

# Паллиативная помощь больным саркомой матки

**О.В. Слободянюк, В.С. Сухин, Н.Н. Щит**

ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины», г. Харьков

Саркома матки является редкой, но агрессивной злокачественной опухолью. В статье представлена информация о различных подходах к проведению паллиативной помощи. Проанализированы возможности проведения паллиативного лечения у больных с распространенным процессом саркомы матки, а также у больных с рецидивом заболевания.

**Ключевые слова:** саркома матки, паллиативное лечение.

Саркома матки составляет 2–6% по отношению к злокачественным опухолям матки и 1% ко всем злокачественным опухолям половых органов [1, 2].

Саркома матки имеет агрессивное клиническое течение с высокой частотой местных и отдаленных рецидивов и метастазов. Медиана развития рецидива составляет менее 2 лет. Для саркомы матки характерно метастазирование гематогенным и лимфогенным путями и прорастание смежных органов [1–3].

Целью паллиативного лечения является поддержание оптимального качества жизни больного. Паллиативное лечение начинается тогда, когда стандартные методы лечения саркомы больше неэффективны, и именно оно помогает пациенту бороться с болью, психологическими переживаниями, нарушением работы жизненно важных органов, беспокойством.

Возможности повышения качества жизни онкологических больных на сегодняшний день достаточно велики. Современная паллиативная медицина – это тесное взаимодействие специалистов по клинической онкологии, химиотерапии и лучевой терапии. Для оказания адекватной и полноценной помощи онкологическим больным нужны также психологи, квалифицированные медицинские сестры и специалисты по профессиональному уходу [4, 5].

Для эффективного паллиативного лечения используют: хирургическое лечение, лучевую терапию, паллиативную химиотерапию, паллиативную обезболивающую терапию, гормонотерапию. При проведении паллиативного лечения используют индивидуальные схемы для каждого больного [6, 7].

В плане хирургического лечения выполняют различные по объему паллиативные операции с целью: остановить или предотвратить возникающее кровотечение из полости матки, отсрочить непроходимость кишечника, уменьшить болевой синдром или прогрессирование недостаточности функции внутренних органов. В этой ситуации возможно выполнение следующих оперативных вмешательств: экстирпация матки с придатками, надвлагалищная ампутация матки с придатками, перевязка внутренних подвздошных артерий, селективная лимфаденэктомия опухолеизмененных лимфатических узлов (паховых, парааортальных, подвздошных) [6].

При неоперабельных опухолях саркомы матки, осложняющихся кровотечением, что утяжеляет течение заболевания и ограничивает применение химио- и лучевой терапии, возможно проведение эмболизации внутренней подвздошной артерии. Осуществляют селективную катетеризацию маточных артерий или передних порций внутренней подвздошной артерии и производят окклюзию их мелкими частицами эмболизата [1].

Рецидивные и метастатические опухоли саркомы матки любой локализации подлежат удалению, поскольку это увеличивает продолжительность жизни больного.

При выявлении метастазов в легких рекомендуют оперативное вмешательство в адекватном объеме. При удалении метастазов используют следующие оперативные вмешательства: атипичная (плоскостная или клиновидная) резекция, лобэктомия, прецизионное удаление, сегментэктомия. Пневмонэктомию выполняют у больных в связи с особенностями локализации множественных метастазов и их взаимоотношением с элементами корня легкого. При двусторонней локализации метастазов проводят последовательные оперативные вмешательства. В первую очередь оперируют на стороне большего поражения, а через 3–4 нед – на контрлатеральном легком [7, 8].

У большинства больных в различные сроки после удаления метастазов в легких диагностируют новые метастазы. При изолированном поражении легких оправданы повторные оперативные вмешательства, поскольку 5-летняя выживаемость достигает 10–15%. Именно по поводу метастазов саркомы в легких стали впервые выполнять повторные их резекции. В литературе описаны наблюдения, когда больным по поводу «рецидивных» метастазов выполняли до 9 торакотомий.

Пятилетняя выживаемость после оперативных вмешательств по поводу единичных метастазов составляет 29,3%, по поводу множественных метастазов – 7,7% [7–9].

Метастатическое поражение печени является одним из наиболее частых вариантов отдаленного метастазирования при саркоме матки. Современная тактика при метастатическом поражении печени предполагает агрессивный мульти-модальный подход [6].

Показаниями к резекции печени по поводу ее метастатического поражения являются: изолированный характер метастатического поражения печени; возможность сохранения функции печени после выполнения резекции необходимого объема, общее состояние больной.

При планировании обширных резекций печени (3 сегмента и более) по поводу множественных очагов нередко возникает угроза развития печеночно-клеточной недостаточности вследствие потери большого объема функционирующей паренхимы. Для решения этой проблемы успешно применяют предоперационную эмболизацию ветвей воротной вены. Портальная эмболизация индуцирует гипертрофию неэмболизированной доли и атрофию эмболизированной в течение 2 нед. Достижение необходимого объема остающейся функциональной паренхимы после портальной эмболизации позволяет выполнять обширные вмешательства, отдаленные результаты которых не отличаются от результатов стандартных резекций печени [6, 10].

Лечение метастазов в печени, помимо резекции, может осуществляться путем локальной деструкции (абляции). Перкутанную алкогольную абляцию выполняют под контролем УЗИ. Введение 95% этанола в опухолевые очаги способно вызвать их полный некроз [10, 11].

Другим методом локальной деструкции является криодеструкция. При лапаротомии или лапароскопии в пораженный участок печени вводят зонд, внутри которого цир-

кулирует жидкий азот – 196° С. Формируется зона замораживания с последующей ее деструкцией [10, 11].

В настоящее время активно развивается метод радиочастотной термальной абляции. Происходит термическое разрушение очаговых образований в печени путем введения в них иглы-электрода под контролем УЗИ или компьютерной томографии (КТ). Температура в коагулируемом очаге составляет 80–100° С, длительность процедуры – 10–20 мин [10, 11].

Эффективным способом термического разрушения метастатических очагов является также использование лазерного излучения. Термический некроз опухоли достигается путем подведения лазерного излучения в толщу очага по оптическому волокну.

Хирургическое удаление пораженных участков печени позволяет добиться 5-летней выживаемости у 16–45% больных [6, 10, 11].

Необходимо отметить, что хирургическое лечение является неотъемлемым компонентом комплексного лечения.

Паллиативная лучевая терапия направленно воздействует на метастатические очаги и снижает темпы роста опухоли. Это особенно актуально, когда опухоль локализуется в труднодоступных или неоперабельных местах. При местно-распространенном опухолевом процессе, кровотечении из опухоли и отсутствующей патологии может применяться паллиативная дистанционная гамма-терапия. При лечении метастазов в печени лучевая терапия не имеет самостоятельного значения. Успешно сочетается дистанционное облучение и региональная химиотерапия. Проведение брахитерапии позволяет подвести высокую дозу непосредственно в метастатический очаг путем введения в толщу опухоли радиоактивных имплантов [7].

Целью паллиативной химиотерапии является замедление роста опухоли и облегчение существующих симптомов заболевания. Химиотерапевтическое лечение может сочетаться с лучевой терапией. Лечение рецидивов и метастазов

сарком матки подбирают индивидуально с включением антирадикалинов, ифосфамида, цисплатина, таксанов, гемцитабина. Препараты таргетной терапии находятся в стадии изучения. При метастатическом поражении печени возможно проведение хемоэмболизации. Хемоэмболизацию проводят путем введения в печеночную артерию смеси окклюзирующего агента с цитостатиком, что вызывает цитотоксическое и ишемическое повреждение опухолевых клеток [12–14].

При распространенном опухолевом процессе эндометриальной стромальной саркомы возможен ответ на гормонотерапию прогестинами [4, 15].

## ВЫВОДЫ

Таким образом, паллиативная помощь при саркоме матки фокусируется на физическом и психологическом состоянии пациента, и на облегчении симптомов болезни при тяжелой стадии заболевания.

### Паліативна допомога хворим на саркому матки О.В. Слободянюк, В.С. Сухін, Н.М. Щит

Саркома матки є рідкісною, але агресивною злоякісною пухлиною. У статті наведена інформація про різні підходи до проведення паліативної допомоги. Проаналізовані можливості проведення паліативного лікування хворих із поширеними формами саркоми матки, а також у хворих із рецидивом захворювання.

**Ключові слова:** саркома матки, паліативне лікування.

### Palliative care in uterine sarcoma patients O.V. Slobodjanjuk, V.S. Sukhin, N.N. Schit

Uterine sarcoma is a rare, but a very aggressive disease. This article contains information about different methods of palliative care. There was analyzed possibility of palliative care in uterine sarcoma patients with advanced disease, and also in patients with relapsed disease.

**Key words:** uterine sarcoma, palliative care.

## Сведения об авторах

**Слободянюк Ольга Владимировна** – ГУ «Институт медицинской радиологии имени С.П. Григорьева НАМН Украины», 61024, г. Харьков, ул. Пушкинская, 82; тел.: (057) 704-10-66

**Сухин Владислав Сергеевич** – ГУ «Институт медицинской радиологии имени С.П. Григорьева НАМН Украины», 61024, г. Харьков, ул. Пушкинская, 82; тел.: (057) 704-10-66, (067) 573-37-84

**Щит Наталья Николаевна** – ГУ «Институт медицинской радиологии имени С.П. Григорьева НАМН Украины», 61024, г. Харьков, ул. Пушкинская, 82; тел.: (057) 704-10-66

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Гранов А.М. Лучевая терапия в онкогинекологии и онкоурологии / А.М. Гранов, В.Л. Винокуров. – СПб., 2002. – С. 18-58.
- Cancer statistics, 2008 / A. Jemal, R. Siegel, E. Ward et al. // CA Cancer J. Clin. – 2008. – Vol. 58. – P. 71–96.
- Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2007. – Т. 18, № 2. – С. 10–101.
- Клиническая онкогинекология: руководство для врачей / Под ред. В.П. Козаченко. – М., 2005. – 376 с.
- Retrospective review of 208 patients with leiomyosarcoma of the uterus: prognostic indicators, surgical management, and adjuvant therapy / R.L. Giuntoli 2nd, D.S. Metzinger, C.S. DiMarco et al. // Gynecol. Oncol. – 2003. – Vol. 89. – P. 460–469.
- Урманчеева А.Ф. Принципы лечения сарком матки / А.Ф. Урманчеева, Е.А. Ульрих // Практик. Онкология. – 2008. – № 3. – С. 132–136.
- Хирургия метастазов сарком в легких / В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, В.Д. Паршин и др. // Рос. онкол. журн. – 2005. – № 5. – С. 4–7.
- Трахтенберг А.Х. Клиническая онкопульмонология / А.Х. Трахтенберг, В.И. Чиссов. – М., 2000. – С. 543–557.
- Тепляков В.В. Лечение метастазов сарком мягких тканей в легкое: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.07 / В.В. Тепляков. – М., 1993. – 20 с.
- Вашакмадзе Л.А. Современные подходы к лечению метастазов колоректального рака в печени / Л.А. Вашакмадзе, В.М. Хомяков // Рос. онкол. журн. – 2004. – № 5. – С. 42–50.
- Широкопад В.И. Хирургическое лечение местно-распространенных опухолей органов малого таза / В.И. Широкопад – М., 2008. – 247 с.
- A Gynaecologic Oncology Group randomized trial of whole abdominal irradiation (WAI) vs. cisplatin-ifosfamide + mesna (CIM) in optimally debulked stage I-IV carcinosarcoma (CS) of the uterus. ASCO Annual Meeting Proceedings, Part 1 / A.H. Wolfson, M.F. Brady, T.F. Rocereto et al. // Clin. Oncol. – 2006. – Vol. 24 (June 20 Suppl.) [abstract5001].
- Gynaecologic Oncology Group (GOG) Study. Phase II trial of gemcitabine as second-line chemotherapy of uterine leiomyosarcoma: a Gynaecologic Oncology Group (GOG) Study / K.Y. Look, A. Sandler, J.A. Blessing, J.A. Lucci 3rd et al. // Gynaecol. Oncol. – 2004. – Vol. 92. – P. 644–647.
- Gemcitabine and docetaxel in patients with unresectable leiomyosarcoma: results of a phase II trial / M.L. Hensley, R. Maki, E. Venkatraman et al. // Clin. Oncol. – 2002. – Vol. 20. – P. 2824–2831.
- Tissue microarray immunohistochemical expression of estrogen, progesterone, and androgen receptors in uterine leiomyomata and leiomyosarcoma / M.M. Leitao, R.A. Soslow, D. Nonaka et al. // Cancer. – 2004. – Vol. 101. – P. 1455–1462.

Статья поступила в редакцию 10.07.2013