

Константин Павлович Лактионов¹, Гульноза Мухудиновна Абдуллаева²,
Ольга Александровна Анурова³

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТЕРАПИИ РЕДКИХ ФОРМ РАКА ТЕЛА МАТКИ

¹ Профессор, г. м. н., заведующий хирургическим отделением опухолей женской репродуктивной системы НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

² Аспирант, кафедра онкологии ММА им. И. М. Сеченова; хирургическое отделение опухолей женской репродуктивной системы НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

³ К. м. н., ведущий научный сотрудник, отдел патологической анатомии опухолей человека НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

Адрес для переписки: 115478, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, хирургическое отделение опухолей женской репродуктивной системы, Гульноза Мухудиновна Абдуллаева; e-mail: agulnoza2004@mail.ru

Статья посвящена лечению редких форм рака тела матки. Даны характеристика клинической картины, обзор современных подходов к лечению пациенток с неэндометриоидными гистологическими типами рака тела матки.

Ключевые слова: редкие формы рака тела матки, хирургическое лечение, комбинированное лечение, комплексная терапия.

Клиническая картина редких форм рака тела матки (РФРТМ) вариабельна, а тактика ведения пациенток недостаточно разработана. Это определяет трудности диагностики и выбора адекватной терапии.

Основным симптомом болезни, выявляемым у 93% больных, является кровотечение из половых путей. К другим неспецифическим проявлениям заболевания относятся увеличение живота в объеме за счет асцита или опухолевых масс; боль тупого характера в проекции малого таза вследствие распространения опухоли за пределы матки, сдавления опухолевыми инфильтратами нервных стволов малого таза или симпатического ствола метастатически пораженными парааортальными лимфатическими узлами; наличие опухоли во влагалище; задержка мочи; лейкорей; изменения в цитологических мазках с шейки матки.

Таким образом, вследствие широкого варьирования индивидуальных проявлений болезни оценка клинических симптомов имеет ограниченное значение в диагностике.

В 1971 г. FIGO приняла классификацию, согласно которой стадии рака тела матки (РТМ) определялись на основании клинических признаков. Позже было показано, что у 38% больных РТМ I клинической стадии во время операции обнаруживаются метастазы в лимфатических

узлах, яичниках, маточных трубах, распространение по париетальной и висцеральной брюшине или опухолевые клетки в смывах из брюшной полости. Пред- и послеоперационный гистологический диагнозы не совпадали в 27% случаев, степень дифференцировки — в 34%, стадия — в 51% [1; 2]. Анализ выживаемости позволил сделать вывод, что прогноз при РТМ определяется в основном морфологической, а не клинической стадией [3]. По данным F. D. Cirisano и соавт. (2000), увеличение стадии заболевания после определения ее при хирургическом вмешательстве у больных с I клинической стадией отмечено в 42, 31 и 17% случаев при серозном папиллярном раке (СПР), светлоклеточной карциноме (СКК) и низкодифференцированной эндометриоидной карциноме соответственно ($p < 0,05$). Увеличение стадии после определения ее при хирургическом вмешательстве у пациенток со II клинической стадией отмечено в 64% случаев СПР и в 45% случаев низкодифференцированной эндометриоидной карциномы ($p < 0,05$) [4].

Таким образом, определение стадии во время операции и гистологическое исследование полученного материала позволяют более точно установить стадию заболевания, что особенно важно в случае неэндометриоидных гистологических типов опухоли [1; 5; 6].

Первым этапом лечения РФРТМ является по возможности радикальная операция в объеме гистерэктомии с двусторонней овариэктомией, лимфаденэктомией, оментэктомией, цитологическим исследованием смы-

вов из брюшной полости и биопсией подозрительных участков брюшины, аналогичном объему вмешательства при раке яичников [4; 7—12]. Хирургическое вмешательство позволяет не только уменьшить объем опухолевой ткани, определить стадию заболевания, но и разработать дальнейшую тактику ведения пациентки. Пожилой возраст, тяжелая сопутствующая патология и распространенность опухолевого процесса являются основными факторами, ограничивающими объем хирургического вмешательства и определяющими необходимость и интенсивность адъювантной терапии [13].

Согласно современным представлениям о клиническом течении РФРТМ адъювантная терапия является обязательным компонентом лечения почти во всех случаях, при этом предпочтение отдается лучевой терапии (ЛТ), объем и интенсивность которой определяются с учетом стадии заболевания и прогноза переносимости терапии. Реже применяется химиотерапия либо их комбинация, хотя эффективность такого подхода мало изучена [14].

Несмотря на то что лучевая терапия приводит к увеличению выживаемости больных РФРТМ, она также ассоциирована с развитием побочных реакций, которые в ряде случаев могут быть очень выраженными. Все это обуславливает необходимость взвешивания риска и пользы при планировании ЛТ — определении дозы облучения и области ее аппликации.

Согласно стандартам Онкологического центра Тома Бекера всем больным с хирургически установленной стадией Ia ЛТ проводить не рекомендуется. При выявлении более распространенной стадии — Ib, Ic или II рекомендуется после хирургического этапа проводить дистанционное облучение всего живота и внутриволостное облучение таза [9].

В исследовании М. S. Carey и соавт. (1995) [15] показано, что у пациенток с неблагоприятным гистологическим типом в отсутствие ЛТ частота рецидивов опухоли составляет 15—30%. Проведение ЛТ значительно снижает риск развития местных рецидивов. Однако 25—30% больных остаются угрожаемыми по развитию рецидивов за пределами области облучения [15—22]. Еще большая частота развития рецидивов опухоли вне зоны облучения отмечается в работе С. L. Creutzberg и соавт. (2000), которые установили, что после адъювантной ЛТ рецидивы за пределами области облучения наблюдаются в 60% случаев [23].

Данные, идущие вразрез с описанными выше результатами, приводятся в исследовании К. Т. Murphy и соавт. (2003), которые изучали эффективность адъювантной ЛТ на область малого таза у 38 пациенток с СКК. Средний возраст больных составил 65 лет, а распределение по стадиям (I, II, III) было примерно равномерным. За период наблюдения у 16 пациенток развился рецидив заболевания (медиана времени до развития рецидива 18,4 мес), при этом только в 2 случаях рецидивы располагались в брюшной полости. Обнаруженная в данном исследовании низкая частота развития рецидивов в брюшной полости (5%) у пациенток, не получавших полной тазово-абдоминальной ЛТ, позволила авторам усомниться в целесообразности применения такого подхода в послеоперационном ведении больных СКК. Вместе с тем

сами исследователи склонны связывать полученные данные с обследованием однородной группы больных СКК без включения пациенток с другими вариантами РФРТМ [24]. В работах других авторов, в том числе основанных на анализе большего объема клинического материала, в которых также не применялась полная тазово-абдоминальная ЛТ, отмечена более высокая частота развития рецидивов в брюшной полости (см. таблицу).

Анализ случаев рецидивов после облучения позволил определить, что верхний этаж брюшной полости представляет собой излюбленную локализацию для их развития [28—31].

В исследовании К. D. Stewart и соавт. (2002) за 10-летний период наблюдения рецидивы были выявлены у 31% женщин. Самой частой локализацией метастазов были брюшная полость и малый таз (38%), легкие (22%), парааортальные лимфатические узлы (19%), влагалище (16%) [14].

Таким образом, обобщенные результаты адъювантной ЛТ у больных РФРТМ подтверждают мнение С. Торе и соавт. (2001) о том, что у радиотерапии имеется резерв для улучшения. Вследствие этого авторы рекомендуют подвергать облучению всю брюшную полость [32].

Уже в начальных работах по применению тотального облучения брюшной полости у больных РФРТМ были отмечены благоприятные результаты [33—36]. Вместе с тем в указанных работах не было получено достаточных доказательств безопасности ЛТ [9].

A. Frank и соавт. (1991) 9 больным СПР эндометрия Ic—IIa стадии после циторедуктивной операции провели адъювантное облучение всей брюшной полости и малого таза. Все пациентки получили мегавольтное тазово-абдоминальное облучение в дозе 25 Гр с продолжением лечения до 45 Гр на область малого таза. Средний период диспансерного наблюдения составил 25 мес, в течение которого 4 пациентки умерли. У 6 больных с 5-го по 20-й месяц наблюдения отмечался рецидив опухоли (медиана периода до рецидива 7,5 мес) [37].

P. Mallipeddi и соавт. (1993) проводили всем пациенткам с СПР II стадии адъювантную ЛТ. Больные получали

Таблица
Частота абдоминальных рецидивов у больных СКК [24]

Авторы	Число больных		
	общее	с рецидивом	
		абс.	%
V. M. Abeler et al. [25]	181	21	12
F. D. Cirisano et al. [4]	18	3	17
R. J. Kurman, R. E. Scully [26]	21	2	10
A. Malpica et al. [27]	17	2	12
Всего	237	28	11,8

в течение 42—80 дней тотальное облучение в разных дозах на область малого таза от 47 до 51 Гр (в среднем 50 Гр) и на верхний этаж брюшной полости 30 Гр. Через 102—103 мес у 5 (50%) пациенток не было признаков болезни, а 4 умерли, при этом во всех неблагоприятных исходах рецидив опухоли был отмечен в течение 1 мес от момента установления диагноза. Полученные данные позволили P. Mallipeddi и соавт. (1993) [10] в противоположность A. Frank и соавт. (1991) [37] сделать вывод, что облучение всей брюшной полости и малого таза должно входить в схему лечения СПР эндометрия.

В продолжительном исследовании K. Stewart и соавт. (2002), проанализировавших 10-летние исходы у 75 больных РТМ из группы высокого риска и у 44 с неблагоприятными гистологическими вариантами, получены данные, подтверждающие высокую эффективность полной тазово-абдоминальной ЛТ. Исследователи установили, что общая выживаемость больных с I—II стадиями аденокарциномы и РФРТМ достоверно не различалась и составила 68 и 73% соответственно ($p = 0,598$). В случае III стадии заболевания этот показатель равнялся 67% у пациенток с аденокарциномой и 40% у пациенток с РФРТМ ($p = 0,024$). В общей группе больных РФРТМ 5- и 10-летняя выживаемость достигала 74 и 63% соответственно, причем достигнутые уровни отдаленной выживаемости являются наилучшими из когда-либо опубликованных [14]. Вместе с тем, исходя из относительно небольшого числа обследованных больных РФРТМ, к полученным данным необходимо относиться с осторожностью, они нуждаются в подтверждении в дальнейших исследованиях.

Таким образом, ЛТ в послеоперационном периоде у больных РФРТМ, эффективна в отношении снижения частоты развития рецидивов. В то же время ряд исследователей обращают внимание на трудности ее применения у всех больных, особенно у пациенток пожилого возраста, вследствие повышенного риска развития побочных эффектов ЛТ у больных данной категории [38].

В работе K. Stewart и соавт. (2002) особое внимание уделено вопросам токсичности тазово-абдоминальной ЛТ. Авторы отметили, что проявления острой гематологической и желудочно-кишечной токсичности хотя и встречались часто (почти у 50% больных), были слабо выраженными. Только у 6% пациенток наблюдалась тяжелая степень гематологической или желудочно-кишечной токсичности, обусловившей необходимость перерыва в лечении [14]. Клинически значимая хроническая желудочно-кишечная токсичность была выявлена у 12% больных, еще у 2% была отмечена почечная токсичность III степени. Непроходимость тонкой кишки как осложнение полной тазово-абдоминальной ЛТ развилась у 9 из 112 (8%) пациенток, что потребовало разделения спаек или резекции кишки.

В крупном многоцентровом рандомизированном исследовании, проведенном американскими авторами, в котором сравнивалась эффективность двух схем терапии больных со средним риском — только хирургическое лечение и сочетание хирургического лечения с тазово-абдоминальной ЛТ [39]. Всего были обследованы 392 пациентки, из которых 190 были рандомизированы в группу комбинированной терапии. При этом получе-

ны статистически значимые различия между сравниваемыми группами по частоте выявления осложнений в виде нарушения функции системы кровотока (9,9 и 35,3%), желудочно-кишечного (6,9 и 67,4%) и мочеполового (7,9 и 30%) трактов, кожи (7,4 и 31,6%), причем у больных, подвергшихся ЛТ, они были чаще. Выраженная кишечная токсичность, связанная с ЛТ, стала причиной смерти 2 женщин. Кроме того, авторы отмечают, что, хотя в работе не были выявлены статистически значимые различия между группами по частоте развития кишечной непроходимости, тяжелая выраженность этого осложнения (III—IV степень) констатирована у 6 женщин, получавших ЛТ, и только у одной пациентки в группе сравнения.

Несмотря на относительно удовлетворительную переносимость больными полного тазово-абдоминального облучения, у некоторых пациенток эта терапия ассоциирована с развитием тяжелых побочных эффектов или в редких случаях с летальным исходом.

Таким образом, обобщая данные литературы по применению ЛТ в послеоперационном периоде у больных РФРТМ, следует отметить, что большинство исследователей сходятся во мнении о ее необходимости, при этом полное тазово-абдоминальное облучение может рассматриваться в качестве предпочтительного режима.

Место и значение химиотерапии (ХТ) в качестве адъювантного лечения РФРТМ до настоящего времени не определено, что связано с данными литературы о незначительной ее эффективности и, как следствие, — с ограниченным интересом практикующих специалистов к ее применению у больных с ранними стадиями заболевания. Обоснованием для применения ХТ у больных РФРТМ служит высокая частота дистантных рецидивов, подавление развития которых возможно при проведении системной терапии.

В большинстве специализированных центров Северной Америки в качестве стандартного адъювантного и паллиативного режимов ХТ обычно применяется схема САР (циклофосфамид, доксорубин, цисплатин) [40]. Использование этой схемы ассоциировано с высокой частотой побочных эффектов, таких, как миелосупрессия и рвота. Это обуславливает необходимость частых перерывов в терапии, в связи с чем некоторые авторы рекомендуют переходить на применение карбоплатина как менее токсичного препарата.

В литературе приводятся данные большого числа исследований, в которых применялись различные схемы ХТ. Особо следует подчеркнуть, что в большинстве работ ХТ проводили больным с поздними стадиями заболевания, а это не позволяет по достоинству оценить вклад ХТ в улучшение выживаемости больных.

Во многих исследованиях, посвященных изучению роли адъювантной ХТ у пациенток с СПР и высоким риском рецидива, показано увеличение продолжительности жизни без рецидивов в случае применения ХТ [40—42]. F. V. Price и соавт. (1993) применяли схему РАС у 19 радикально прооперированных пациенток без остаточной опухоли. Из них 8 женщин с I стадией прожили без симптомов болезни при диспансерном наблюдении 24 мес. Из оставшихся 11 соматически ослабленных пациенток 8 умерли от болезни через 14 мес [42].

C. Levenback и соавт. (1992) сообщили о 20 пациентках, которым проводилось лечение по схеме РАС (5 курсов), из них у 13 имелось прогрессирование или рецидив болезни, у 6 остаточная опухоль отсутствовала. Только у 2 из 11 женщин с поддающейся оценке болезнью удалось добиться полного ответа (в течение 12—31 мес). Медиана продолжительности жизни во всех группах составила 24 мес [40].

В исследовании Р. S. Craighead и соавт. (2000), основанном на анализе 103 случаев с агрессивными гистологическими типами, адъювантная ХТ была назначена 14 пациенткам, у 8 из которых была IV стадия болезни. Из оставшихся 6 пациенток со II и III стадиями заболевания у 4 (75%) развился рецидив, на основании чего авторы сделали вывод об отсутствии влияния ХТ на частоту местных и дистантных рецидивов. В то же время ХТ улучшила общую выживаемость больных [33].

Отсутствие эффективных монотерапевтических схем послеоперационного лечения больных РФРТМ делает актуальной необходимость поиска новых подходов, в том числе комбинированных и комплексных.

Р. Rosenberg и соавт. (1993) впервые применили комплексную терапию у 24 больных СПР I стадии. После радикальной гистерэктомии и определения стадии во время хирургического вмешательства пациентки подвергались ЛТ на малый таз и ХТ (цисплатин, 50 мг/м², эпирубицин, 50 мг/м², 4 курса с интервалом 28 дней). Ни одна из 10 пациенток, завершивших курс высокоинтенсивной терапии, не умерла в течение наблюдения (медиана 32 мес), тогда как в контрольной группе в течение наблюдения (медиана 38 мес) 16 из 30 (53%) женщин умерли от основного заболевания. В группе исторического контроля, в которой пациенткам проводилась комбинированная терапия, включающая радикальный хирургический этап и ЛТ на малый таз, без ХТ, 11 из 17 (64%) больных умерли от прогрессирования заболевания [43].

В небольшом исследовании Т. D. Bancher-Todesca и соавт. (1998) было установлено, что в течение периода наблюдения (медиана 39,4 мес) 7 из 10 (70%) пациенток с СПР, получавших ЛТ или ХТ после хирургического лечения, умерли. В группе сравнения, в которой больным было проведено комплексное лечение, 7 из 8 (87,5%) пациенток были живы на момент окончания периода наблюдения. Общая 5-летняя выживаемость пациенток составила 80% в группе комплексной терапии, 30% — в группе больных, получавших хирургическое лечение и ЛТ, и 0% — в группе больных, леченных только с применением ХТ ($p = 0,05$) [44].

В крупном исследовании Р. S. Craighead и соавт. (2000) приводятся данные ретроспективного анализа 92 клинических наблюдений I—IV стадии заболевания, из которых 31 случай приходился на СКК и 61 — на СПР.

Только хирургическое лечение было проведено у 49% больных, 39% получали послеоперационную ЛТ на малый таз, а 7% послеоперационную ХТ (схема РАС). Авторы выявили существенное снижение частоты локальных рецидивов в группе пациенток, получавших ЛТ (7%), по сравнению с больными, у которых данный вид терапии не использовался (19%). Применение ХТ хотя и было ассоциировано с улучшением общей выживаемости, не приводило к снижению частоты дистантных реци-

вов [9]. Обсуждая результаты собственного исследования, Р. S. Craighead и соавт. (2000), приходят к выводу о необходимости комбинации ХТ и ЛТ, особенно при II—III стадиях [45]. Основываясь на накопленном опыте, авторы рекомендуют при Ic и II стадиях заболевания в случае наличия данных, подтверждающих лимфоваскулярное распространение, а также при III стадии заболевания обсуждать возможность системного лечения и ЛТ.

В заключение следует отметить, что общая 5-летняя выживаемость пациенток РФРТМ по стадиям все еще остается очень низкой, а это указывает на необходимость совершенствования лечения данного заболевания и проведения крупных рандомизированных исследований, которые позволят определить тактику ведения пациенток с указанной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study / Creasman W. T., Morrow C. P., Bundy B. N., Homesley H. D., Graham J. E., Heller P. B. // *Cancer*. — 1987. — Vol. 60, N 8. — P. 2035—2041.
2. Comparison of clinical and surgical staging in patients with endometrial carcinoma / Cowles T. A., Magrina J. F., Masterson B. J., Capen C. V. // *Obstet. Gynecol.* — 1985. — Vol. 66, N 3. — P. 413—416.
3. The prognostic significance of surgical staging for carcinoma of the endometrium / Wolfson A. H., Sightler S. E., Markoe A. M., Schwade J. G., Averette H. E., Ganjei P., Hilsenbeck S. G. // *Gynecol. Oncol.* — 1992. — Vol. 45, N 2. — P. 142—146.
4. The outcome of stage I—II clinically and surgically staged papillary serous and clear cell endometrial cancers when compared with endometrioid carcinoma / Cirisano F. D., Robboy S. J., Dodge R. K., Bentley R. C., Krigman H. R., Synan I. S., Soper J. T., Clarke-Pearson D. L. // *Gynecol. Oncol.* — 2000. — Vol. 77. — P. 55—65.
5. Significance of comprehensive surgical staging in noninvasive papillary serous carcinoma of the endometrium / Chan J. K., Loizzi V., Youssef M., Osann K., Rutgers J., Vasilev S. A., Berman M. L. // *Gynecol. Oncol.* — 2003. — Vol. 90. — P. 181—185.
6. Uterine papillary serous carcinoma: comparisons of outcomes in surgical stage I patients with and without adjuvant therapy / Huh W. K., Powell M., Leath III C. A., Straughn J. M. Jr, Cohn D. E., Gold M. A., Falkner C. A., Carey D. E., Herzog T., Fowler J. M., Partridge E. E., Kilgore L. C., Alvarez R. D. // *Gynecol. Oncol.* — 2003. — Vol. 91. — P. 470—475.
7. Uterine papillary serous carcinoma: Patterns of metastatic spread / Goff B. A., Kato D., Schmidt R. A., Ek M., Ferry J. A., Muntz H. G., Cain J. M., Tamimi H. K., Figge D. C., Greer B. E. // *Gynecol. Oncol.* — 1994. — Vol. 554. — P. 264—268.
8. What staging surgery should be performed on patients with uterine papillary serous carcinoma / Geisler J. P., Geisler H. E., Melton M. E., Wiemann M. C. // *Gynecol. Oncol.* — 1998. — Vol. 69. — P. 69—73.
9. Management of aggressive histologic variants of endometrial carcinoma at the Tom Baker Cancer Centre between 1984 and 1994 / Craighead P. S., Sait K., Gavin C. S., Arthur K., Nation J., Duggan M., Guo D. // *Gynecol. Oncol.* — 2000. — Vol. 77. — P. 248—253.
10. Mallipeddi P., Kapp D. S., Teng N. N.: Long-term survival with adjuvant whole abdominopelvic irradiation for uterine papillary serous carcinoma // *Cancer*. — 1993. — Vol. 71. — P. 3076—3081.
11. Uterine papillary serous carcinoma: evaluation of long-term survival in surgically staged patients / Grice J., Ek M., Greer B., Koh W. J., Muntz H. G., Cain J., Tamimi H., Stelzer K., Figge D., Goff B. A. // *Gynecol. Oncol.* — 1998. — Vol. 69. — P. 69—73.
12. Hendrickson M., Longacre T. A., Kempson R. L. Uterine papillary serous carcinoma revisited. Editorial // *Gynecol. Oncol.* — 1994. — Vol. 54. — P. 261—263.
13. Ульрих Е. А., Нейштадт Э. Л. Редкие формы рака тела матки // *Практ. онкол.* — 2004. — Т. 5, № 1. — С. 68—76.
14. Ten-year outcome including patterns of failure and toxicity for adjuvant whole abdominopelvic irradiation in high-risk and poor histologic feature patients with endometrial carcinoma / Stewart K. D., Martinez A. A., Weiner S., Podratz K., Stromberg J. S., Schray M., Mitchell C.,

Sherman A., Chen P., Brabbins D. A. // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 2002. — Vol. 54, N 2. — P. 527—535.

15. Influence of grade, histologic subtype, and timing of radiotherapy on outcome among patients with stage II carcinoma of the endometrium / Lanciano R. M., Curran W. J., Greven K. M., Fanning J., Stafford P., Randall M. E., Hanks G. E. // *Gynecol. Oncol.* — 1991. — Vol. 40. — P. 368—373.

16. Patterns of failure in patients with stage I, grade 3 carcinoma of the endometrium / Greven K. M., Randall M., Fanning J., Bahktar M., Duray P., Peters A., Curran W. J. Jr. // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 1990. — Vol. 19, N 3. — P. 529—534.

17. Pathologic stage III endometrial carcinoma. Prognostic factors and patterns of recurrence / Greven K. M., Lanciano R. M., Corn B., Case D., Randall M. E. // *Cancer.* — 1993. — Vol. 71, N 11. — P. 3697—3702.

18. Postoperative radiation therapy in clinical stage I endometrial cancer: corpus, cervical, and lower uterine segment involvement—patterns of failure / Mayr N. A., Wen B. C., Benda J. A., Sorosky J. I., Davis C. S., Fuller R. W., Hussey D. H. // *Radiology.* — 1995. — Vol. 196, N 2. — P. 323—328.

19. Preoperative or postoperative brachytherapy for patients with endometrial carcinoma stage I and II / Calais G., Vitu L., Descamps P., Body G., Reynaud-Bougnoux A., Lansac J., Bougnoux P., Le Floch O. // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 1990. — Vol. 19, N 3. — P. 523—527.

20. Stage II carcinoma of the endometrium: results of therapy and prognostic factors / Grigsby P. W., Perez C. A., Camel H. M., Kao M. S., Galakatos A. E. // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 1985. — Vol. 11, N 11. — P. 1915—1923.

21. Results of therapy, analysis of failures, and prognostic factors for clinical and pathologic stage III adenocarcinoma of the endometrium / Grigsby P. W., Perez C. A., Kuske R. R., Kao M. S., Galakatos A. E. // *Gynecol. Oncol.* — 1987. — Vol. 27, N 1. — P. 44—57.

22. Mackillop W. J., Pringle J. F. Stage III endometrial carcinoma. A review of 90 cases // *Cancer.* — 1985. — Vol. 56, N 10. — P. 2519—2523.

23. Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients with stage-I endometrial carcinoma: multicentre randomised trial. PORTEC Study Group. Post Operative Radiation Therapy in Endometrial Carcinoma / Creutzberg C. L., van Putten W. L., Koper P. C., Lybeert M. L., Jobsen J. J., De Winter K. A., Lutgens L. C., van den Bergh A. C., van de Steen-Banasik E., Beerman H., van Lent M. // *Lancet.* — 2000. — Vol. 355, N 9213. — P. 1404—1411.

24. Outcome and patterns of failure in pathologic stages I—IV clear-cell carcinoma of the endometrium: implications for adjuvant radiation therapy / Murphy K. T., Rotmensch J., Yamada S. D., Mundt A. J. // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 2003. — Vol. 55, N 5. — P. 1272—1276.

25. Clear-cell carcinoma of the endometrium. Prognostic and metastatic pattern / Abeler V. M., Vergote I. B., Kjaerstad K. E., Trope C. G. // *Cancer.* — 1996. — Vol. 78. — P. 1740—1747.

26. Kurman R. J., Scully R. E. Clear cell carcinoma of the endometrium: an analysis of 21 cases // *Cancer.* — 1976. — Vol. 37, N 2. — P. 872—882.

27. Low-stage clear-cell carcinoma of the endometrium / Malpica A., Tornos C., Burke T. W., Silva E. G. // *Am. J. Surg. Pathol.* — 1995. — Vol. 19, N 7. — P. 769—774.

28. Stage I, grade III adenocarcinoma of the endometrium treated with surgery and irradiation. Sites of failure and correlation of failure rate with irradiation technique / Bedwinek J., Galakatos A., Camel M., Kao M. S., Stokes S., Perez C. // *Cancer.* — 1984. — Vol. 54, N 1. — P. 40—47.

29. Adenocarcinoma of the endometrium. Analysis of 256 cases with disease limited to the uterine corpus: treatment comparisons / Eifel P. J., Ross J., Hendrickson M., Cox R. S., Kempson R., Martinez A. // *Cancer.* — 1983. — Vol. 52, N 6. — P. 1026—1031.

30. Stage III carcinoma of the endometrium: a review of 41 cases / Genest P., Drouin P., Girard A., Gerig L. // *Gynecol. Oncol.* — 1987. — Vol. 26, N 1. — P. 77—86.

31. Uterine papillary carcinoma: a highly malignant form of endometrial adenocarcinoma / Hendrickson M., Ross J., Eifel P., Martinez A., Kempson R. // *Amer. J. Surg. Pathol.* — 1982. — Vol. 6, N 2. — P. 93—108.

32. Trope C., Kristensen G. B., Abeler V. M.: Clear-cell and papillary serous cancer: treatment options // *Baillieres. Best Practice & Research Clinical Obstet. Gynec.* — 2001. — Vol. 15, N 3. — P. 433—446.

33. Results of whole abdominopelvic irradiation with nodal boost for patients with endometrial cancer at high risk of failure in the peritoneal cavity. A prospective clinical trial at the Mayo Clinic / Martinez A., Podratz K., Schray M., Malkasian G. // *Hematol. Oncol. Clin. North. Am.* — 1988. — Vol. 2, N 3. — P. 431—446.

34. Prospective whole abdomino-pelvic irradiation for patients with high risk endometrial cancer / Martinez A., Schray M., Podratz K., Stanhope R., Malkasian G. // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 1989. — Vol. 17. — P. 371—377.

35. Adjuvant whole abdominopelvic irradiation for high risk endometrial carcinoma / Gibbons S., Martinez A., Schray M., Podratz K., Stanhope R., Garton G., Weiner S., Brabbins D., Malkasian G. // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 1991. — Vol. 21, N 4. — P. 1019—1025.

36. Miller K. T., Martinez A. A., Petersen I. Long term outcome of adjuvant whole abdominopelvic radiation therapy for patients with high risk and papillary serous endometrial carcinoma [Abstract] Presented at the 37th Annual Meeting of the American Society for Therapeutic Radiology and Oncology // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 1995. — Vol. 32. — P. 1—316.

37. Adjuvant whole-abdominal radiation therapy in uterine papillary serous carcinoma / Frank A. H., Tseng P. C., Haffty B. G., Papadopoulos D. P., Kacinski B. M., Dowling S. W., Carcangiu M. L., Kohorn E. I., Chambers J. T., Chambers S. K. // *Cancer.* — 1991. — Vol. 68, N 7. — P. 1516—1519.

38. Pelvic radiation therapy for gynecologic malignancy in geriatric patients / Grant P. T., Jeffrey J. F., Fraser R. C., Tompkins M. G., Filbee J. F., Wong O. S. // *Gynecol. Oncol.* — 1989. — Vol. 33, N 2. — P. 185—188.

39. A phase III trial of surgery with or without adjunctive external pelvic radiation therapy in intermediate risk endometrial adenocarcinoma: a gynecologic oncology group study / Keys H. M., Roberts J. A., Brunetto V. L., Zaino R. J., Spirtos N. M., Bloss J. D., Pearlman A., Maiman M. A., Bell J. G. // *Gynecol. Oncol.* — 2004. — Vol. 92. — P. 744—751.

40. Uterine papillary serous carcinoma treated with cisplatin, doxorubicin, and cyclophosphamide (PAC) / Levenback C., Burke T. W., Silva E., Morris M., Gershenson D. M., Kavanagh J. J., Wharton J. T. // *Gynecol. Oncol.* — 1992. — Vol. 46. — P. 317—321.

41. Nicklin J. L., Copeland L. J. Endometrial papillary serous carcinoma: patterns of spread and treatment // *Clin. Obstet. Gynecol.* — 1996. — Vol. 39. — P. 686—695.

42. Intravenous cisplatin, doxorubicin, and cyclophosphamide in treatment of uterine papillary serous carcinoma / Price F. V., Chambers S. K., Carcangiu M. L., Kohorn E. I., Schwartz P. E., Chambers J. T. // *Gynecol. Oncol.* — 1993. — Vol. 51. — P. 383—389.

43. Rosenberg P., Boeryd B., Simonsen E. A new aggressive treatment approach to high-grade endometrial cancer of possible benefit to patients with stage I uterine papillary cancer // *Gynecol. Oncol.* — 1993. — Vol. 48. — P. 32—37.

44. Influence of postoperative treatment on survival in patients with uterine papillary serous carcinoma / Banicher-Todesca T. D., Neunteufel W., Williams K. E., Prainsack D., Breitenacker G., Friedlander M. L., Hacker N. F. // *Gynecol. Oncol.* — 1998. — Vol. 71. — P. 344—347.

45. Therapeutic approaches to uterine papillary serous carcinoma: a preliminary report / Christman E., Kapp D., Hendrickson M., Howes A. E., Ballon S. C. // *Gynecol. Oncol.* — 1987. — Vol. 26. — P. 228—235.

Поступила 22.05.2009

*Konstantin Pavlovich Laktionov¹, Gulnoza Mukhudinovna Abdullayeva²,
Olga Alexandrovna Anurova³*

CONTEMPORARY THERAPY CONCEPT IN RARE TYPES OF CANCER OF BODY OF WOMB

¹ MD, PhD, DSc, Professor, Head, Surgical Department of Tumors of Female Reproductive System,
Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS
(24, Kashirskoye sh., Moscow, Russian Federation, 115478)

² Postgraduate Student, Department of Oncology, I. M. Sechenov Moscow Medical Academy, Surgical
Department of Tumors of Female Reproductive System, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin
RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, Russian Federation, 115478)

³ MD, PhD, Leading Researcher, Human Tumor Pathology Department, Clinical Oncology Research Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, Russian Federation, 115478)

Address for correspondence: Abdullayeva Gulnoza Mukhudinovna, Surgical Department of Tumors of
Female Reproductive System, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24,
Kashirskoye sh., Moscow, Russian Federation, 115478; e-mail: agulnoza2004@mail.ru

The paper addresses the treatment of patients with rare types of cancer of the body of the womb. Characteristics of the disease clinical pattern are described and overview of contemporary treatment approaches in cancer of the body of the womb with non-endometrioid histology is provided.

Key words: rare types of cancer of the body of the womb, surgical treatment, combination treatment, multiple therapy.