли в теле матки, как у женщин до 50 лет, так и менопаузального возраста, в большом проценте случаев – 55 и 35% соответственно – эндометрий поражен на всем протяжении. И глубина инвазии опухоли более половины толщины миометрия диагностирована в каждом третьем случае независимо от возраста женщины.

Из 255 больных с установленным диагнозом «рак эндометрия» выполнено только хирургическое лечение 90 больным и 141 пациентке проведено комбинированное лечение в период с 2006 по 2008 г. Из общего числа больных 3-летняя выживаемость составила 89,2%, 5-летняя – 72,6%. При IA стадии 5-летние результаты составили 89,8%, средняя продолжительность жизни – 52±1,4 месяца после хирургического лечения. При комбинированном методе лечения 5-летняя выживаемость составила 83,1%, средняя продолжительность жизни 49±1,5 месяца. При инвазии опухоли в миометрий более 1/2 (IB стадии) и только хирургическом лечении 5-летняя выживаемость составила 64,5%, а при комбинированном – 71,3%.

При II стадии более 5 лет после операции прожили только 62,3% женщин, после комбинированного лечения – 60,1%.

5-летние результаты хирургического лечения при локализации опухоли в верхних 2/3 тела матки равнялась 90,4%, средняя продолжительность жизни – 57±1,1 месяца, то есть, выживаемость была такой же, как и при раке тела матки I стадии. При распространении опухоли на нижнюю треть тела матки и цервикальный канал результаты были значительно хуже. При этой локализации опухоли оперированы только 7 больных, 5-летняя выживаемость составила 66,6–83,2%, средняя продолжительность жизни – 46,0±9,8 месяца.

Анализ результатов хирургического лечения в зависимости от глубины инвазии опухолью миометрия позволил установить, что отдаленные результаты лечения больных с поверхностным прорастанием опухоли в миометрий составляют 89,1%. Средняя продолжительность жизни составила 57±1,1 месяца. 5-летние результаты лечения больных с глубоким прорастанием были значительно хуже (66,7%). У больных аденокарциномой эндометрия 3-летняя динамическая выживаемость составила 92,1%, 5-летняя – 88,5%, средняя продолжительность жизни равнялась соответственно 35±0,43 и 57,1±1,1 месяца, что соответствует данным во всей группе больных в целом.

Комбинированному лечению подверглась 141 больная раком эндометрия с использованием хирургического и лучевого компонентов в разных сочетаниях. 122 больным раком тела матки на первом этапе лечения выполнялась операция, а на втором – дистанционная гамма-терапия, которая начиналась обычно через 2 недели после операции и проводилась на терапевтических гамма-аппаратах.

У 34 пациенток после операции была идентифицирована I стадия (T1NoMoG –1), у 97 больных – II стадия (T2NoMoG1 – 2), у 9 больных III стадия заболевания (T3NoMoG1-3), то есть, основная масса пациенток этой группы (70%) имела II стадию заболевания, а 24,6% больных – I стадию. Если сравнить соотношение больных по стадиям в этой группе больных и в группе больных, у которых предпринято только хирургическое лечение, то можно прийти к выводу, что соотношения эти обратные: в данной группе I стадия установлена у 24,6%, а II – в 70%; в группе же только хирургического лечения наоборот: I стадия – у 73,9% больных, II стадия – только у 23,8%. Это соотношение логично, однако, оно должно быть учтено при сравнении отдаленных результатов хирургического и комбинированного лечения.

3-летний срок пережили 86,8% больных этой группы, а 8% живы более 5 лет. При срав-

нении этих результатов с результатами чисто хирургического лечения статистических различий не получено: более 5 лет при чисто хирургическом лечении прожили 87,7% больных и 8% – при комбинированном лечении, однако необходимо учитывать, что в группе хирургического лечения, как отмечалось выше, больные II стадии составили только 23,8%, а в группе комбинированного лечения II стадия была у 70% (в 3 раза чаще). Отдаленные результаты комбинированного лечения (операция + дистанционная гамма-терапия) при локализации опухоли в верхних 2/3 матки и при поражении всего тела матки (тотальное поражение) различия в выживаемости не выявлено. Более 5 лет пережили после лечения соответственно 87,3% и 87,9%, средняя продолжительность жизни – 55 месяцев.

Совершенно отличаются результаты лечения при распространении опухоли тела матки на цервикальный канал. 3-летний срок пережили 74,5% больных этой группы и только 60,9% прожили более 5 лет. Средняя продолжительность жизни составила 48 месяцев. Это свидетельствует о том, что при распространении опухоли тела матки на цервикальный канал и операция, и комбинированное лечение (операция + дистанционная гамма-терапия) не обеспечивают удовлетворительных отдаленных результатов лечения.

Заключение

Таким образом, выбор метода и результаты лечения больных раком эндометрия в большей мере зависят от локализации опухоли, глубины инвазии и степени дифференцировки опухоли. У больных раком тела матки I стадии можно применить только хирургическое лечение.

Литература

1. Анисимов В.Н. Старение и канцерогенез: роль генетических и канцерогенных факторов // *Вопр. онкологии*. 2005. Т. 51. № 1. С. 4–5.
2. Баранов В.С. Экологическая генетика, репродуктивное здоровье и предиктивная медицина // *Журн. акушерства и жен. болезней*. 2005. № 1. С. 14–19.
3. Берштейн Л.М. Эпидемиология, патогенез и пути профилактики рака эндометрия: стабильность или эволюция? // *Практическая онкология*. 2004. № 1. С. 1–7.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб.: Фолиант, 2002. 540 с.
5. Бочкарева Н.В. Сочетание гиперплазии и рака эндометрия с миомой матки: роль половых гормонов, их рецепторов и ферментов метаболизма эстрогенов / Н.В. Бочкарева, Л.А. Коломиец, И.В. Кондакова // *Вопросы онкологии*. 2005. Т. 51, № 4. С. 427–433.
6. Васильева Е.В. Особенности митотического режима серозной аденокарциномы тела матки / Е.В. Васильева, В.Л. Белянин // *Вопросы онкологии*. 2005. Т. 51, № 2. С. 206–210.
7. Вишневская Е. Е. Особенности клинического течения рака

эндометрия у больных репродуктивного возраста с распространенными стадиями заболевания // *Российский онкологический журнал*. 2005. № 3. С. 19–22.

8. Давыдов М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2008 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель. М., 2010. 196 с.

9. Козаченко В. П. Гиперпластические процессы в эндометрии / В. П. Козаченко // *Справочник врача общей практики*. 2005. №10. С. 72–74.

10. Литвинова Т.М. Эпидемиологические аспекты рака эндометрия / Т.М. Литвинова, И.В. Залуцкий, И.С. Прудывус // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2005. № 3. С. 10–13.

11. Максимов С.Я. Минимальный рак эндометрия // *Практическая онкология*. 2004. Т. 5, № 1. С. 60–67.

12. Перспективы ранней диагностики рака эндометрия / О.Ю. Игнатченко, Л.А. Озолина, А.В. Финковская и др. // *Материалы VII Российского форума «Мать и дитя»*. М., 2005. С. 384.

Координаты для связи

Григорьева Юлия Владимировна, кандидат мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии БГОУ ВПО АГМА МР. E-mail:gr-ul@mail.ru.

Гаврилов Александр Сергеевич, кандидат мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии БГОУ ВПО АГМА МР. E-mail:gavrilovu@mail.ru.

Почтовый адрес БГОУ ВПО «Амурская ГМА» Минздрава России: 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95.