

DOI: <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2025-15-3s2-1.2-06>

Цитирование: Нечушкина В.М., Коломиец Л.А., Кравец О.А. и соавт. Рак тела матки и саркомы матки. Клинические рекомендации RUSSCO, часть 1.2. Злокачественные опухоли 2025;15(3s2):170–194.

РАК ТЕЛА МАТКИ И САРКОМЫ МАТКИ

В данном разделе указаны критерии оценки клинической значимости применения дорогостоящей противоопухолевой лекарственной терапии в соответствии со шкалой, разработанной экспертной группой (см. стр. 7). В тексте они обозначены, как магнитуда клинической значимости (МКЗ).

Коллектив авторов: Нечушкина В.М., Коломиец Л.А., Кравец О.А., Морхов К.Ю., Новикова Е.Г., Новикова О.В., Покатаев И.А., Ульрих Е.А., Феденко А.А., Хохлова С.В.

Ключевые слова: рак тела матки, саркома матки

Рак тела матки (РТМ) — злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки тела матки (эндометрия). Выделяют два патогенетических типа РТМ.

- Опухоли I патогенетического типа встречаются чаще, развиваются в более молодом возрасте на фоне длительной гиперэстрогении и гиперплазии эндометрия. У больных РТМ I патогенетического типа часто наблюдаются ожирение, сахарный диабет и гипертоническая болезнь, возможны эстроген-секретирующие опухоли яичников или синдром склерокистозных яичников. Опухоли I патогенетического варианта имеют, как правило, низкую степень злокачественности и благоприятный прогноз.
- Опухоли II патогенетического типа обычно имеют высокую степень злокачественности и менее благоприятный прогноз, возникают в старшем возрасте, в отсутствие гиперэстрогении, на фоне атрофии эндометрия.

Примерно в 5 % случаев РТМ ассоциирован с наследственными синдромами, в частности с синдромом Линча.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАДИИ

Стадии РТМ и саркомы матки определяют по данным интраоперационной ревизии и результатам послеоперационного гистологического исследования с помощью классификации TNM (UICC, 8-й пересмотр, 2016 г.) или FIGO (2009 г.). В табл. 1 представлена классификация стадий РТМ и карциносаркомы, в табл. 2 — классификация стадий лейомиосаркомы и эндометриальной стромальной саркомы матки.

Таблица 1. Стадии рака тела матки и карциносаркомы матки по системе TNM (UICC, 8-й пересмотр, 2016 г.) и классификации FIGO (2009 г.)

TNM	FIGO	Описание
TX	–	Невозможно оценить состояние первичной опухоли
T0	–	Первичная опухоль отсутствует
Tis	–	Рак <i>in situ</i>
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	Прорастание 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	Прорастание слизистой оболочки мочевого пузыря или прямой кишки
NX	–	Оценить состояние регионарных лимфатических узлов невозможно
N0	–	Метастазов в регионарных лимфатических узлах (тазовых или поясничных) нет
	IIIC	Метастазы в регионарных лимфатических узлах (тазовых или поясничных)
N1	IIIC1	Метастазы в тазовых лимфатических узлах
N2	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, придатках матки и по тазовой брюшине)

Таблица 2. Стадии лейомиосаркомы и эндометриальной стромальной саркомы матки по системе TNM (UICC, 8-й пересмотр, 2016 г.) и классификации FIGO (2009 г.) 1

TNM	FIGO	Описание
T1	I	Опухоль ограничена маткой
T1a	IA	Опухоль < 5 см
T1b	IB	Опухоль > 5 см
T2	II	Опухоль распространяется за пределы матки, но не выходит за пределы таза
T2a	IIA	Поражение придатков матки
T2b	IIB	Поражение других органов и тканей
T3	III	Поражение органов брюшной полости



TNM	FIGO	Описание
T3a	IIIA	Один очаг
T3b	IIIB	Два очага и более
T4	IVA	Прорастание 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)
M0		Отдаленных метастазов нет
M1	IVB	Отдаленные метастазы

¹ Одновременное поражение тела матки и яичников/тканей малого таза на фоне эндометриоза следует трактовать как первично множественные опухоли.

2. ДИАГНОСТИКА

Обследование проводят до всех видов лечебных воздействий. К обязательным исследованиям относятся:

- физикальное, в том числе гинекологическое, исследование;
- аспирационная биопсия эндометрия или раздельное диагностическое выскабливание матки;
- УЗИ брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства;
- МРТ малого таза с контрастированием (для оценки глубины инвазии, перехода опухоли на шейку матки, состояния тазовых лимфатических узлов); для оценки глубины инвазии миометрия может использоваться УЗИ, выполняемое квалифицированным специалистом;
- общий и биохимический анализы крови, коагулограмма, общий анализ мочи, ЭКГ; R-графия или КТ органов грудной клетки.

По показаниям выполняют:

- гистероскопию;
- цистоскопию;
- колоноскопию;
- КТ с контрастированием для оценки состояния лимфатических узлов (при необходимости); следует помнить, что на момент операции метастатически измененные лимфатические узлы оказываются увеличенными менее чем у 10% больных РТМ ранних стадий;
- МРТ органов брюшной полости с контрастированием при подозрении на поражение паренхиматозных органов;

- ПЭТ-КТ с контрастированием;
- консультацию генетика для пациенток моложе 50 лет или при семейном анамнезе, отягощенном РТМ и/или колоректальным раком.

Диагноз устанавливают по результатам аспирационной биопсии эндометрия или раздельного диагностического выскабливания матки с гистероскопией либо без нее на основании гистологического заключения с обязательным указанием гистологического типа и степени злокачественности опухоли. Морфологическая классификация РТМ представлена в табл. 3.

Таблица 3. Морфологическая классификация злокачественных опухолей тела матки (ВОЗ, 2020 г.)

Злокачественные эпителиальные опухоли
Эндометриоидная аденокарцинома <ul style="list-style-type: none">• POLE¹-ультрамутированная• с дефицитом MMR (dMMR²)• с мутациями p53• не имеющая специфического молекулярного профиля Серозный ракСветлоклеточный ракСмешанная аденокарциномаНедифференцированный и дедифференцированный ракКарциносаркомаДругие
Злокачественные мезенхимальные опухоли
Лейомиосаркома <ul style="list-style-type: none">• эпителиоидная лейомиосаркома• миксоидная лейомиосаркома• веретенноклеточная лейомиосаркома Эндометриальная стромальная саркома низкой степени злокачественностиЭндометриальная стромальная саркома высокой степени злокачественностиНедифференцированная саркома маткиДругие
Злокачественные смешанные эпителиальные и мезенхимальные опухоли
Аденосаркома

¹ ДНК-полимераза эпсилон, *DNA polymerase epsilon*.
² Дефицит репарации несоответствий ДНК, *deficient DNA mismatch repair*.

В послеоперационном морфологическом заключении должно быть представлено следующее:

- гистологический тип опухоли;
- степень злокачественности опухоли (согласно классификации ВОЗ 2020 г. рекомендуется выделять эндометриоидный рак низкой (low-grade) и высокой

(high-grade) степени злокачественности, к опухолям низкой степени злокачественности относятся опухоли G1 и G2, к опухолям высокой степени злокачественности — опухоли G3);

- размеры опухоли;
- глубина инвазии миометрия;
- толщина миометрия в месте наибольшей инвазии опухоли;
- прорастание опухоли серозной оболочки матки;
- опухолевые эмболы в кровеносных и лимфатических сосудах: наличие единичных (менее 5) эмболов рядом с первичной опухолью считается незначимым, множественные (от 5 и более) и диффузные эмболы в лимфатических щелях считаются значимыми);
- переход опухоли на шейку матки, врастание в строму шейки матки;
- выход опухоли в параметрий;
- общее количество удаленных и пораженных тазовых лимфатических узлов справа и слева;
- общее количество удаленных и пораженных поясничных лимфатических узлов;
- метастатическое поражение яичников, маточных труб;
- любые другие находки;
- целесообразно, особенно при низкодифференцированных опухолях, определять их тип в соответствии с молекулярной классификацией; отнесение опухоли к тому или иному типу возможно только при оценке всех трех классификаторов в определенной последовательности: (1) мутации POLE (методом NGS или ПЦР); (2) MSI или dMMR (методом ИГХ, при невозможности — ПЦР); (3) мутации p53 (методом ИГХ); исследование предпочтительно проводить по материалу соскоба из полости матки;
- при IVB стадии, остаточной опухоли после операции, а также при прогрессировании после радикального лечения рекомендовано определение HER2/neu (ИГХ, при 2+ — FISH); положительной реакцией считается интенсивное непрерывное (полное) или базолатеральное/латеральное мембранное окрашивание более чем 10 % опухолевых клеток;
- при лейомиосаркомах возможно исследование мутаций генов BRCA, транслокации ALK (должна быть подтверждена методом FISH), слияния генов NTRK, RET.

3. ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Рак тела матки

3.1.1. Первичное лечение рака тела матки

Наиболее эффективным методом лечения РТМ независимо от стадии следует считать хирургический метод, применяемый как самостоятельно, так и в комбинации с другими

методами. При абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению проводят ЛТ по радикальной программе. При невозможности ЛТ назначают ХТ, а при эндометриоидной аденокарциноме низкой степени злокачественности — ГТ.

У больных РТМ низкой степени злокачественности (G1, G2) IA стадии без инвазии миометрия, находящихся в репродуктивном возрасте, с целью сохранения фертильности возможна ГТ, которую следует проводить в учреждениях, имеющих такой опыт. Имеются данные о снижении выживаемости при проведении самостоятельной ГТ больным старше 40 лет. Предпочтительным вариантом ГТ является сочетание внутриматочной спирали с левоноргестрелом (52 мг) и агонистов ГРГ. При невозможности применения этой схемы в качестве альтернативных вариантов ГТ могут быть использованы медроксипрогестерона ацетат (500 мг/сут.) или мегестрола ацетат (160 мг/сут.). Длительность лечения — не менее 6 мес. Для оценки эффективности лечения рекомендуется гистологическое исследование эндометрия каждые 3 мес. (гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание). В отсутствие полного ответа через 6–12 мес. от начала ГТ показана экстирпация матки. При достижении полного ответа, но не ранее 6 мес. от начала ГТ, возможно планирование беременности. Возможно применение вспомогательных репродуктивных технологий. После родов в плановом порядке рекомендуется экстирпация матки. При желании пациентки отложить планирование беременности рекомендуется внутриматочная спираль с левоноргестрелом (52 мг) для снижения риска рецидива.

Рекомендуемая тактика лечения эндометриоидного РТМ представлена на рис. 1.

3.1.1.1. Эндометриоидный рак тела матки I стадии

Лечение начинают с хирургического вмешательства. Предоперационную ЛТ не проводят. Выполняют экстрафасциальную экстирпацию матки с придатками и биопсию всех выявленных при ревизии брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства объемных образований. При наличии выпота в брюшной полости жидкость направляют на цитологическое исследование. Получение смывов из брюшной полости не является обязательным. У больных моложе 45 лет при РТМ низкой степени злокачественности с инвазией менее половины толщины миометрия в отсутствие признаков распространения опухоли за пределы матки возможно сохранение яичников и удаление матки с маточными трубами. Сохранение яичников не рекомендуется при мутациях генов BRCA и синдроме Линча. При серозном, недифференцированном РТМ и карциносаркоме матки, а также при обнаружении во время операции метастазов в яичниках, когда высок риск имплантационного метастазирования, показано удаление большого сальника. Показания к оценке состояния регионарных лимфатических узлов для эндометриоидного рака определяются риском, определяемым по результатам предоперационного обследования (табл. 4). Состояние регионарных лимфатических узлов следует оценивать при серозном, светлоклеточном РТМ и карциносаркоме I клинической стадии. Если выполнена только экстирпация матки с придатками, а по данным планового гистологического исследования у больной имеется

высокий риск лимфогенных метастазов при отсутствии противопоказаний рекомендуется повторное вмешательство в объеме тазовой и поясничной лимфодиссекции.

Таблица 4. Показания к оценке состояния регионарных лимфатических узлов при эндометриоидном РТМ I клинической стадии

Инвазия миометрия	Степень злокачественности	Риск лимфогенных метастазов	Оценка состояния-регионарных лимфатических узлов
< 1/2	Низкая	Низкий	Нет ¹
< 1/2	Высокая	Промежуточный	Возможна для уточнения стадии
> 1/2	Низкая	Промежуточный	Возможна для уточнения стадии
> 1/2	Высокая	Высокий	Да

¹ Имеются данные о более высокой частоте поражения лимфатических узлов в группе низкого риска по данным биопсии сторожевых лимфоузлов. Часть этих случаев приходится на выявление изолированных опухолевых клеток и микрометастазов.

При выполнении лимфодиссекции удаляют тазовые и поясничные лимфатические узлы до почечных сосудов (лимфодиссекция IV уровня). Лимфодиссекция должна быть адекватной. По данным крупных исследований при единичных метастазах удаление 21–25 лимфатических узлов статистически значимо повышает вероятность их обнаружения.

В качестве альтернативы лимфодиссекции при промежуточном риске прогрессирования эндометриоидного РТМ I клинической стадии можно определять сторожевые лимфатические узлы. Исследование считается информативным, если сторожевые лимфатические узлы выявлены в малом тазу с обеих сторон. Если на одной из сторон сторожевой узел не найден, выполняют ипсилатеральную лимфодиссекцию. При гистологическом исследовании сторожевых лимфатических узлов следует применять ультрастадирование. Прогностическое значение изолированных опухолевых клеток и микрометастазов и их влияние на тактику дальнейшего лечения на сегодняшний день неоднозначно. Решение о выполнении на втором этапе тазовой и поясничной лимфодиссекции при выявлении метастазов в сторожевых лимфатических узлах принимается индивидуально.

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 нивелируются при адекватной морфологической оценке состояния регионарных лимфатических узлов. С точки зрения профилактики регионарного прогрессирования, лимфодиссекцию и биопсию сторожевых лимфоузлов при РТМ ранних стадий можно рассматривать как альтернативу дистанционной ЛТ, более безопасную с точки зрения отдаленных послед-

ствий (поздних осложнений, радиоиндуцированных опухолей), что особенно важно у больных моложе 60 лет. Негативные последствия дистанционной ЛТ при РТМ I стадии продемонстрированы в рандомизированном исследовании и метаанализах.

Единого мнения о тактике послеоперационного лечения больных РТМ, у которых выявлены только опухолевые клетки в смывах из брюшной полости, нет. Показания к адъювантному лечению зависят от группы риска, к которой относится больная (табл. 5). Рекомендуемое адъювантное лечение эндометриоидного РТМ I стадии согласно рекомендациям консенсуса ESGO, ESMO, ESTRO (2020 г.) представлено в табл. 6 и на рис. 2.

Таблица 5. Группы риска при РТМ (консенсус ESGO, ESMO, ESTRO, 2020 г.)

Риск	Без учета молекулярной классификации	С учетом молекулярной классификации ¹
Низкий	<ul style="list-style-type: none">• Эндометриоидный РТМ, стадия IA, низкая степень злокачественности (G1 и G2), нет опухолевых эмболов в лимфатических щелях или незначимые	<ul style="list-style-type: none">• POLE-ультрамутированный РТМ I–II стадий• Эндометриоидный РТМ (dMMR и не имеющий специфического молекулярного профиля), стадия IA, низкая степень злокачественности (G1 и G2), нет опухолевых эмболов в лимфатических щелях или незначимые
Промежуточный	<ul style="list-style-type: none">• Эндометриоидный РТМ, стадия IA, высокая степень злокачественности (G3), нет опухолевых эмболов в лимфатических щелях или незначимые• Эндометриоидный РТМ, стадия IB, низкая степень злокачественности (G1 и G2), нет опухолевых эмболов в лимфатических щелях или незначимые• Неэндометриоидный РТМ, стадия IA, без инвазии миометрия, нет опухолевых эмболов в лимфатических щелях или незначимые	<ul style="list-style-type: none">• Эндометриоидный РТМ (dMMR и не имеющий специфического молекулярного профиля), стадия IA, высокая степень злокачественности (G3), нет опухолевых эмболов в лимфатических щелях или незначимые• Эндометриоидный РТМ (dMMR и не имеющий специфического молекулярного профиля), стадия IB, низкая степень злокачественности (G1 и G2), нет опухолевых эмболов в лимфатических щелях или незначимые• РТМ с мутацией p53 и/или неэндометриоидный РТМ, стадия IA, без инвазии миометрия, нет опухолевых эмболов в лимфатических щелях или незначимые



Риск	Без учета молекулярной классификации	С учетом молекулярной классификации ¹
Промежуточный — высокий	<ul style="list-style-type: none"> Эндометриоидный РТМ, стадия IB, высокая степень злокачественности (G3), нет опухолевых эмболов в лимфатических щелях или незначимые Эндометриоидный РТМ, стадия I, значимые опухолевые эмболы в лимфатических щелях Эндометриоидный РТМ, стадия II 	<ul style="list-style-type: none"> Эндометриоидный РТМ (dMMR и не имеющий специфического молекулярного профиля), стадия IB, высокая степень злокачественности (G3), нет опухолевых эмболов в лимфатических щелях или незначимые Эндометриоидный РТМ (dMMR и не имеющий специфического молекулярного профиля), стадия I, значимые опухолевые эмболы в лимфатических щелях Эндометриоидный РТМ (dMMR и не имеющий специфического молекулярного профиля), стадия II
Высокий	<ul style="list-style-type: none"> Эндометриоидный РТМ, стадия III–IVA, без остаточной опухоли Неэндометриоидный РТМ, I–IVA стадия, с инвазией миометрия, без остаточной опухоли 	<ul style="list-style-type: none"> Эндометриоидный РТМ (dMMR и не имеющий специфического молекулярного профиля), стадия III–IVA, без остаточной опухоли РТМ с мутацией p53, I–IVA стадия, с инвазией миометрия, без остаточной опухоли Неэндометриоидный РТМ (dMMR и не имеющий специфического молекулярного профиля), I–IVA стадия, с инвазией миометрия, без остаточной опухоли
Распространенная болезнь	<ul style="list-style-type: none"> Стадия III–IVA, с остаточной опухолью Стадия IVB 	<ul style="list-style-type: none"> Стадия III–IVA, с остаточной опухолью Стадия IVB

¹ При выявлении мутации *POLE* опухоль является *POLE*-ультрамутированной независимо от наличия других изменений. РТМ с мутацией *p53* диагностируют в отсутствие мутаций *POLE* и *dMMR*.

Таблица 6. Рекомендуемое адъювантное лечение эндометриоидного РТМ I стадии (консенсус ESGO, ESMO, ESTRO, 2020 г.)

Риск	Состояние регионарных лимфатических узлов оценено, метастазов в лимфатических узлах нет	Состояние регионарных лимфатических узлов не оценено
Низкий	Нет	
Промежуточный	Брахитерапия или наблюдение, особенно для больных моложе 60 лет	
Промежуточный — высокий:		

Риск	Состояние регионарных лимфатических узлов оценено, метастазов в лимфатических узлах нет	Состояние регионарных лимфатических узлов не оценено
• стадия IA, значимые опухолевые эмболы в лимфатических щелях, стадия IB, низкая степень злокачественности, значимые опухолевые эмболы в лимфатических щелях)	Брахитерапия или наблюдение	Дистанционная ЛТ малого таза — при значимых опухолевых эмболах; брахитерапия — при высокой степени злокачественности (G3)
• стадия IB, высокая степень злокачественности	Брахитерапия или дистанционная ЛТ малого таза	Дистанционная ЛТ малого таза

3.1.1.2. Эндометриоидный рак тела матки 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. Методом выбора является хирургическое вмешательство в объеме экстирпации матки с придатками с тазовой и поясничной лимфодиссекцией на I этапе с последующим адъювантным лечением. Рекомендуемое адъювантное лечение эндометриоидного РТМ II стадии представлено в табл. 7 и на рис. 3.

Таблица 7. Рекомендуемое адъювантное лечение эндометриоидного РТМ II стадии (консенсус ESGO, ESMO, ESTRO, 2020 г.)

Риск	Лимфодиссекция выполнена, метастазов в лимфатических узлах нет	Лимфодиссекция не выполнена
Промежуточный — высокий		
Низкая степень злокачественности (G1 и G2), нет опухолевых эмболов или незначимые	Брахитерапия	Дистанционная ЛТ малого таза ± брахитерапия
Высокая степень злокачественности (G3), значимые опухолевые эмболы	Дистанционная ЛТ малого таза ± брахитерапия	Дистанционная ЛТ малого таза ± брахитерапия

3.1.1.3. Эндометриоидный рак тела матки III–IV стадий

План лечения определяется индивидуально (рис. 4). Лечение, как правило, начинают с операции. Она позволяет уточнить распространение опухоли и выполнить циторедукцию. Операция на первом этапе обязательна, если при обследовании выявляется объемное образование в области придатков матки. Тазовая и поясничная лимфодиссекция показана при III стадии, выявлении макроскопически увеличенных регионарных лимфатических узлов, а также при IV стадии, если выполнена полная циторедукция. Удаление макрометастазов в лимфатических узлах повышает выживаемость больных РТМ.

При распространенном РТМ следует стремиться к выполнению полной циторедукции, поскольку она статистически значимо улучшает результаты лечения. Тактика лечения РТМ IIIB стадии определяется индивидуально. По возможности на первом этапе проводят хирургическое лечение. Если операция невозможна, назначают ХТ или ЛТ. В редких случаях при РТМ IV стадии в отсутствие отдаленных метастазов возможна экзентерация малого таза. При РТМ III–IV стадий после циторедуктивных операций целесообразно проведение ХТ. По показаниям проводят ЛТ, в частности при вовлечении стромы шейки матки целесообразна брахитерапия. ХТ рекомендуется начинать не позднее 4 недель, брахитерапию — не позднее 12 недель после операции.

3.1.1.4. Неэндометриоидный рак тела матки

Неэндометриоидный РТМ (серозный, светлоклеточный рак, смешанная аденокарцинома, недифференцированный рак, карциносаркома) имеет неблагоприятный прогноз. Исключение составляет муцинозный рак, который в подавляющем большинстве случаев имеет низкую степень злокачественности, а по клиническому течению и тактике лечения сходен с эндометриоидным РТМ низкой степени злокачественности. Хирургическое лечение включает в себя экстирпацию матки с придатками, тазовую и поясничную лимфодиссекцию. Большой сальник удаляют только при серозном, недифференцированном РТМ и карциносаркоме матки. Имеются данные о том, что лимфодиссекция при карциносаркоме матки не только позволяет уточнить стадию, но и повышает выживаемость больных. При серозном и светлоклеточном РТМ IA стадии (при условии выполнения тазовой и поясничной лимфодиссекции) в отсутствие опухолевых эмболов в лимфатических щелях или при незначимых опухолевых эмболах возможна брахитерапия. Во всех остальных случаях показана ХТ (таблица 8). Тактика лечения неэндометриоидного РТМ представлена на рис. 5.

3.1.2. Лечение при прогрессировании рака тела матки

Тактика лечения зависит от локализации и срока прогрессирования, облучения данной зоны в анамнезе, гистологического типа опухоли (рис. 6).

- При рецидиве РТМ в культе влагалища или одиночном метастазе во влагалище без предшествующей ЛТ рекомендуется сочетанная ЛТ или удаление опухоли с последующей сочетанной ЛТ.
- При рецидиве РТМ в культе влагалища после брахитерапии рекомендуется удаление опухоли с последующей дистанционной ЛТ.
- При рецидиве в культе влагалища после сочетанной ЛТ возможно удаление опухоли или проведение внутритканевой ЛТ под контролем методов визуализации; при отсутствии условий для проведения хирургического лечения и ЛТ возможна ХТ.

- Следует помнить о низкой эффективности системного лекарственного лечения при прогрессировании в зоне облучения.
- При регионарных метастазах РТМ рекомендуется ЛТ или лимфаденэктомия с последующей ЛТ. Возможно дополнительное системное лекарственное лечение.
- При солитарных поздних отдаленных метастазах РТМ рекомендуется рассмотреть возможность хирургического лечения.
- При отдаленных метастазах РТМ низкой степени злокачественности в отсутствие клинических проявлений, а также при небольших отдаленных не висцеральных метастазах эндометриоидного РТМ ^{любой} степени злокачественности, экспрессирующего рецепторы стероидных гормонов, в отсутствие клинических проявлений возможна ГТ.
- При отдаленных метастазах РТМ высокой степени злокачественности, больших отдаленных метастазах, а также при наличии клинических проявлений целесообразна ХТ, при необходимости — в сочетании с паллиативной ЛТ.
- При прогрессировании РТМ проводят 6 циклов ХТ либо лечение продолжается до прогрессирования или непереносимой токсичности.
- Во II линии лечения РТМ целесообразно назначение иммунотерапии или иммунотаргетной терапии. В связи с этим при прогрессировании РТМ следует определять MSI или dMMR в опухолевых клетках, если это не было сделано ранее. Для этого применяют — ИГХ, при невозможности — ПЦР. Для исследования предпочтителен образец опухоли, полученный при прогрессировании.
- При прогрессировании в течение 6 месяцев после окончания адъювантной ХТ целесообразно назначение иммунотерапии или иммунотаргетной терапии в зависимости от статуса MSI/dMMR.
- При позднем рецидиве (более 6 мес. от окончания лекарственного лечения) возможен возврат к платиносодержащей ХТ.
- При опухолях, экспрессирующих HER2, возможно назначение трастузумаба в комбинации с ХТ.
- При дальнейшем прогрессировании показана паллиативная помощь или включение в клинические исследования новых цитостатиков или таргетных препаратов.

3.1.3. Режимы химиотерапии, рекомендуемые при раке тела матки

Доказаны преимущества комбинированных режимов ХТ (табл. 8). Монохимиотерапия менее эффективна. Адъювантная ГТ не продемонстрировала свою эффективность и не рекомендуется. Если больной ранее проводилась дистанционная ЛТ, дозы паклитаксела, ифосфамида и гемцитабина как в монорежиме, так и в комбинациях рекомендуется редуцировать на 20 %. В рамках адъювантного лечения проводится 6 циклов ХТ.

Таблица 8. Рекомендуемые режимы лекарственной терапии рака тела матки

Показания	Режим
Адьювантная ХТ (в отсутствие остаточной опухоли)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Паклитаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день и карбоплатин AUC5–6 в/в в 1-й день каждые 3 нед., 6 циклов 2. Паклитаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день и цисплатин 60–75 мг/м² в/в в 1-й день каждые 3 нед., 6 циклов 3. Доксорубин 50–60 мг/м² в/в в 1-й день и цисплатин 50–75 мг/м² в/в в 1-й день каждые 3 нед. (при наличии противопоказаний к таксанам) 4. Паклитаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день, карбоплатин AUC5–6 в/в в 1-й день каждые 3 нед., 6 циклов, пембролизумаб 200 мг в/в каждые 3 нед. или 400 мг в/в каждые 6 нед. (для III–IVA стадий, dMMR). Пембролизумаб назначают в течение 2 лет либо до прогрессирования или непереносимой токсичности (в зависимости от того, что наступит раньше) (клиническая значимость II-B)
Лекарственное лечение 1-й линии (III–IV стадии при наличии остаточной опухоли после операции или прогрессирование) ¹	<p>ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЕ РЕЖИМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Паклитаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день, карбоплатин AUC5–6 в/в в 1-й день каждые 3 нед., 6 циклов, и пембролизумаб 200 мг в/в каждые 3 нед. или 400 мг в/в каждые 6 нед. (опухоли MSI/dMMR). Пембролизумаб назначают в течение 2 лет либо до прогрессирования или непереносимой токсичности (в зависимости от того, что наступит раньше) (клиническая значимость II-B). 2. Паклитаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день, карбоплатин AUC5–6 в/в в 1-й день, 6 циклов, и атезолизумаб 1200 мг в/в в 1-й день каждые 3 нед. (опухоли MSI/dMMR). Атезолизумаб назначают до прогрессирования или непереносимой токсичности (в зависимости от того, что наступит раньше) (клиническая значимость II-B). 3. Паклитаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день, карбоплатин AUC5–6 в/в в 1-й день, 6 циклов, и дурвалумаб, 1120 мг в/в в 1-й день каждые 3 нед., с последующей поддерживающей терапией дурвалумабом, 1500 мг в/в каждые 4 нед. (опухоли MSI/dMMR). Дурвалумаб назначают до прогрессирования или непереносимой токсичности (в зависимости от того, что наступит раньше) (клиническая значимость II-B). 4. Паклитаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день, карбоплатин AUC5–6 в/в в 1-й день каждые 3 нед., 6 циклов, и трастузумаб 8 мг/кг, затем 6 мг/кг в/в в 1-й день каждые 3 нед. (III–IV стадии, HER2-положительные опухоли). Трастузумаб назначают до прогрессирования или непереносимой токсичности (в зависимости от того, что наступит раньше) (клиническая значимость I-D). <p>ПРОЧИЕ РЕЖИМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Паклитаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день, карбоплатин AUC5–6 в/в в 1-й день каждые 3 нед. и пембролизумаб 200 мг в/в каждые 3 нед. или 400 мг в/в каждые 6 нед. (опухоли MSS/pMMR). Пембролизумаб назначают в течение 2 лет либо до прогрессирования или непереносимой токсичности (в зависимости от того, что наступит раньше) (клиническая значимость II-B). 2. Паклитаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день, карбоплатин AUC5–6 в/в в 1-й день и дурвалумаб, 1120 мг в/в в 1-й день каждые 3 нед. (III–IV стадии), с последующей поддерживающей терапией дурвалумабом, 1500 мг в/в каждые 4 нед., и олапариб, 300 мг внутрь 2 раза в сутки (опухоли MSS/pMMR). Олапариб и дурвалумаб назначают до прогрессирования или непереносимой токсичности (в зависимости от того, что наступит раньше) Паклитаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день и карбоплатин AUC5–6 в/в в 1-й день каждые 3 нед. (клиническая значимость II-B).

Показания	Режим
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Паклитаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день и цисплатин 60–75 мг/м² в/в в 1-й день каждые 3 нед. 4. Доксорубицин 50–60 мг/м² в/в в 1-й день и карбоплатин AUC5–6 в/в кап. в 1 день каждые 3 нед. (при наличии противопоказаний к таксанам или их использовании ранее в адъюванте). 5. Доксорубицин 50–60 мг/м² в/в в 1-й день и цисплатин 60–75 мг/м² в/в в 1-й день каждые 3 нед. (при наличии противопоказаний к таксанам или их использовании ранее в адъюванте).
ГТ (рецидив эндометриоидной аденокарциномы низкой степени злокачественности при малых объемах опухоли и индолентном течении)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медроксипрогестерона ацетат 500 мг/сут. внутрь ежедневно 2. Мегестрола ацетат 160 мг/сут. внутрь ежедневно 3. Тамоксифен 20 мг/сут. внутрь ежедневно 4. Летрозол 2,5 мг/сут. внутрь ежедневно 5. Анастрозол 1 мг/сут. внутрь ежедневно 6. Эксеместан 25 мг/сут. внутрь ежедневно 7. Фулвестрант по 500 мг в/м в 1, 15 и 29-й дни, далее — по 500 мг в/м 1 раз в месяц
Лекарственное лечение 2-й линии	<p>ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЕ РЕЖИМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пембролизумаб 200 мг в/в каждые 3 нед. или 400 мг в/в каждые 6 нед. (при MSI/dMMR в опухоли) в течение 2 лет либо до прогрессирования или непереносимой токсичности (в зависимости от того, что наступит раньше) (клиническая значимость III-A). 2. Пембролизумаб 200 мг в/в каждые 3 нед. или 400 мг в/в каждые 6 нед. и леватиниб 20 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно (MSS/pMMR в опухоли при всех гистологических типах, кроме карциносаркомы) до прогрессирования или непереносимой токсичности (клиническая значимость I-B). <p>РЕЖИМЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ОСОБЫХ СЛУЧАЯХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Трастузумаб дерукстекап 5,4 мг/кг в/в каждые 3 нед. до прогрессирования или непереносимой токсичности (при экспрессии HER 3 + по данным ИГХ, в том числе при прогрессировании после иммунной и имунотаргетной терапии) (клиническая значимость III-A). <p>ПРОЧИЕ РЕЖИМЫ</p> <p>При рецидиве более 6 мес. от окончания лекарственного лечения</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Карбоплатин AUC5–6 в/в в 1-й день 21-дневного цикла в сочетании с одним из следующих препаратов: <ul style="list-style-type: none"> – доксорубицин 40–50 мг/м² в/в в 1-й день 21-дневного цикла; – пегилированный липосомальный доксорубицин 30 мг/м² в/в 1-й день 28-дневного цикла (доза карбоплатина в составе данного режима не превышает AUC5); – паклитаксел 160–175 мг/м² в/в в 1-й день 21-дневного цикла (или 60–80 мг/м² в/в в 1, 8, 15-й дни 21-дневного цикла, в случае еженедельного введения паклитаксела возможно еженедельное введение карбоплатина¹ AUC2 в/в в 1, 8, 15-й дни 21-дневного цикла); – гемцитабин 1000 мг/м² в/в в 1, 8-й дни 21-дневного цикла (доза карбоплатина в составе данного режима не превышает AUC4); – топотекан 0,75 мг/м² в/в в 1–3-й дни 21-дневного цикла. 2. Цисплатин 60–75 мг/м² в/в в 1-й день 21-дневного цикла в сочетании с одним из следующих препаратов: <ul style="list-style-type: none"> – доксорубицин 40–50 мг/м² в/в в 1-й день 21-дневного цикла;

Показания	Режим
	<ul style="list-style-type: none"> – паклитаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день 21-дневного цикла или 60–80 мг/м² в/в в 1, 8, 15-й дни 21-дневного цикла – доцетаксел 75 мг/м² в/в в 1-й день 21-дневного цикла; – гемцитабин 1000 мг/м² в/в в 1, 8-й дни 21-дневного цикла; – винорелбин 25 мг/м² в/в в 1, 8-й дни 21-дневного цикла; – этопозид 100 мг внутрь в 1–7-й дни 21-дневного цикла.
	3. Оксалиплатин 100–130 мг/м ² в/в в 1-й день в сочетании с одним из следующих препаратов: <ul style="list-style-type: none"> – доксорубицин 40–50 мг/м² в/в в 1-й день 21-дневного цикла; – пегилированный липосомальный доксорубицин 30 мг/м² в/в в 1-й день 21-дневного цикла; – гемцитабин 1000 мг/м² в/в в 1, 8-й дни 21-дневного цикла.
	При рецидиве менее 6 мес. от окончания лекарственного лечения <ol style="list-style-type: none"> 1. Гемцитабин 800 мг/м² в/в в 1, 8, 15-й дни каждые 4 нед. 2. Топотекан 1,0–1,25 мг/м² в/в в 1–5-й дни каждые 3 нед. 3. Паклитаксел 135 мг/м² в/в в 1-й день каждые 3 нед. или 60–80 мг/м² в/в в 1, 8 и 15-й дни каждые 3 нед. 4. Пегилированный липосомальный доксорубицин 40–50 мг/м² в/в каждые 4 нед. 5. Доксорубицин 50 мг/м² в/в каждые 3 нед. 6. Доцетаксел 75 мг/м² в/в каждые 3 нед.

¹ После ранее проведенного лечения указанные режимы могут быть использованы при прогрессировании через 6 месяцев и более от окончания адъювантной ХТ или в ее отсутствии.

3.2. Саркомы матки

3.2.1. Первичное лечение сарком матки

3.2.1.1. Лейомиосаркома матки

При лейомиосаркоме матки выполняют экстирпацию матки с придатками. У молодых больных лейомиосаркомой матки ранних стадий возможно сохранение яичников, т. к. это не влияет на выживаемость. Удаление тазовых и поясничных лимфатических узлов нецелесообразно. ЛТ не показана. При I–II стадии допустимо наблюдение. ХТ возможна, если при I стадии больной ошибочно выполнена морцелляция опухолевого узла, показана при III–IV стадиях.

3.2.1.2. Эндометриальная стромальная и недифференцированная саркома матки

Прогноз при эндометриальной стромальной саркоме матки низкой степени злокачественности относительно благоприятный. Показаны экстирпация матки с придатками и удаление макроскопически определяемых опухолей. Эндометриальная стромальная саркома матки низкой степени злокачественности — гормонально-зависимая опухоль. Тазовая и поясничная лимфодиссекция может быть целесообразна. С учетом высокой экспрессии РЭ и РП и эффективности ГТ при диссеминированной эндометриальной

стромальной саркоме низкой степени злокачественности назначают ГТ. В отсутствие ответа на ГТ при диссеминированной эндометриальной стромальной саркоме низкой степени злокачественности возможно проведение ХТ.

Эндометриальная стромальная саркома матки высокой степени злокачественности и недифференцированная саркома матки — крайне агрессивные опухоли со склонностью к быстрому гематогенному метастазированию. Выполняют экстирпацию матки с придатками. С учетом крайне неблагоприятного прогноза роль лимфодиссекции и циторедуктивных операций сомнительна. ХТ показана независимо от размеров и распространенности первичной опухоли. ЛТ не показана.

3.2.2. Лечение прогрессирования сарком матки

При одиночных метастазах проводят ХТ, при наличии эффекта на втором этапе возможно хирургическое лечение. Возможно также хирургическое лечение с последующей ХТ. При диссеминированном процессе показана ХТ или симптоматическое лечение.

3.2.3. Лекарственное лечение сарком матки

ХТ рекомендуется при лейомиосаркоме, эндометриальной стромальной саркоме матки высокой степени злокачественности и недифференцированной саркоме матки всех стадий.

При лейомиосаркоме матки I–II стадии возможно наблюдение. Режимami выбора адъювантной терапии сарком матки являются 6 курсов монотерапии доксорубицином или комбинации гемцитабина и доцетаксела. При диссеминированной стромальной саркоме матки низкой степени злокачественности и гормонопозитивной лейомиосаркоме матки возможно назначение ГТ (эффективность ГТ при лейомиосаркоме не превышает 15–20%). При диссеминированной лейомиосаркоме матки системное лечение начинают с ХТ, а затем переходят к ГТ. При диссеминированной эндометриальной стромальной саркоме матки низкой степени злокачественности, напротив, начинают с ГТ, при дальнейшем прогрессировании проводят ХТ. Тамоксифен при саркомах матки противопоказан.

При прогрессировании лейомиосаркомы, эндометриальной стромальной саркомы матки высокой степени злокачественности и недифференцированной саркомы матки рекомендована как монокимиотерапия, так и не использованные ранее режимы 1-й линии.

Редкие саркомы матки лечат так же, как соответствующие саркомы мягких тканей. Режимы лекарственной терапии сарком матки представлены в табл. 9 и 10.

Таблица 9. Рекомендуемые режимы лекарственной терапии сарком матки

Показания	Режим
Адъювантная ХТ (6 циклов)	1. Доксорубин 60–75 мг/м ² в/в в 1-й день каждые 3 нед. ¹ 2. Гемцитабин 900 мг/м ² в/в 90-минутная инфузия в 1 и 8-й дни и доцетаксел 100 мг/м ² в/в в 8-й день каждые 3 нед. (+ Г-КСФ п/к в 9–15-й дни или до восстановления уровня нейтрофилов) ^{2,3}

Показания	Режим
Диссеминированные опухоли (6 циклов или до прогрессирования, что наступит ранее)	<p>ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЕ РЕЖИМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Доксорубин 60 мг/м², дакарбазин 750 мг/м², растворенный вместе с доксорубицином, в/в 96-часовая инфузия каждые 3 нед.⁴ 2. Доксорубин 60 мг/м², трабектедин 1,1 мг/м² в/в 3-часовая инфузия каждые 3 нед, 6 циклов с поддержкой Г-КСФ, затем трабектедин 1,1 мг/м² в/в 3-часовая инфузия каждые 3 нед до 12 мес или до прогрессирования или непереносимости токсичности (в зависимости от того, что наступит раньше) (клиническая значимость II-B)⁴. <p>ПРОЧИЕ РЕЖИМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Доксорубин 30 мг/м² в/в в 1–3-й дни каждые 3 нед. или 60–75 мг/м² в/в в 1-й день каждые 3 нед.¹ 2. Доксорубин 90 мг/м², дакарбазин 900 мг/м², растворенный вместе с доксорубицином, в/в 96-часовая инфузия каждые 4 нед. (+ Г-КСФ п/к в 5–13-й дни или до восстановления уровня нейтрофилов)^{2,5} 3. Доксорубин 75 мг/м² в/в 72-часовая инфузия и ифосфамид 2500 мг/м²/сут. в/в 3-часовая инфузия в 1–4-й дни (+ месна 100% от дозы ифосфамида в/в в 1–4-й дни) каждые 3 нед. (Г-КСФ п/к в 5–15-й дни или до восстановления числа нейтрофилов. Режим применяется при эндометриальной стромальной саркоме матки высокой степени злокачественности и недифференцированной саркоме матки)^{2,6} 4. Гемцитабин 900 мг/м² в/в 90-минутная инфузия в 1 и 8-й дни и доцетаксел 100 мг/м² в/в в 8-й день каждые 3 нед. (+ Г-КСФ п/к в 9–15-й дни или до восстановления уровня нейтрофилов)^{2,3}.
Лекарственное лечение 2-й линии	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дакарбазин 1000 мг/м² в/в каждые 3 нед. (всего 8 курсов) 2. Гемцитабин 1200 мг/м² в/в в 1, 8 и 15-й дни каждые 4 нед. 3. Эпирубицин 75 мг/м² в/в каждые 3 нед. 4. Ифосфамид 1500 мг/м² в/в в 1–5-й дни (+ месна из расчета 100% от дозы ифосфамида в/в в 1–5-й дни каждые 4 нед.)⁶ 5. Пазопаниб 800 мг/сут. внутрь⁷ 6. Трабектедин 1,5 мг/м² в/в 24-часовая инфузия каждые 3 нед. (только для лейомиосаркомы матки при условии использовании ранее антрациклинов)⁴ 7. Эрибулин 1,4 мг/м² в/в в 1 и 8-й дни каждые 3 нед.⁷ 8. Винорелбин 30 мг/м² в/в в 1 и 8-й дни каждые 3 нед. 9. Доцетаксел 75 мг/м² в/в каждые 3 нед. 10. Олапариб 300 мг внутрь 2 раза в сутки при мутациях генов BRCA 11. Ларотректиниб 100 мг внутрь 2 раза в сутки длительно (при слиянии генов NTRK) (клиническая значимость III-A) 12. Энтретиниб 600 мг внутрь ежедневно (при слиянии генов NTRK) (клиническая значимость III-A) 13. Кризотиниб 250 мг внутрь 2 раза в сутки (при транслокации гена ALK) 14. Церитиниб 450 мг внутрь ежедневно (при транслокации гена ALK) 15. Алектиниб 600 мг внутрь 2 раза в сутки (при транслокации гена ALK) 16. Лорлатиниб 100 мг внутрь ежедневно (при транслокации гена ALK) 17. Селперкатиниб 160 мг внутрь 2 раза в сутки (при весе пациента менее 50 кг 120 мг внутрь 2 раза в сутки) (при слиянии гена RET) (клиническая значимость III-A)

¹ Возможна при ECOG-2.² Можно использовать пролонгированные формы Г-КСФ.

³ Для пациенток, уже получавших ХТ, проводится редукция доз гемцитабина до 675 мг/м² в 1 и 8-й дни и доцетаксела до 75 мг/м² в 8-й день. Лечение проводится с поддержкой Г-КСФ.

⁴ Режим изучался при лейомиосаркоме матки.

⁵ Режим изучался при лейомиосаркоме мягких тканей. Существует мнение о том, что лейомиосаркому матки следует лечить так же, как саркомы мягких тканей.

⁶ Месна применяется в суточной дозе, составляющей 100% от дозы ифосфамида. Дозу делят на 3 введения в течение дня: непосредственно перед введением ифосфамида, через 4 и 8 часов после начала его инфузии.

⁷ Пазопаниб и эрибулин применяют при прогрессировании на цитостатической терапии.

Таблица 10. Рекомендуемые режимы гормонотерапии сарком матки

Показания	Режим
ГТ I линии	Мегестрола ацетат 160 мг внутрь 2 раза в сутки ежедневно Медроксипрогестерона ацетат 500 мг внутрь 1 раз в сутки ежедневно
ГТ II линии	Летрозол 2,5 мг/сут. внутрь ежедневно Анастрозол 1 мг/сут. внутрь ежедневно Эксеместан 25 мг/сут. внутрь ежедневно
ГТ III линии	Гозерелин 3,6 мг в/м 1 раз в 28 дней Бусерелин 3,75 мг в/м 1 раз в 28 дней Лейпрорелин 3,75 мг в/м 1 раз в 28 дней

3.3. Принципы проведения лучевой терапии

- ЛТ применяется только при эпителиальных и смешанных опухолях матки.
- Предусматривается дистанционная ЛТ и/или брахитерапия. Брахитерапия подразумевает облучение матки при отсутствии хирургического этапа лечения или облучение культи влагалища в послеоперационном периоде.
- Предписанные дозы дистанционной ЛТ: суммарная доза 45,0–50,4 Гр в режиме фракционирования 1,8–2,0 Гр 5 раз в неделю (фракционирование, принятое в клинике). При наличии остаточной опухоли в области тазовых лимфатических узлов или в параметрии применяется послеоперационная конформная ЛТ с использованием интегрированного или последовательного стереотаксического буста до суммарных доз 55–60 Гр (EQD2) при микроскопической остаточной опухоли или до 66 Гр (EQD2) при макроскопической остаточной опухоли.
- Сроки проведения послеоперационного облучения культи влагалища зависят от ее заживления, предпочтительно проводить через 6–8 недель, но не позже 12 недель после операции. При планировании послеоперационной брахитерапии рекомендуется облучать не более верхних 2/3 влагалища на глубину 0,5 см от слизистой.
- При проведении самостоятельной брахитерапии назначают 3 фракции по 7 Гр или 5 фракций по 6 Гр или 4 фракции по 5,5 Гр.

- При противопоказаниях к хирургическому лечению проводится самостоятельная сочетанная ЛТ или самостоятельная брахитерапия в зависимости от риска прогрессирования. При самостоятельной брахитерапии дозы должны достигать 48 Гр (EQD2) на область тела, шейки матки и верхней трети (1–2 см) влагалища, при сочетанной ЛТ увеличиваются до 65 Гр (EQD2). При использовании МРТсуммарная доза на GTV может быть увеличена до ≥ 80 Гр (EQD2).
- Возможности проведения паллиативной ЛТ определяются распространенностью опухолевого процесса и общим состоянием больной. Суммарные дозы могут достигать 40–50 Гр.
- При рецидиве РТМ в культе влагалища или наличии метастаза во влагалище как единственного проявления заболевания рекомендовано проведение внутритканевой ЛТ. Суммарная доза планируется с учетом ранее проведенного лечения на планируемый объем опухолевого образования и может достигать 30–50 Гр (EQD2) (внутритканевая ЛТ проводится в крупных клиниках, имеющих опыт такого лечения).

4. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- После самостоятельной гормонотерапии показано УЗИ органов малого таза каждые 3 мес. и аспирационная биопсия эндометрия каждые 6 мес. При появлении ациклических кровянистых выделений показано внеочередное обследование.
- Физикальное обследование, в том числе гинекологический осмотр — каждые 3 мес. в течение 2 лет, затем — каждые 6 мес. в течение еще 3 лет.
- КТ органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием — каждые 3 мес. в течение 2 лет, затем — каждые 6 мес. в течение еще 3 лет (возможна замена экспертным УЗИ тех же зон с той же периодичностью).
- КТ органов грудной клетки — 1 раз в год.
- МРТ и ПЭТ-КТ с контрастированием — по показаниям.

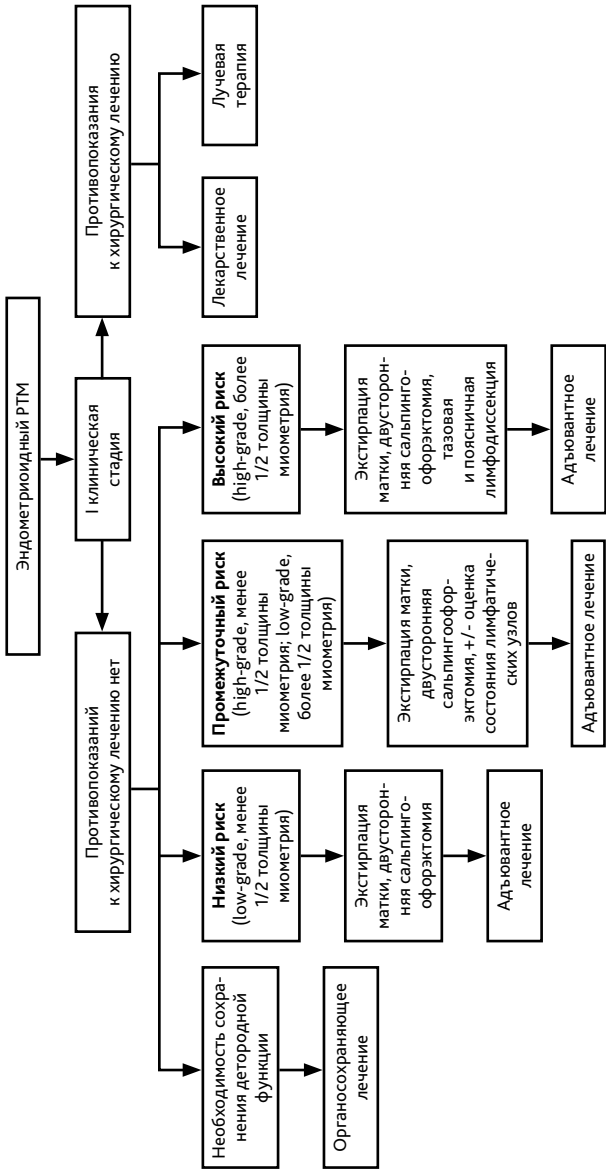


Рисунок 1. Тактика лечения эндометриоидного РТМ (I клиническая стадия)

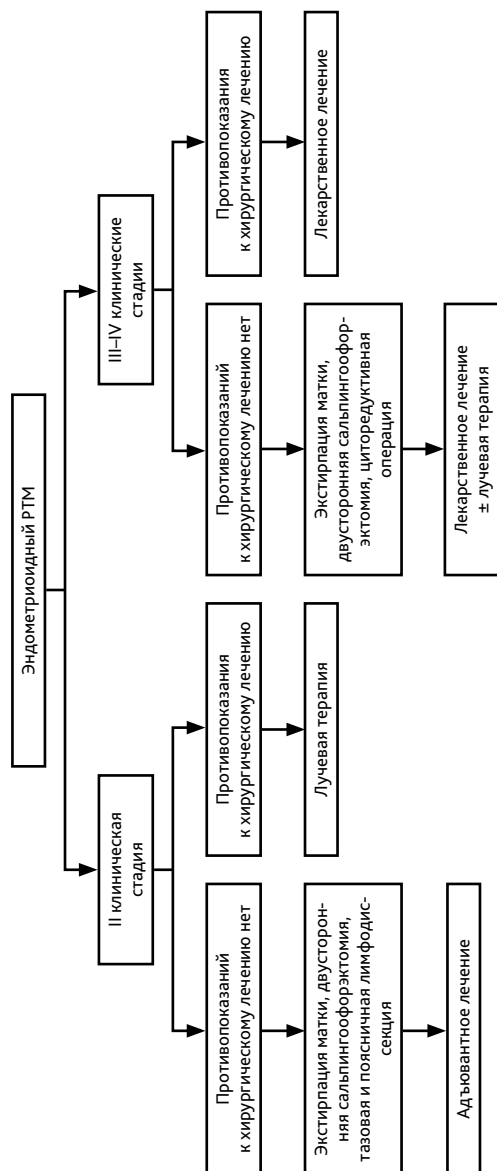


Рисунок 1 (продолжение). Тактика лечения эндометриоидного РТМ (II-IV клинические стадии)

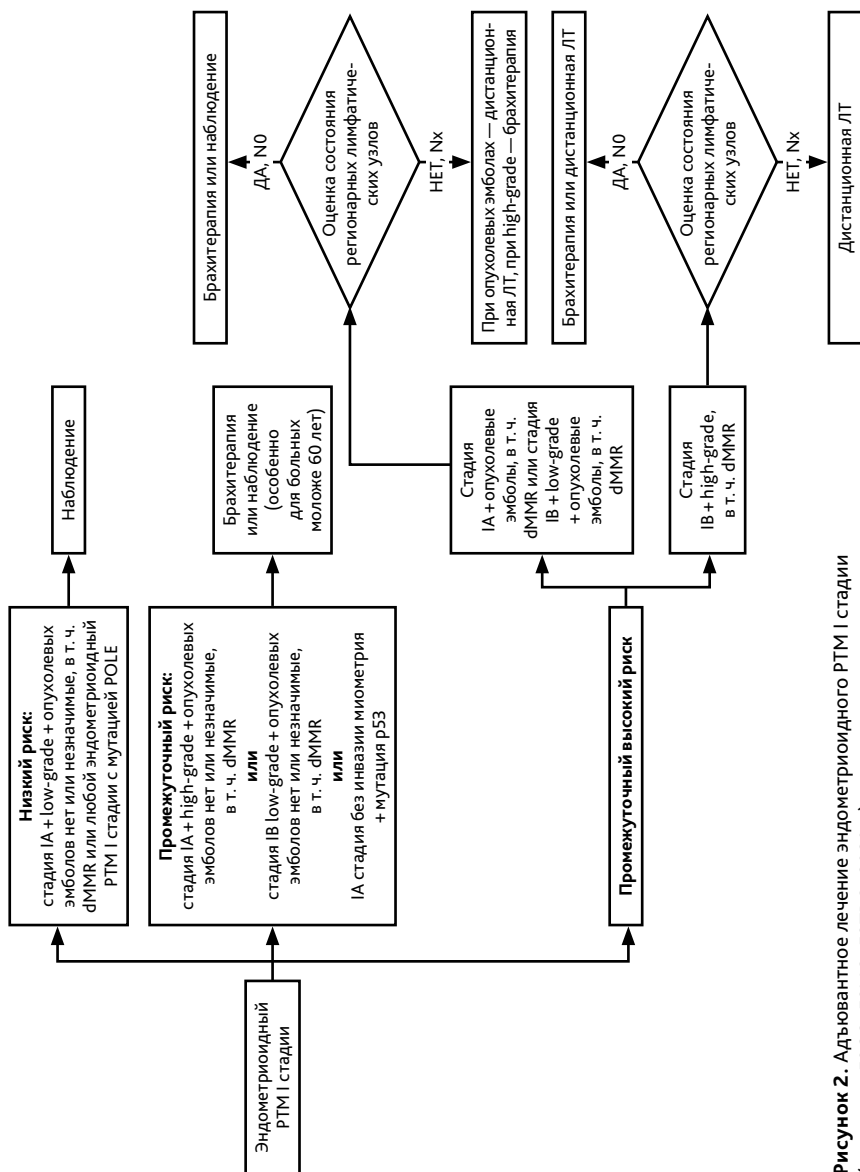


Рисунок 2. Адъювантное лечение эндометриоидного РТМ I стадии (консенсус ESGO, ESMO, ESTRO, 2020 г.)

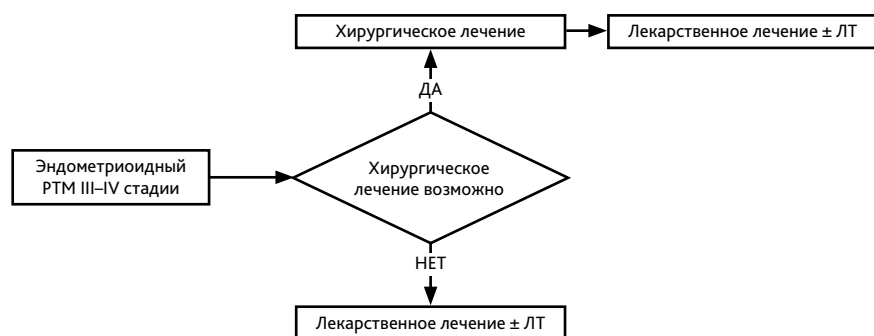
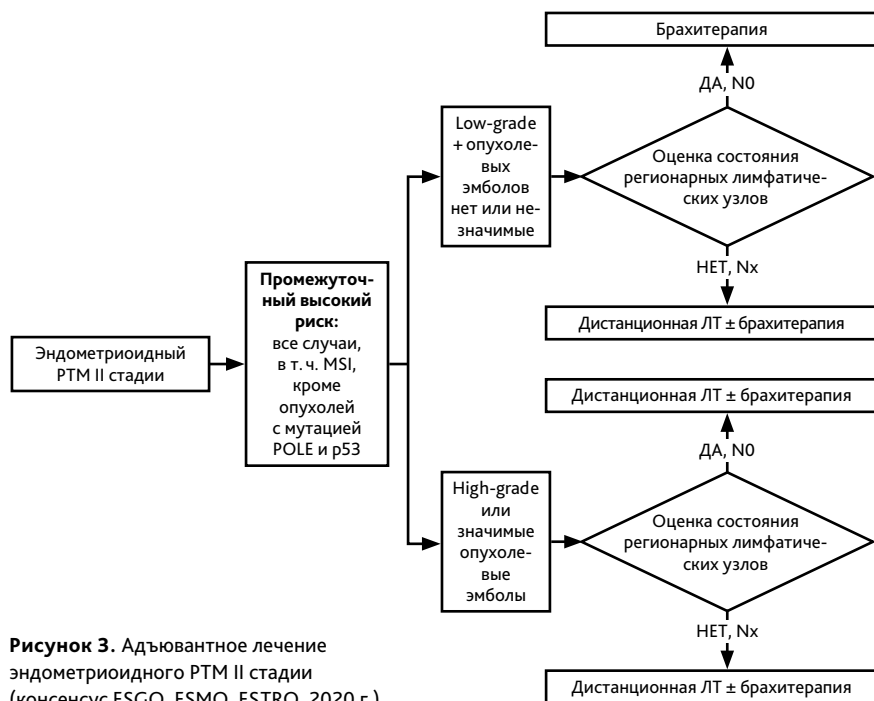


Рисунок 3. Тактика лечения эндометриоидного PTM III-IV стадий

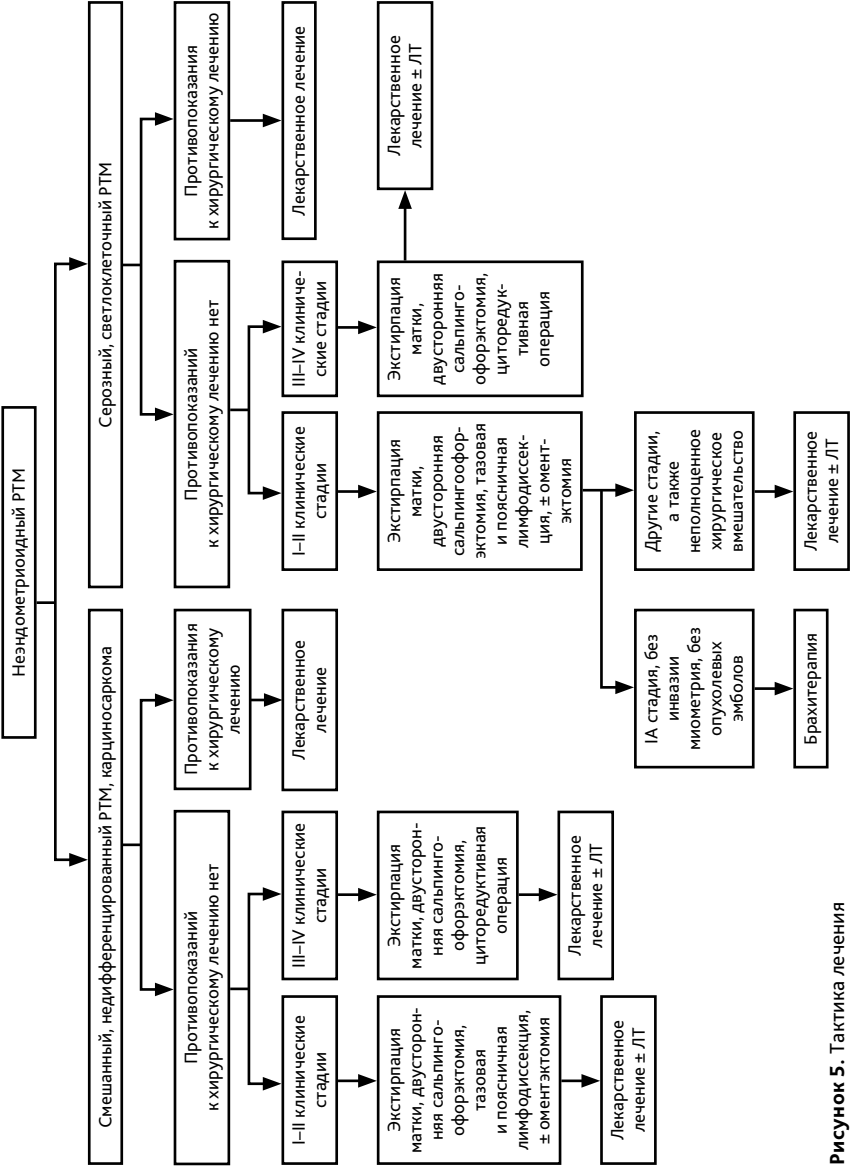


Рисунок 5. Тактика лечения неэндометриоидного РТМ

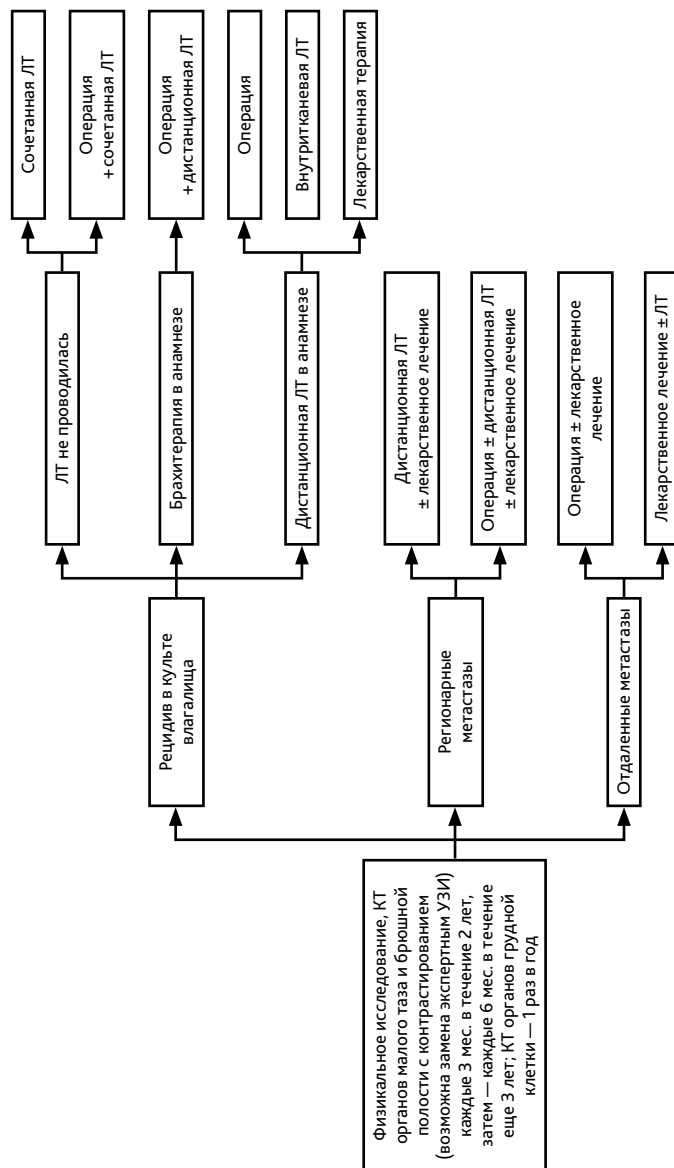


Рисунок 6. Тактика лечения при прогрессировании РТМ