

*Е.Л. Дикарева<sup>1</sup>, И.Е. Говоров<sup>1</sup>, Э.В. Комличенко<sup>1</sup>, Т.М. Первунина<sup>1</sup>, Е.А. Ульрих<sup>1,2</sup>*

## **Результаты успешного лечения злокачественных новообразований тела матки у пациентов с отягощенным коморбидным статусом (клинические случаи)**

<sup>1</sup>ФГБУ «НМИЦ им В.А.Алмазова» Минздрава России  
<sup>2</sup>ГБОУ ВО «СЗГМУ им.И.И.Мечникова» Минздрава России,  
Санкт-Петербург

В России, как и во многих развитых странах, рак тела матки (РТМ) является самой распространенной злокачественной опухолью женских половых органов с неуклонной тенденцией роста заболеваемости. За последние десятилетия увеличился удельный вес больных РТМ с отягощенным коморбидным статусом. Этот контингент требует индивидуального подхода к выбору метода лечения, подготовке и ведению периоперационного периода с целью профилактики возможных осложнений. Проведен анализ результатов хирургического лечения 17-ти больных раком эндометрия с полиморбидным статусом, получивших лечение в ФГБУ «НМИЦ им. А.В.Алмазова» за период с 01.01.2019 по 30.04.2020. У большинства пациенток (52,9%) индекс Чарлсона превышал 6 баллов, что свидетельствует о наличии 3х и более заболеваний с тяжелым течением. Наблюдение всех 17 пациенток в периоперационном периоде осуществлялось многопрофильной бригадой с участием не только врача онколога, но и кардиолога, кардиохирурга, кардио-реаниматолога, ревматолога и других специалистов. Такой мультидисциплинарный подход позволил выполнить радикальные вмешательства с учетом особенностей опухолевого процесса и согласно клиническим рекомендациям по лечению злокачественных новообразований.

**Ключевые слова:** рак эндометрия, коморбидность

### **Введение**

Современные мировые тенденции характеризуются увеличением распространенности среди населения хронических заболеваний, прежде всего со стороны сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертония, аритмии, цереброваскулярные заболевания и др.) [8]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются наиболее распространенной причиной смерти во всем мире. Исследова-

ние по глобальному бремени болезней (Global Burden of Disease) показало, что сердечно-сосудистые заболевания ежегодно вызывают 17,3 миллионов смертей во всем мире, что в два раза превышает количество смертей от рака. У женщин на долю смертей от ССЗ приходится 49% всех смертей, что составляет ежегодно 2,2 миллиона, при этом, в возрасте до 65 лет в Европе умирают чуть менее 700 000 (рис. 1). Увеличивается доля заболеваний с тяжелым течением, в том числе требующих стационарного лечения и постоянного контроля. Так, в возрастной группе старше 70 лет неблагоприятный коморбидный статус определяется у 95% людей, при этом для большинства случаев характерно сочетание нескольких значимых хронических заболеваний [6, 8].

Рак тела матки (РТМ) является самой распространенной опухолью среди злокачественных новообразований женских половых органов. В 2018 г. на долю РТМ приходилось 8,0% от всех случаев злокачественных новообразований, выявленных среди женского населения, что соответствовало третьему месту в структуре общей онкологической заболеваемости в Российской Федерации [20, 21]. В 2018 г. в Санкт-Петербурге было зарегистрировано 993 новых случаев заболевания РТМ, стандартизированный показатель заболеваемости (на 100 тыс женского населения) составил 18,25 [19, 20]. Средний возраст больных раком эндометрия составляет 63 года [4, 11, 15].

Усугубляет проблему коморбидности при РТМ общность факторов риска, приводящих к развитию ССЗ и рака эндометрия. Более 70% случаев РТМ относится к I патогенетическому варианту и характеризуется наличием выраженного метаболического синдрома [16, 17]. Ожирение и метаболический синдром с сопровождающими их изменениями углеводного и липидного обмена являются ведущими звеньями в патогенезе, как большинства ССЗ, так и рака эндометрия [8, 12, 13, 17]. Всеобщая мировая тенденция, связанная с увеличением удельного веса населения, страдающего ожирением, в том числе экстремальным,

является еще одним фактором увеличения заболеваемости РТМ и сердечно-сосудистых заболеваний среди женского населения. По данным Gynecologic Oncology Group (GOG), в 2014 г. более 1,9 миллиарда взрослых в возрасте 18 лет и старше страдали ожирением [7]. По данным SEER, в 2012 г. в США почти 70% пациенток с начальными стадиями рака эндометрия имели избыточную массу тела, ожирение различной степени выраженности, в 1970 г. — только 30% [5]. По данным ESGO (2016 г.), большинство пациенток с РТМ имеют характерный клинический профиль, включающий высокий индекс массы тела (ИМТ 25 и более), метаболический синдром. Мета-анализ 3132 случаев РЭ показал, что относительный риск рака эндометрия у женщин с метаболическим синдромом составляет 1,89, с ожирением — 2,21 [4]. Само по себе ожирение усугубляет риск ССЗ и, соответственно, риск смерти [Flegal et al.]

Основным методом радикального лечения РТМ является хирургический. Прогноз для злокачественных новообразований тела матки, как правило, благоприятный при условии выполненного радикального хирургического вмешательства. По данным национальных регистров, 5-летняя выживаемость пациентов с I стадией заболевания определяется рядом прогностических факторов (гистологический тип опухоли, глубина инвазии и др.), и, в целом, составляет 90-95% [1, 3, 9, 15, 17].

Многочисленные исследования показывают, что пациенты с тяжелым течением хронических

заболеваний получают менее агрессивную терапию. Это частично обусловлено субъективным мнением врачей, что эта категория больных не может перенести обширные хирургические вмешательства [7]. Действительно, отягощенный коморбидный статус, так же, как и пожилой возраст пациента, являются независимыми факторами риска периоперационных осложнений, даже при тщательном медицинском контроле [14]. При рассмотрении оптимального подхода к лечению пациентов коморбидного статуса со злокачественными новообразованиями тела матки учитываются несколько факторов: риск смерти от рака, риск хирургического вмешательства, риск развития осложнений со стороны сопутствующих заболеваний. Оценка этих факторов позволяет определить возможность и объем хирургического вмешательства и адъювантной терапии.

**Цель исследования:** суммировать накопленный опыт лечения больных раком эндометрия с конкурирующими сопутствующими жизнеугрожающими заболеваниями для оптимизации тактики ведения таких пациенток.

### Материалы и методы

В 2019 г. в ФБГУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова» Минздрава России получили лечение 17 больных раком эндометрия, отягощенных выраженной сопутствующей патологией. Всем пациенткам было отказано в лечении в специализированных онкологических стационарах ввиду необходимости многопрофильного оказания помощи данному контингенту больных.

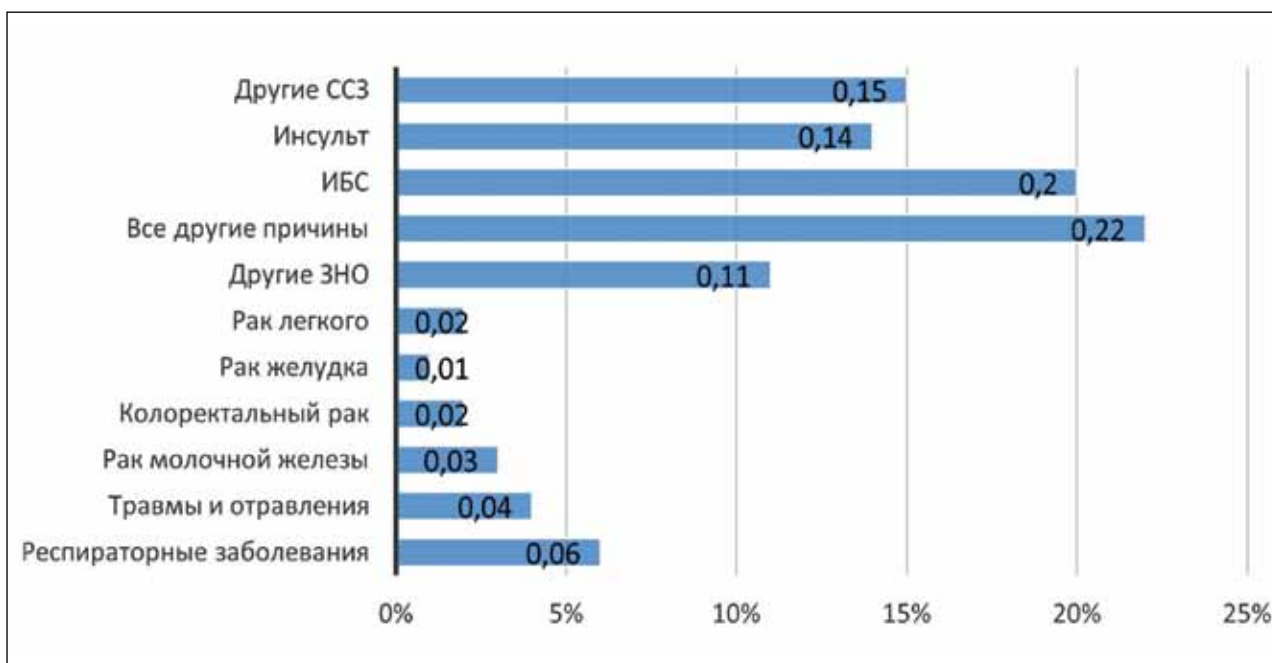


Рис. 1. Доля всех смертей от основных причин в Европе среди женщин, 2016 г.  
Источник: база данных ВОЗ по смертности

**Результаты**

Средний возраст больных составил 60 лет и варьировал от 35 до 81 года. Большую часть составили пациентки в возрастной группе от 51 до 70 лет (64,7%), табл. 1.

**Таблица 1. Распределение полиморбидных больных раком эндометрия по возрастным группам, распространенности процесса и гистологическим вариантам опухоли**

		Абс.количество (%)
Возраст (лет)	<40	2 (11,8)
	41-50	1 (5,9)
	51-60	5 (29,4)
	61-70	6 (35,3)
	71-80	2 (11,8)
	> 80	1 (5,9)
Стадия *	Ia	9 (52,9)
	Ib	2 (11,8)
	II	2 (11,8)
	III	2 (11,8)
	IV	2 (11,8)
Гистологический вариант**	G1	6 (35,3)
	G2	10 (58,8)
	G3	1 (5,9)

\* классификация FIGO, 8<sup>th</sup> edition 2017  
 \*\* классификация ВОЗ, 2014

Среди больных с III стадией РТМ у одной были выявлены метастазы в тазовые лимфатические узлы, у другой — при гистологическом исследовании обнаружен метастаз в маточную трубу. С IV стадией заболевания были пациентки с отдаленными метастазами в легкие, кости и в надключичный лимфатический узел.

У всех пациенток опухоль была представлена эндометриоидным раком: в 58,8% случаев (n=10) — G2, в одном случае — G3 (5,9%), в шести (35,3%) — G1.

Для оценки тяжести соматического статуса использовался индекс коморбидности Чарльсона (Charlson) [2], который позволяет учитывать тяжесть и количество сопутствующих заболеваний. Большинство пациентов с РТМ имели сочетание 3-х и более сопутствующих заболеваний с тяжелым течением. Длительность анамнеза сопутствующих заболеваний, как правило, превышала 10 лет (табл. 2).

С целью оценки степени риска хирургического вмешательства использовалась система классификации физического статуса пациентов Американского общества анестезиологов (ASA physical status classification system). Большая часть пациенток — 11 (64,7%) относилась к III классу риска, что соответствовало определению их, как пациентов с тяжелыми системными заболеваниями. В нашей группе исследования среди сопутствующих процессов наиболее часто

**Таблица 2. Распределение пациенток со злокачественными новообразованиями тела матки с учетом индекса коморбидности Charlson**

Индекс коморбидности (баллы)	Абс. количество (%)	Средний возраст (лет)	Стадия заболевания				Степень дифференцировки		
			I	II	III	IV	G1	G2	G3
0-2	1(5,9%)	56	1(100%)				1(100%)		
3-4	2(11,8%)	63	2(100%)				1(50%)	1(50%)	
5-6	5(29,4%)	59	4(80%)		1(20%)		2(40%)	3(60%)	
более 6	9(52,9%)	61	4(44%)	2(22%)	1(10%)	2(20%)	2(20%)	6(67%)	1(10%)

**Таблица 3. Характеристика коморбидных больных раком эндометрия в зависимости от сопутствующих заболеваний**

Сопутствующие заболевания	Абсолютное количество (%)
Артериальная гипертония 3 ст.	9 (52,9%)
Сахарный диабет 2 тип.	5(29,4%)
Ожирение 3 ст.	4(23,5%)
Нарушение ритма сердца (фибрилляция, трепетание)	4(23,5%)
Стентирование коронарных артерий, аортокоронарное шунтирование в анамнезе	4(23,5%)
ТЭЛА	3(17,6%)
Инфаркт в анамнезе	3(17,6%)
Легочная гипертензия 1-2 ст	2(11,8%)
Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе	2(11,8%)
Протезирование клапанов сердца механическими протезами	2(11,8%)
Системная красная волчанка (с поражением суставов, почек)	1(5,9%)
Хроническая обструктивная болезнь легких	1(5,9%)

встречались ССЗ: врожденные и приобретенные пороки сердца, потребовавшие установки механических протезов клапанов сердца, нарушения сердечного ритма (фибрилляция, трепетание). У 3-х пациенток (17,6%) в анамнезе отмечались рецидивирующие эпизоды ТЭЛА, причем, у одной в сочетании с инфарктами обеих почек и селезенки. В одном случае потребовалось выполнение баллонной ангиопластики нижнедолевых ветвей правой и левой легочной артерии (табл. 3).

Выполненное лечение соответствовало рекомендациям ESGO, NCCN и «Практическим рекомендациям по лечению злокачественных опухолей» RUSSCO, AOP. Решение о выборе метода лечения принималось на консилиуме с участием радиолога, онколога с активным привлечением врачей других специальностей (кардиологов, кардиохирургов, ревматологов, анестезиологов-реаниматологов). Индивидуально для каждой пациентки выбирался метод анестезии и способ контроля сопутствующих заболеваний. Планировался комплекс мероприятий по предотвращению возможных нежелательных осложнений, в том числе таких серьезных, как декомпенсация с отеком легкого, нарушением сердечного ритма и др. Всем пациенткам на I этапе проводилась коррекция базовой кардиотропной, гипотензивной, антиаритмической терапии с учетом предстоящего хирургического вмешательства. Все пациентки относились к группе высокого риска по развитию тромбоэмболических осложнений и требовали назначения лечебных доз низкомолекулярных гепаринов (НМГ), или перехода с непрямых антикоагулянтов, что выполнялось под контролем показателей свертывающей системы крови. На II этапе всем пациенткам было выполнено хирургическое вмешательство. Объем операции определялся распространенностью опухолевого процесса, гистологическим строением новообразования (табл. 4).

**Таблица 4. Оперативное лечение пациенток со злокачественными новообразованиями тела матки**

Объем оперативного вмешательства	Абс. количество
Экстирпация матки с придатками, в том числе с оментэктомией	11 1
Экстирпация матки с придатками, 2х сторонняя тазовая лимфаденэктомия, в том числе с оментэктомией	5 3
Симультанная операция: Стернотомия. Удаление образования правого желудочка, митрального клапана. Пластика трикуспидального клапана в условиях ЭКК, КПП. Лапаротомия. Радикальная гистерэктомия (операция Вертгейма – Мейгса)	1

Одной пациентке с РТМ выполнена экстренная операция по поводу маточного кровотечения при проведении двойной дезагрегантной терапии после баллонной ангиопластики со стенти-

рованием передней межжелудочковой и правой коронарной артерий по поводу ИБС, атеросклероза коронарных артерий.

Длительная и тщательная подготовка больных к хирургическому лечению позволила избежать интраоперационных и тяжелых послеоперационных осложнений. Осложнения в течении послеоперационного периода отмечались у одной больной (5,9%) и были связаны с развитием симптомов декомпенсации со стороны сердечно-сосудистой системы в виде нарастания легочной гипертензии. Проводимая антикоагулянтная терапия НМГ в лечебных дозах в сочетании с Варфарином у этой пациентки сопровождалась умеренно выраженным геморрагическим синдромом с формированием гематом в местах инъекций и в послеоперационной ране, успешно пролеченной консервативно.

### Клинический случай

Пациентка 35 лет, диагноз: Рак тела матки IV стадии. pT3bN1M1 с метастазами в тазовые, парааортальные л/узлы, левый надключичный л/узел, левый яичник. Сопутствующие заболевания: Тромбоэмболия сегментарных и субсегментарных легочных артерий с обеих сторон. Инфекционный эндокардит правого желудочка. Тромб левого желудочка.

При обследовании по месту жительства по поводу бесплодия была обнаружена гиперплазия эндометрия по данным УЗИ. Выполнена гистерорезектоскопия, гистологически верифицирована как умеренно дифференцированная эндометриоидная аденокарцинома. При дообследовании по данным МРТ обнаружены признаки глубокой инвазии в миометрий с распространением на строму шейки матки, вторичным поражением тазовых лимфоузлов.

При выполнении КТ-исследования появились жалобы на общую слабость, одышку в покое: результат КТ исследования органов грудной клетки — массивная тромбоэмболия сегментарных и субсегментарных легочных артерий с обеих сторон, инфаркты обеих почек, селезенки; результат КТ исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства — инфаркты обеих почек, селезенки, метастатическое поражение тазовых, абдоминальных, левого надключичного л/узлов. В течение месяца получала антикоагулянтную терапию с использованием лечебных доз низкомолекулярных гепаринов (НМГ) (Эноксипарин 0.7мл п/к 2 раза в сутки). На этом фоне отмечено два эпизода обильных кровотечений. С учетом высокого риска тромбоэмболических осложнений в хирургическом лечении в учреждении онкологического профиля пациентке было отказано. Госпитализирована



Рис. 2. ПЭТ-КТ. РФП: F-18-фтордезоксиглюкоза. Метастаз в надключичный узел слева

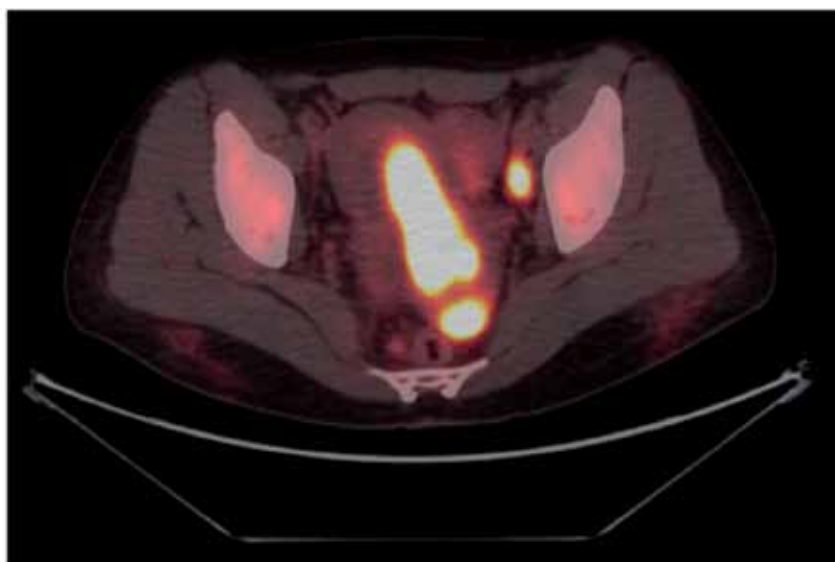


Рис. 3. ПЭТ-КТ. РФП: F-18-фтордезоксиглюкоза. Поражение органов малого таза



Рис. 4. ПЭТ-КТ. Накопление РФП, характеризующих распространение опухолевого процесса

в ФГБУ «НМИЦ им.В.А.Алмазова» Минздрава России для решения вопроса о возможности хирургического лечения.

По данным транспециеводной ЭХО-кардиографии в правом желудочке обнаружено подвижное, ближе к округлой форме образование, прикрепленное к стенке правого желудочка тонкой ножкой, без четких контуров, размером до 10-11x13-19 мм, умеренной плотности, флотирующее с током крови. Митральный клапан: лоцируется подвижное, неправильной формы образование, умеренной плотности, размером 8x7мм, прикрепленное тонкой ножкой к задней створке (сегмент P1 с предсердной стороны), значимо не нарушающее гемодинамики на клапане — вегетация? миксома? образование? По данным ПЭТ-КТ-исследования, с РФП: F-18-фтордезоксиглюкоза подтвержден диагноз Рак тела матки с переходом на шейку матки с метастазами в левый надключичный, забрюшинные и тазовые лимфатические узлы. Изменения в базальных отделах легких — вероятнее всего последствия инфарктов легких (рис. 2, 3, 4).

Пациентка обсуждена на консилиуме: в связи с высоким риском развития тромбэмболических осложнений, невозможностью проведения адекватного антикоагулянтного лечения на фоне продолжающегося маточного кровотечения, принято решения о выполнении симультанной операции.

Симультанная операция: стернотомия, удаление образования правого желудочка, митрального клапана. Пластика трикуспидального клапана. Лапаротомия. Радикальная гистерэктомия (операция Вертгейма–Мейгса). Время операции 490 мин. Общая кровопотеря — 400 мл. При ревизии правого предсердия: под задней створкой трикуспидального клапана рыхлые образования неправильной формы, размерами 2,0 x 3,0 см, плотно фиксированы к хордальному аппарату створки и трабекулам стенки правого желудочка (тромб). Аналогичное по структуре образование фиксировано к задней створке митрального клапана, размерами 6x15мм (тромб). Наблюдение в послеоперационном периоде осуществлялось совместно с кардиохирургом, кардиологом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась антикоагулянтная терапия НМГ в лечебных дозах (Фраксипарин 0,7 мл 2 раза в сутки), антибактериальная терапия. Гистологическое заключение: эндометриодная карцинома с участками плоскоклеточной дифференцировки, G 2, с инвазией в миометрий более 1/2 стенки. Инвазия в строму шейки матки, включая экзоцервикс, с распространением на стенку влагалища. Метастаз в яичник, метастазы в лимфатические узлы с обеих сторон. Сальник без опухолевого роста. Выписана на 28 суток

послеоперационного периода с рекомендациями по контролю за состоянием свертывающей системы и продолжению антикоагулянтной терапии НМГ (Фраксипарин 0,7 мл 2 раза в сутки) минимальной продолжительностью до 6-ти мес. В дальнейшем пациентка получила 6 циклов химиотерапии по схеме паклитаксел, карбоплатин. Результат лечения: стабилизация процесса.

### Обсуждение

Особенности современного образа жизни, наличие общих в патогенезе рака эндометрия и ССЗ факторов риска, а также тенденции последних десятилетий, связанные с увеличением средней продолжительности жизни населения, возраст, как самостоятельный фактор риска развития РТМ и сопутствующих заболеваний, привели к существенным изменениям в представлении о пациентках со злокачественными новообразованиями тела матки. В настоящее время, большинство пациенток с РТМ — это больные с отягощенным коморбидным статусом, старше 60 лет, требующие взвешенного, часто нестандартного подхода к лечению. Другая тенденция связана с появлением больных РТМ молодого возраста (в том числе до 40 лет) с тяжелым течением хронических заболеваний, у которых выполнение хирургических вмешательств связано с высоким риском периоперационных осложнений. Среди пролеченных в ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова», 2 больные в возрасте 35 и 36 лет имели в анамнезе эпизоды рецидивирующей ТЭЛА, с высоким риском периоперационных осложнений при выполнении стандартных диагностических и лечебных процедур. В 2018 г. в Российской Федерации 6,9% всех больных ЗНО имели противопоказания к проведению специального лечения, 38,8% из них с I-II стадией заболевания [20, 21]. От неонкологических заболеваний в этот же период умерли 75282 больных, что соответствует 21,7 на 100 умерших больных ЗНО (в 2005 г. — 15,7) [20, 21].

Результаты лечения больных РТМ с отягощенным коморбидным статусом определяются особенностями самого опухолевого процесса, проведенным лечением, и, в равной мере, степенью тяжести сопутствующих заболеваний. В большинстве случаев именно последний фактор оказывает решающее влияние при оценке возможности выполнения и выборе объема хирургического вмешательства. Анализ результатов лечения более, чем 37 000 женщин с РТМ (SEER, 2016 г.) продемонстрировал, что хирургическое лечение в объеме гистерэктомии, было выполнено у 95% больных в возрасте младше 70 лет, в возрасте старше 80 лет — только в 67%. Причи-

нами отказа от оперативного лечения являлись не столько возраст, сколько наличие одного или нескольких хронических заболеваний с тяжелым, плохо поддающимся коррекции течением. При наличии неблагоприятных факторов со стороны опухоли тазовая лимфаденэктомия выполнялась в 50% случаев в возрастной группе от 60 до 69 лет и в 25% случаев у пациенток старше 80 лет. По данным ESGO (2016), во Франции у этой же категории пациенток с РТМ в возрасте до 65 лет тазовая лимфаденэктомия выполнялась в 85% случаев, старше 80 лет в 46% [7]. Необходимость выполнения тазовой лимфаденэктомии была показана в крупном проспективном исследовании Gynecologic Oncology Group (GOG) Study LAP2 (2017 г.). Из всей когорты пациентов, включенных в исследование, 37% соответствовали критериям N-IR (группа высокого промежуточного риска), из них 43% были старше 70 лет. Риск рецидива и прогрессирования заболевания в этой группе составляет 25%. Однако, если в возрасте до 50 лет при наличии высокого и промежуточного риска, адъювантная лучевая терапия проводилась в 60% случаев, то в возрасте от 50 до 79 лет — в 24-27% случаев, старше 80 лет — в 17,3% [7]. Мультидисциплинарный подход позволил всем больным РТМ выполнить в ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова» адекватный онкологическому заболеванию объем хирургического вмешательства.

Оценка коморбидного статуса больных РТМ, которые получили лечение в ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова», показала, что у 52,9% из них, индекс Чарлсона был 6 и более баллов. В качестве сравнения: по данным противоракового Агентства Британской Колумбии (ВССА), из 401 пациентки, получавших лечение в Ванкувере с 1 января 1989 года по 31 декабря 1996г с первичным диагнозом РТМ, большинство не имело, или страдало одним значимым сопутствующим заболеванием, что соответствовало 0-1 баллам индекса коморбидности по шкале Чарлсона. Доля пациентов с индексом коморбидности 2 балла варьировала в зависимости от возраста и составляла 12% у пациенток 65 лет, 18% в возрастном периоде 65-70 лет, и 29% в возрасте старше 70 лет.

Не менее важное влияние на качество жизни и ее продолжительность оказывает тяжесть течения и осложнения со стороны сопутствующих заболеваний. Практически единственное крупное ретроспективное исследование причин смерти женщин с инвазивным раком эндометрия было проведено в США в 2008 г. Использовались данные регистров SEER о результатах лечения 44 145 женщин с РТМ за период с 1973 по 1988 гг. Проведенный анализ причин смерти показал, что, в целом, пациенты с РТМ чаще

умирали от сердечно-сосудистых заболеваний, чем от прогрессии злокачественного новообразования. Особенно это касается больных с начальными стадиями РЭ. Так, авторы исследования отмечают, что при I стадии смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы на 30% выше, чем от ЗНО. Риск смерти от РТМ наиболее высокий в течение 5 лет с момента установления диагноза, независимо от стадии заболевания, гистологического строения опухоли. Через 5 лет, риск смерти от ССЗ превышает риск смерти от рака эндометрия [2].

## Выводы

Выполнение хирургических вмешательств, адъювантного лечения у больных РТМ с отягощенным коморбидным статусом практически невозможно в условиях специализированных онкологических учреждений, поскольку требует активного участия специалистов неонкологического профиля (кардиохирургов, кардио-реаниматологов, кардиологов и др.). Для большинства таких больных, единственно возможным является лечение, в том числе хирургическое, в условиях многопрофильных стационаров, что и было продемонстрировано на примере описанных клинических случаев.

Другой, не менее важный момент заключается в том, что наблюдение больных РТМ после завершения специального лечения не должно осуществляться только в рамках контроля за злокачественными новообразованиями. С целью улучшения качества жизни, снижения смертности для них должен составляться четкий план совместного активного наблюдения со стороны онколога и врача, осуществляющего контроль за течением сопутствующих заболеваний.

### *Конфликт интересов*

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

### *Финансирование*

*Исследование не имело спонсорской поддержки*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Bakkum-Gamez J.N., Gonzalez-Bosquet J., Laack N.N. et al. Current issues in the management of endometrial cancer. *Mayo Clin Proc.* 2008 Jan;83(1):97-112.
2. Charlson M.E., Pompei P., Ales K.L. et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40(5): 373-383.
3. Chen L., Liu X., Li M. et al. A novel model to predict cancer-specific survival in patients with early-stage uterine papillary serous carcinoma (UPSC). *Cancer Med.* 2020 Feb;9(3):988-998.

4. Colombo N., Creutzberg C., Amant F. et al. ESMO-ESGO-ESTRO Endometrial Consensus Conference Working Group. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2016 Jan;27(1):16-41.
5. Cusimano M.C., Simpson A.N., Dossa F. et al. Laparoscopic and robotic hysterectomy in endometrial cancer patients with obesity: a systematic review and meta-analysis of conversions and complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Nov;221(5):410-428.
6. Haggerty J., Fortin M., Beaulieu M.D. et al. At the interface of community and healthcare systems: a longitudinal cohort study on evolving health and the impact of primary healthcare from the patient's perspective. *BMC Health Serv Res.* 2010 Sep 3;10:258.
7. Moore K., Brewer M.A. Endometrial Cancer: Is This a New Disease? *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2017;37:435-442.
8. Morice P., Leary A., Creutzberg C. et al. Endometrial cancer. *Lancet* 2016; 387:1094-108.
9. Townsend N., Wilson L., Bhatnagar P. et al. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *European Heart Journal.* 2016;37(Issue 42):3232-3245.
10. Póka R., Baradács I. Comparison of progression-free and overall survival between endometrial cancer patients treated with laparoscopic and open surgical techniques. *Orv Hetil.* 2020 Mar;161(10):382-388.
11. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin.* 2019 Jan;69(1):7-34.
12. Truong P.T., Kader H.A., Lacy B. et al. The effects of age and comorbidity on treatment and outcomes in women with endometrial cancer. *Am J Clin Oncol.* 2005 Apr; 28(2):157-64.
13. Ward K.K., Shah N.R., Saenz C.C. et al. Cardiovascular disease is the leading cause of death among endometrial cancer patients. *Gynecol Oncol.* 2012 Aug;126(2):176-9.
14. Wright J.D., Lewin S.N., Deutsch I. et al. Effect of surgical volume on morbidity and mortality of abdominal hysterectomy for endometrial cancer. *Gynecol.* 2011 May;117(5):1051-9.
15. Zhu L., Sun X., Bai W. Nomograms for Predicting Cancer-Specific and Overall Survival Among Patients With Endometrial Carcinoma: A SEER Based Study. *Front. Oncol.* 10:269.
16. Бохман Я.В. Рак тела матки. Кишинев: Штиинца, 1972:218 [Bohman YA.V. Rak tela matki. Kishinev: Shtiinca, 1972:218 (In Russ.)].
17. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л.: Медицина, 1989:464 [Bohman YA.V. Rukovodstvo po onkoginekologii. L.: Medicina, 1989:464 (In Russ.)].
18. Всемирная Организация Здравоохранения. Резюме. Всемирный доклад о старении и здоровье. 2015. <http://www.who.int>. [Vsemirnaya Organizaciya Zdravoohraneniya. Rezyume. Vsemirnyj doklad o starenii i zdorov'e. 2015g. <http://www.who.int>. (In Russ.)].
19. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): Руководство для врачей. Издание второе, дополненное. Часть I., 2015:223 [Merabishvili V.M. Onkologicheskaya statistika (tradicionnye metody, novye informacionnye tekhnologii): Rukovodstvo dlya vrachej. Izdanie vtoroe, dopolnennoe. CHast' I., 2015: 223 (In Russ.)].
20. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019:250 [Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2018 godu (zabolevaemost' i smertnost') Pod red. A.D. Kaprina, V.V. Starinskogo, G.V. Petrovoj. M.: MNIOI im. P.A. Gercena filial FGBU «NMIC radiologii» Minzdrava Rossii, 2019:250 (In Russ.)].
21. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019:236 [Sostoyanie onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2018 godu. Pod red. A.D. Kaprina, V.V. Starinskogo, G.V. Petrovoj. M.: MNIOI im. P.A. Gercena filial FGBU «NMIC radiologii» Minzdrava Rossii, 2019. ill. — 236 (In Russ.)].

Поступила в редакцию 28.07.2020 г.

*E.L. Dikareva<sup>1</sup>, I.E. Govorov<sup>1</sup>, E.V. Komlichenko<sup>1</sup>,  
T.M. Pervunina<sup>1</sup>, E.A. Ulrikh<sup>1,2</sup>*

**Results of successful treatment of uterine malignant neoplasms in patients with a severe comorbid status (clinical cases)**

<sup>1</sup>Almazov National Medical Research Centre, Saint-Petersburg,

<sup>2</sup>The North-Western state medical university named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg

In Russian Federation, as in other developed countries, endometrial cancer (EC) is the most common malignant tumor within the female reproductive system. Over the past decades, patients with EC more often present with severe comorbidities. They require an individual management approach through the perioperative period in order to prevent possible complications. We performed the analysis of the surgical treatment of 17 patients with endometrial cancer with multiple comorbidities that were treated in Almazov National Medical Research Centre for the period from 01.01.2019 to 30.04.2020. Majority of patients (52.9%) exceeded 6 points of Charlson index, indicating the presence of 3 or more severe somatic diseases. Due to multidisciplinary treatment approach (including oncologists, cardiologists, cardiac surgeons, intensive care specialists, rheumatologists, and others) radical surgery was performed in all patients.

Key words: endometrial cancer, comorbidity