Рак тела матки и саркомы матки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C54, C55, D07.0 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы»

Рак тела матки — злокачественная опухоль эндометрия; к саркомам матки относят мезенхимальные и смешанные эпителиально-мезенхимальные опухоли. Рекомендация описывает подтверждение диагноза и стадии, хирургическое, лучевое и лекарственное лечение, а также наблюдение и организацию помощи.

Главное

- Ключевые симптомы — ациклические маточные кровотечения в репродуктивном возрасте и кровотечения в период постменопаузы; выраженность кровотечения не отражает риск опухоли. Возможны бессимптомное выявление при УЗИ, длительная анемия и быстрый рост миоматозных узлов.
- Диагноз основывается на анамнезе, физикальном обследовании, морфологическом исследовании материала из полости матки и лучевой диагностике.
- У всех пациенток с подозрением на опухоль определяют CA125 (УУР А, УДД 1); его повышение косвенно указывает на распространение процесса за пределы матки.
- Для определения тактики лечения и прогноза в патологоанатомическом заключении указывают гистологический тип, степень дифференцировки, глубину инвазии, лимфоваскулярную инвазию и поражение лимфатических узлов; при первой линии химиотерапии и/или прогрессировании оценивают MSI-H/dMMR и HER2.
- Основной метод лечения РТМ при возможности полного удаления опухоли — хирургический; для локализованного процесса предпочтителен лапароскопический доступ, если он позволяет выполнить необходимый объем операции.
- Адъювантную терапию выбирают по стадии, гистологическому и молекулярному подтипу, группе риска и объему операции; при промежуточно-высоком и высоком риске применяют дистанционную лучевую терапию и/или брахитерапию с химиотерапией или без нее.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез, особенно уточнить кровотечения, анемический синдром, быстрый рост миоматозных узлов и факторы, влияющие на выбор лечения (УУР С, УДД 5).
2. Выполнить осмотр наружных половых органов, осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах, бимануальное и ректовагинальное исследование; оценить ECOG/шкалу Карновского, нутритивный статус и пропальпировать паховые, надключичные и подключичные лимфоузлы (УУР С, УДД 5).
3. Назначить общий и биохимический анализы крови с оценкой функции печени и почек, коагулограмму и общий анализ мочи; общий анализ крови повторяют не менее чем за 5 дней до очередного курса химио-, лучевой или таргетной терапии (УУР С, УДД 5). Определить CA125 (УУР А, УДД 1).
4. Провести трансвагинальное и трансабдоминальное УЗИ малого таза. М-эхо более 12 мм в I фазе цикла у пациенток репродуктивного возраста или более 5 мм после менопаузы требует исключения неоплазии эндометрия (УУР В, УДД 2).
5. Получить материал для морфологической верификации: выполнить аспирационную биопсию эндометрия или раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала; в заключении указать гистологический тип и степень дифференцировки (УУР В, УДД 3).
6. После подтверждения опухоли выполнить МРТ малого таза и зон регионарного лимфооттока с внутривенным контрастированием, КТ органов грудной полости; при высоком риске и саркомах дополнить обследование КТ/МРТ брюшной полости или ПЭТ-КТ для стадирования (УУР С, УДД 5; УУР В, УДД 2).
7. При первой линии химиотерапии и/или прогрессировании определить MSI-H/dMMR и HER2; пациенткам младше 50 лет или с семейным анамнезом РТМ/колоректального рака назначить консультацию генетика (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Стандартный объем операции при РТМ — экстрафасциальная экстирпация матки с придатками (УУР B, УДД 2). Все подозрительные образования при ревизии брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства подвергают биопсии с морфологическим исследованием (УУР A, УДД 2).
- Лимфаденэктомия рекомендуется при серозном, светлоклеточном РТМ и карциносаркоме I стадии; при эндометриоидном РТМ ее объем определяется риском. При метастазах в сторожевых узлах выполняют тазовую и поясничную лимфаденэктомию до почечных сосудов (УУР B, УДД 2).
- Сохранение фертильности возможно при высокодифференцированной эндометриоидной аденокарциноме IA стадии без инвазии миометрия у пациентки репродуктивного возраста с нереализованной репродуктивной функцией. Используют внутриматочную спираль с левоноргестрелом 52 мг и агонисты ГРГ не менее 9–12 месяцев, контролируя эндометрий гистологически каждые 3 месяца; при отсутствии полного ответа через 6–12 месяцев показана экстирпация матки.
- При РТМ III–IV стадий после операции применяют дистанционную лучевую терапию с конкурентной или адъювантной химиотерапией либо последовательную химиотерапию с последующей лучевой терапией (УУР A, УДД 2). При карциносаркоме лечение проводят как при карциномах высокого риска или используют самостоятельную химиотерапию (УУР A, УДД 2).
- Адъювантную дистанционную лучевую терапию начинают не позднее 60 дней после операции. Стандартная суммарная доза — 45,0–50,4 Гр при фракционировании 1,8–2,0 Гр 5 раз в неделю; при самостоятельной брахитерапии применяют, например, 3 фракции по 7 Гр, 5 фракций по 6 Гр или 4 фракции по 5,5 Гр.
- Адъювантную системную химиотерапию проводят при РТМ III–IV стадий и неэндометриальном РТМ всех стадий, кроме муцинозного; обычно начинают не позднее 4 недель после операции и проводят 6 курсов. Один из основных режимов: паклитаксел 175 мг/м² в 1-й день плюс карбоплатин AUC 5–6 в 1-й день каждые 3 недели.
- При прогрессировании РТМ в первой линии используют платиново-таксановые схемы, обычно 6 курсов или до прогрессирования/непереносимой токсичности. При MSI/нарушениях MMR к схеме с паклитакселом и карбоплатином добавляют пембролизумаб 200 мг внутривенно каждые 3 недели или 400 мг каждые 6 недель; при отсутствии MSI-H/dMMR применяют пембролизумаб в тех же режимах в комбинации с ленватинибом 20 мг внутрь 1 раз в сутки, кроме карциносаркомы.
- При рецидиве высокодифференцированного эндометриоидного РТМ с небольшим объемом и индолентным течением применяют гормонотерапию: медроксипрогестерон 500 мг/сут, тамоксифен 20 мг/сут, летрозол 2,5 мг/сут, анастрозол 1 мг/сут или эксеместан 25 мг/сут внутрь ежедневно до прогрессирования или непереносимой токсичности.
- При лейомиосаркоме I стадии после радикальной операции проводят динамическое наблюдение (УУР C, УДД 2). При лейомиосаркоме высокой степени злокачественности, эндометриальной стромальной саркоме высокой степени злокачественности и недифференцированной саркоме всех стадий применяют химиотерапию; возможны доксорубицин 60–75 мг/м² внутривенно каждые 3 недели или гемцитабин 900 мг/м² в 1-й и 8-й дни с доцетакселом 100 мг/м² в 8-й день.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении опухоли направить пациентку в центр амбулаторной онкологической помощи или первичный онкологический кабинет; консультация должна состояться не позднее 5 рабочих дней после выдачи направления.
- При невозможности выполнить биопсию или необходимые исследования на месте пациентку направляют в онкологический диспансер, онкологическую больницу или другую организацию, оказывающую онкологическую помощь.
- Плановая госпитализация нужна для сложных интервенционных диагностических вмешательств и противоопухолевого лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре.
- Экстренная или неотложная госпитализация показана при осложнениях опухоли или ее лечения, требующих специализированной помощи.
- Паллиативную лучевую терапию рассматривают у ослабленных пациенток при ECOG более 2 и/или индексе Карновского 70 баллов и менее, если из-за выраженной сопутствующей патологии другие варианты лечения невозможны.

Частые вопросы

Какое кровотечение требует обследования на рак тела матки?

Ациклическое маточное кровотечение в репродуктивном возрасте и кровотечение в период постменопаузы являются основными симптомами. Интенсивность кровотечения не коррелирует с риском опухоли.

Какая толщина эндометрия на УЗИ считается подозрительной?

В I фазе менструального цикла у пациенток репродуктивного возраста настораживает М-эхо более 12 мм, после менопаузы — более 5 мм. При превышении этих значений нужно исключить неопластический процесс эндометрия.

Нужна ли биопсия эндометрия при подозрении на рак тела матки?

Да. Выполняют аспирационную биопсию эндометрия или раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала; диагноз подтверждают морфологически с указанием типа и степени дифференцировки опухоли.

Когда возможно органосохраняющее лечение РТМ?

При высокодифференцированной эндометриоидной аденокарциноме IA стадии без инвазии миометрия у пациентки репродуктивного возраста с нереализованной репродуктивной функцией. Лечение проводят внутриматочной спиралью с левоноргестрелом 52 мг и агонистами ГРГ с гистологическим контролем каждые 3 месяца; после выполнения репродуктивных планов требуется хирургическое лечение.

Как наблюдать пациентку после лечения РТМ?

Гинекологический и физикальный осмотр проводят каждые 3 месяца первые 3 года, затем каждые 6 месяцев еще 2 года. УЗИ малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства выполняют каждые 3 месяца первые 2 года, затем каждые 6 месяцев еще 3 года; КТ, МРТ и ПЭТ-КТ — по показаниям.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/460-rak-tela-matki-i-sarkomy-matki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/460_4