

**НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ
РАКА ЭНДОМЕТРИЯ III СТАДИИ****Т.И. Моисеенко***ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росздрава», г. Ростов-на-Дону*

За последнее десятилетие отмечается неуклонный рост гормонозависимых опухолей, в том числе карциномы эндометрия. Увеличение заболеваемости отмечено во всех возрастных группах и превышает аналогичный показатель 30-летней давности в 2 раза. В то же время частота выявления установления рака эндометрия III стадии по-прежнему преобладает у пациенток менопаузального возраста.

В основу анализа положены клинические данные о 340 больных первичным метастатическим раком тела матки (РТМ) III стадии ($T_{1-3}N_{0-1}M_0$), находившихся на лечении в Ростовском НИИ онкологии за последние 20 лет. Средний возраст больных составил 65,4 года. Пик заболеваемости совпадал с возрастом устойчивой менопаузы у 86,8 % пациенток. Мы не нашли связи между частотой возникновения РТМ, образовательным уровнем и профессиональной принадлежностью пациенток. Социальный статус подавляющего числа заболевших опровергает мнение о РТМ как болезни экономически обеспеченного слоя женского населения. Национальных особенностей в возникновении РТМ обнаружить не удалось. Минимальная продолжительность репродуктивного периода у наших пациенток составила 29 лет, максимальная – 43 года. Наряду с активной фертильностью отмечено явное стремление к сведению рождаемости до возможного минимума. Бесплодие отмечено у 15 % пациенток. Менее 1 % больных РТМ с целью контрацепции использовали противозачаточные таблетки. Особенности гинекологического анамнеза подтверждают высокую частоту сопутствующих РТМ заболеваний – «маркеров» гиперэстрогении: почти половина пациенток имели миому матки, внутренний эндометриоз,

полипоз и гиперпластические процессы в эндометрии. Больные РТМ отличаются почти специфическим набором экстрагенитальной патологии, который встречается с постоянной периодичностью и создает для лечения сложный коморбидный фон. Из 340 пациенток только 52 (15,3 %) были свободны от тяжелого комплекса сердечно-сосудистых и эндокринно-обменных нарушений, характерных для РТМ. В то же время мы отметили нарастание частоты заболеваний печени и желчевыводящих путей, хронического колита, остеоартропатий различного генеза. Мы обнаружили, что при метастатической карциноме эндометрия у пожилых женщин грань между I и II патогенетическими вариантами стирается. При этом формируется своеобразный патогенетический тип, соединяющий в своем течении наиболее неблагоприятные проявления как гормонозависимого, так и автономного вариантов РТМ. У $3/4$ пациенток нашего исследования был отмечен наиболее яркий симптом РТМ – кровотечение из половых путей в менопаузе, и только 15 % из общего числа обратились с этой жалобой к гинекологу в сроки до 3 мес. Наиболее частыми причинами отсроченного обращения к врачу наши пациентки отмечали: страх перед фатальным заболеванием, надежды на самоизлечение, наличие серьезных сопутствующих заболеваний, старческий возраст, экономические проблемы и нежелание лечиться. Согласно классификации FIGO, наибольшее число больных имело IIIA стадию РТМ (77,0 %). Поражение регионарных лимфатических узлов (IIIC стадия) отмечено в 16,5 % случаев, что не подтверждает мнения о неуклонном возрастании частоты лимфогенного метастазирования при увеличении стадии РТМ.