

Л.И. Воробьева  
А.В. Турчак  
М.П. Безносенко

Институт онкологии  
АМН Украины, Киев, Украина

## ПОЗДНИЙ РЕЦИДИВ РАКА ТЕЛА МАТКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

**Резюме.** Приведено описание диагностики и лечения пациентки в возрасте 79 лет с метастатическим поражением паховых и подвздошных лимфатических узлов спустя 12 лет после проведения лечения по поводу рака тела матки III стадии (pT1cN1M0).

**Ключевые слова:** рак тела матки, лимфатические узлы, поздний рецидив (12 лет после первичного лечения), лимфаденэктомия.

За последнее десятилетие в Украине отмечено значительное повышение заболеваемости раком тела матки (РТМ). На сегодняшний день РТМ прочно удерживает 4-е место в структуре заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями и продолжает оставаться самой частой злокачественной опухолью женских половых органов. По данным Национального канцер-реестра в 2006 г. в Украине заболеваемость РТМ составляет 23,8 случаев на 100 тыс. женского населения [6, 7].

Рецидивы (Р) являются одной из ведущих причин неудач в лечении РТМ. Частота возникновения Р варьирует от 28–40% при железисто-плоскоклеточном раке до 5–10% при высокодифференцированной аденокарциноме эндометрия [2, 3, 4]. Более 80% Р возникает в первые 2 года после радикального лечения [1, 5]. С увеличением промежутка времени после операции прогрессивно снижается вероятность появления местного Р. Развитие Р РТМ наиболее часто отмечают в течение 16–21 мес. По срокам клинического проявления Р разделяют на ранние, установленные в первые 2 года после операции, и поздние, выявленные в срок более 2 лет. Причинами возникновения ранних Р являются крайне агрессивное течение, имплантационный путь метастазирования, неадекватный объем хирургического вмешательства. Причины и сроки возникновения поздних Р не определены и достаточно не изучены.

Приводим описание показательного клинического случая наблюдения больной с РТМ, у которой возник Р спустя 12 лет после проведенного лечения.

**Больная М., 79 лет,** поступила в онкогинекологическое отделение Института онкологии АМН Украины с диагнозом «рак тела матки» III стадии (pT1cN1M0), состояние после комбинированного лечения, Р заболевания. Сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца, миокардиодистрофия, сердечная недостаточность I ст., хронический гастродуоденит.

Из анамнеза установлено, что 13 лет назад по поводу РТМ III стадии (pT1cN1M0) пациентке провели комплексное лечение — пангистер-

эктомии с правосторонней подвздошной лимфаденэктомией, резекцией большого сальника; адьювантную лучевую терапию и химиотерапию. Причина отказа от левосторонней подвздошной лимфаденэктомии во время первичной операции не установлена. Послеоперационное морфологическое заключение: умереннодифференцированная аденокарцинома эндометрия с глубокой инвазией миометрия, яичники не изменены. В исследуемых правосторонних лимфатических узлах — метастазы аденокарциномы. Большой сальник без патологии. В послеоперационный период получила курс лучевой терапии на область малого таза (СОД — 40 Гр), а также 6 курсов полихимиотерапии по схеме САР (цисплатин — 100 мг/м<sup>2</sup>, доксорубин — 50 мг/м<sup>2</sup>, циклофосфамид — 600 мг/м<sup>2</sup>) с интервалом 3–4 нед между курсами. После проведенного лечения больную наблюдали более 12 лет.

После длительной ремиссии пациентка обратилась с жалобами на объемное образование в левой паховой области, боль, отечность левой нижней конечности. Больной провели рентгенографию органов грудной клетки, компьютерную томографию органов брюшной полости, гастроскопию, колоноскопию, ЭКГ, при общем исследовании выявлены признаки сдавления левой бедренной артерии, конгломерат метастатически трансформированных паховых и подвздошных лимфатических узлов слева. Метастатическое поражение других групп лимфатических узлов и метастазы других локализаций не установлены. Результаты осмотра: в левой пахово-подвздошной области опухоль до 10 см в диаметре (рис. 1а, б) плотноэластической консистенции, умеренно подвижна, отек левой нижней конечности. При ректо-вагинальном осмотре: влагалище заканчивается слепо, матка с придатками отсутствуют, слева в подвздошной области определяется ограниченно подвижное объемное образование до 3–4 см. Слизистая прямой кишки на высоте пальца не изменена.



*a*



*б*

**Рис. 1.** Объемные образования в левой пахово-подвздошной области, определяемые при наружном осмотре больной: *a* — вид сверху; *б* — вид сбоку

После предоперационной подготовки в плановом порядке произведена бедренно-паховая и ретроперитонеальная подвздошная лимфаденэктомия с дренированием послеоперационной раны (рис. 2).

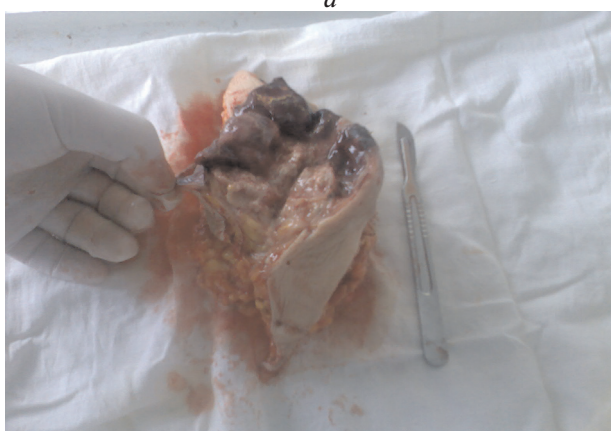


**Рис. 2.** Дренированная послеоперационная рана

Макропрепарат, удаленный единым блоком, представлял собой конгломерат метастатически пораженных паховых и бедренных лимфатических узлов солидного строения с кровоизлияниями и множественными некрозами и группы подвздошных лимфатических узлов (рис. 3 *a, б*). Морфологическое заключение: метастазы аденокарциномы тела матки.



*a*



*б*

**Рис. 3.** *a* — Макропрепарат удаленных лимфатических узлов; *б* — множественные некрозы и кровоизлияния в пораженные ткани

Послеоперационный период протекал с выраженным отеком в области послеоперационной раны и лимфостазом левой нижней конечности. С 1-го по 5-й день после операции по дренажу выводилось до 500 мл лимфы. Повышение температуры тела до 38 °С отмечалось в первые 3 дня. Начиная с 10-го дня после операции отек послеоперационной раны и лимфостаз левой нижней конечности постепенно регрессировали. На 14-е сутки удален дренаж, сняты швы. Заживление раны — первичным натяжением. После проведенного курса лучевой терапии на область послеоперационной раны пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Следует отметить, что вопрос о необходимости выполнения двухсторонней подвздошной лимфаденэктомии у больных с РТМ до сих пор остается дискуссионным, так как не выработаны четкие показания для ее выполнения. В одних клиниках лимфаденэктомия является рутинным объемом хирургического вмешательства без достаточных показаний, в других — не выполняется и в тех случаях, где она показана.

Подвздошная лимфаденэктомия у пациенток с РТМ должна проводиться не только при низкой дифференцировке, глубокой инвазии опухоли и переходе на цервикальный канал, но и в случа-

ях клинического подозрения на метастатическое поражение лимфатических узлов при их ревизии во время операции. Проведение после хирургического этапа адъювантной терапии (лучевая терапия, химиотерапия или лучевая терапия + химиотерапия) при распространенном опухолевом процессе значительно улучшает отдаленные результаты лечения.

Больным с метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов после проведения комплексного лечения необходимо проводить тщательное врачебное наблюдение на протяжении всей жизни — региональные Р могут возникать в любые сроки наблюдения, даже когда пациентка считается полностью излеченной (в данном наблюдении через 12 лет).

Возраст больной не должен являться противопоказанием для лечения этой категории пациенток.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Антипов ВА, Новикова ЕГ, Шевчук АС. Проблема лимфаденэктомии в онкогинекологии. Современ технолог и лечение гинеколог заболеваний (сборник статей). М, 2004: 223–4.
2. Баринев ВВ. Мировые стандарты и результаты лечения рака эндометрия. Матер V Рос онкол конфер. М, 2001: 42.
3. Ульрих ЕА, Нейштадт ЭЛ, Зельдович ДР, Урманчеева АФ. Комплексное лечение больных серозно-папиллярным раком. Матер науч-практ конф, посвященной 85-летию со дня основания ЦНИРРИ МЗ РФ (Санкт-Петербург). СПб, 2003: 233–4.

4. Урманчеева АФ, Ульрих ЕА, Нейштадт ЭЛ и др. Серозно-папиллярный рак эндометрия (клинико-морфологические особенности. Вопр онкологии 2002; 48 (6): 679–83.

5. Кузнецов ВВ, Нечушкина ВМ. Хирургическое лечение рака тела матки. Практ онкология 2004; (17): 25–32.

6. Вакулюк АП, Комисаренко НИ. Сравнительный анализ заболеваемости, диагностики и лечения рака эндометрия. Матер X з'їзду онкологів України. К, 2001: 7.

7. Манжура ЕП, Захарцева ЛМ, Мицкевич ВЕ, Джулакян ГЛ. Дифференцированный подход в лечении больных с разными морфологическими формами рака эндометрия. Матер III съезда онкол радиол стран СНГ. Минск, 2004: 208–9.

### DELAYED RELAPSE OF HYSTEROCARCINOMA (CLINICAL CASE)

*L.I. Vorobyeva, A.V. Turchak, M.P. Beznosenko*

**Summary.** *The report describes diagnostics and treatment of a 79 years-old-patient with metastatic lesions of the inguinal and iliac lymph nodes 12 years after the treatment for stage III hysterocarcinoma (pT1cN1M0).*

**Key Words:** hysterocarcinoma, lymph nodes, relapse, 12 years after primary treatment, disorders, lymphadenectomy.

#### Адрес для переписки:

Воробьева Л.И.  
03022, Киев, ул. Ломоносова, 33/43  
Институт онкологии АМН Украины,  
отделение онкогинекологии.