



УДК: 618.14-006.6:575.113

doi: 10.52888/0514-2515-2026-370-3-144-153

Онкология, лучевая терапия

Oncology

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ С ОДИНАКОВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ, НО РАЗНЫМИ ИСХОДАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Дж.Р. Сангинов¹, Т.А. Ахмедова^{1,2}, С.Г. Умарзода¹, А.И. Муродзода², Ш.А. Васихов¹

¹ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗН РТ, Душанбе, Таджикистан

Цель: улучшение методов патоморфологической и молекулярно-генетической диагностики рака эндометрия для стратификации групп риска.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ двух клинических случаев рака эндометрия, наблюдавшихся в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Использованы клиничко-лабораторные и лучевые методы диагностики. Патоморфологическая верификация и ИГХИ (иммуногистохимическое исследование) осуществлялись на основании исследования операционного материала.

Результаты: пациентка №1 и Пациентка №2 имели одинаковую клиническую картину, но при этом разные патоморфологические, молекулярно-генетические характеристики, которые обусловили различные исходы заболевания. Пациентка №1 с инфильтративной аденокарциномой эндометрия эндометриоидного типа, G1 (low grade), инвазия менее 50% миометрия, молекулярный профиль MMRd подтип, FIGO2023 IA2, в настоящий момент здорова, рецидив не наблюдается. А пациентка №2 с инфильтративной аденокарциномой эндометрия серозного типа, G3 (high grade), инвазией более 50% миометрия, молекулярный профиль - p53abn подтип, FIGO2023 IIC, со смертельным исходом через 2 года после постановки первичного диагноза.

Выводы: раннее хирургическое лечение и адекватная патоморфологическая, молекулярно-генетическое исследование позволяют оптимизировать диагностику, персонализировать лечение каждой пациентки с раком эндометрия, увеличивая выживаемость и качество жизни пациенток.

Ключевые слова: рак эндометрия, персонализированная терапия, онкогинекология, патоморфология, молекулярно-генетический профиль.

Контактное лицо: Ахмедова Тахмина Абдурасуловна, e-mail: tahmina.onco@gmail.com, тел.: +992931930080

Для цитирования: Сангинов Дж.Р., Ахмедова Т.А., Умарзода С.Г., Муродзода А.И., Васихов Ш.А. Клинические случаи рака эндометрия с одинаковой клинической картиной, но разными исходами заболевания. Журнал Здравоохранение Таджикистана. 2026;370(3):144-153. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2026-370-3-144-153>

TWO CLINICAL CASES OF ENDOMETRIAL CANCER WITH THE SAME CLINICAL PRESENTATION BUT DIFFERENT DISEASE OUTCOMES

J.R. Sanginov¹, T.A. Akhmedova^{1,2}, S.G. Umarzoda¹, A.I. Murodzoda¹, Sh. A. Vasikhov¹

¹SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

²SI Republican Oncological Research Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Objective: to improve the methods of pathomorphological and molecular-genetic diagnosis of endometrial cancer for risk group stratification.

Material and methods: a retrospective analysis of two clinical cases of endometrial cancer treated at the State Institution "Republican Oncology Scientific Center" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan was conducted. Clinical, laboratory, and imaging diagnostic methods were used. Pathomorphological verification and immunohistochemical (IHC) analysis were carried out on surgical specimens.

Results: patient No. 1 and Patient No. 2 had the same clinical picture but different pathomorphological and molecular-genetic characteristics, which led to different disease outcomes. Patient No. 1, presenting with infiltrative endometrioid-type endometrial adenocarcinoma, G1 (low grade), myometrial invasion of less than 50%, and an MMRd molecular

subtype (FIGO 2023 stage IA2), is currently healthy with no evidence of recurrence. Patient No. 2, presenting with infiltrative serous-type endometrial adenocarcinoma, G3 (high grade), myometrial invasion of more than 50%, and a p53abn molecular subtype (FIGO 2023 stage IIC), died 2 years after the initial diagnosis.

Conclusions: early surgical treatment combined with comprehensive pathological and molecular genetic evaluation allows for optimization of diagnostic accuracy and personalized management of patients with endometrial cancer, thereby improving survival outcomes and quality of life.

Keywords: endometrial cancer, personalized therapy, gynecologic oncology, pathology, molecular-genetic profile.

Corresponding author: Tahmina A. Akhmedova, e-mail: tahmina.onco@gmail.com, tel.: +992931930080

For citation: Sanginov J.R., Akhmedova T.A., Umarzoda S.G., Murodzoda A.I., Vasikhov Sh. A. Two clinical cases of endometrial cancer with the same clinical presentation but different disease outcomes. Journal Healthcare of Tajikistan. 2026;370(3):144-153. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2026-370-3-144-153>

ҲОДИСАҲОИ КЛИНИКИИ САРАТОНИ ЭНДОМЕТРИЯ БО МАНЗАРАИ ЯГОНАИ КЛИНИКӢ, ВАЛЕ БО ОҚИБАТҲОИ ГУНОГУНИ БЕМОРӢ

Ҷ.Р. Сангинов¹, Т.А. Ахмедова^{1,2}, С.Ф. Умарзода¹, А.И. Муродзода², Ш.А. Васихов¹

¹МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Душанбе, Тоҷикистон

²МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ» ВТҲИА ҚТ, Душанбе, Тоҷикистон

Мақсад: беҳбуди усулҳои патоморфологӣ ва молекулярӣ-генетикии таҳлили саратони эндометрия барои ба ҷудо кардани гурӯҳҳои хатар.

Мавод ва усулҳо: таҳлили ретроспективи ду ҳодисаи клиникаи саратони эндометрия ба амал оварда шуд, ки дар МД «Маркази ҷумҳуриявии илми саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба қайд гирифта шудааст. Усулҳои клиникӣ-лабораторӣ ва ҳодисаҳои таҳлили шӯй ба кор бурда шуданд. Тасдиқи патоморфологӣ ва ТИГХ (таҳқиқи иммуногистохимиявӣ) ба асоси таҳқиқоти маводи ҷарроҳӣ ба амал оварда шуданд.

Натиҷаҳо: зани бемори якум ва зани бемори дуюм манзараи клиникаи якхела доштанд, вале дар ин маврид тавсифи патоморфологӣ, молекулярӣ-генетикӣ гуногун буданд, ки сабаби оқибатҳои гуногуни беморӣ гардиданд. Зани бемори якум гирифтӣ ба аденокарсиномаи инфильтративии эндометрияи навъи эндометриоидӣ, G1 (low grade), олоиши камтар аз 50% -и миометрия, соҳаи молекулярӣ зернавъи MMRd, FIGO2023 IA2 дошта, алҳол сӯхат буда, такроршавии беморӣ мушоҳида намегардад. Зани бемори дуюм бо аденокарсиномаи инфильтративии эндометрияи навъи зардобӣ, G3 (high grade), олоиши зиёда аз 50% -и миометрия, соҳаи молекулярӣ зернавъи p53abn подтип, FIGO2023 IIC, бо оқибатҳои марговар баъди ду соли таҳлили аввалия гузошташуда буд.

Ҳулоса: муолиҷаи бармаҳали ҷарроҳӣ ва таҳқиқоти комилан мувофиқи патоморфологӣ, молекулярӣ-генетикӣ оптимизатсияи таҳлили муолиҷаи инфиродӣ ҳар зани бемори гирифтӣ ба саратони эндометрияро имконпазир гардонид, давомнокӣ ва сифати умри зани беморро меафзояд.

Калимаҳои калидӣ: саратони эндометрия, муолиҷаи инфиродикунандашуда, онкогинекология, патоморфология, соҳаи молекулярӣ-генетикӣ.

Введение. Рак эндометрия (РЭ) является наиболее распространенным гинекологическим заболеванием, вызывающим более 2% смертей от рака во всем мире. По данным IARC в 2022 г. было зарегистрировано 420 242 новых случаев РЭ. Данная патология чаще встречается в странах с высоким и средним уровнем развития. Факторами риска РЭ являются индекс массы тела (при ИМТ 22-27 кг/м² частота встречаемости увеличивается на 21%, а при ИМТ 27,5-29,5 кг/м² - на 43%, и при ИМТ >30 кг/м² увеличивается на 273%), артериальная гипертензия, гиперинсулинемия и длительное воздействие эстрогена (часто связанное с бесплодием, синдромом поликистоза яичников или приемом

тамоксифена) [1]. Основным клиническим проявлением рака эндометрия являются ановуляторные, постменопаузальные маточные кровотечения, тазовые боли и астенический синдром [6]. Стандартное лечение состоит из первичной гистерэктомии и двусторонней сальпингоофорэктомии с последующей химиолучевой терапией в зависимости от распространенности опухолевого процесса. Стратегия выбора адъювантного лечения всецело зависит от клинических (возраст, сопутствующие заболевания), патоморфологических (гистотипа, степени дифференцировки, глубины инвазии, наличия лимфоваскулярной инвазии) и молекулярно-генетических характеристик опухоли. В статье

представлены 2 клинических случая пациенток с раком эндометрия, описанными одинаковыми клиническими проявлениями заболеваний, методами диагностики, но разной методикой проведенного лечения и исходами. Отмечается важность ранней диагностики, своевременного хирургического вмешательства, точной патоморфологической, молекулярно-генетической классификации РЭ для персонализированного лечения, соответственно, увеличения выживаемости и качества жизни пациентов.

Пациентка №1 60 лет, поступила в гинекологическое отделение 27 января 2026 г. с жалобами на кровянистые выделения, периодическими болями внизу живота и общую слабость. Из анамнеза известно, что менопауза наступила 8 лет назад. Кровянистые выделения впервые появились около двух месяцев назад и постепенно усиливались. При объективном обследовании состояние пациентки удовлетворительное. ИМТ (индекс массы тела) равен 40,2 кг/м². Пациентка страдает сахарным диабетом. При гинекологическом осмотре

отмечались кровянистые выделения из половых путей.

Пациентке были проведены следующие диагностические исследования:

– При ультразвуковом исследовании органов малого таза выявлено утолщение эндометрия до 14 мм и неоднородность его структуры.

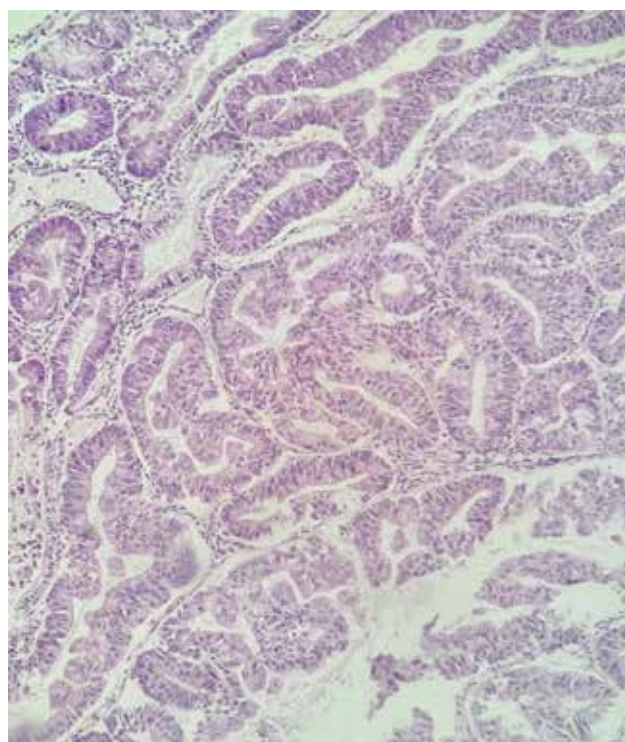
– МРТ малого таза: Объемное образования эндометрия с признаками инвазии в миометрий, ограничение диффузии и неоднородное контрастное усиление — подозрение на рак эндометрия. Глубина инвазии миометрия: до 50%. Данных за распространение на шейку матки, параметров, регионарные лимфатические узлы не получено.

– КТ грудной клетки: Легкие, сердце и аорта в пределах нормы. Тень средостения не увеличена. Лимфатические узлы средостения не увеличены.

Пациентке была выполнена Пайпель-биопсия с отдельным диагностическим выскабливанием полости матки. По результатам гистологического исследования биопсийного материала выявлена аденокарцинома эндометрия эндометриоидного



А



Б

Рис. 1. Патологоанатомическая характеристика рака эндометрия у Пациента №1: А- макроскопический препарат; Б- микроскопический препарат (H&E St., увеличение X200). Архитектоника опухоли: железы неправильной формы, различной величины, расположены «back to back» тубулярным паттерном, клетки с умеренной митотической активностью (10 митозов/ 10 ПЗ) и ядерной псевдостратификацией.

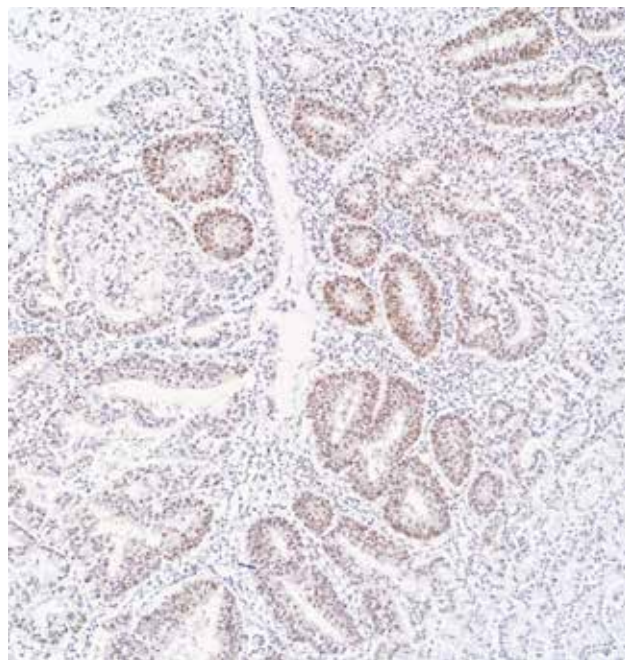
Fig. 1. Pathological characteristics of endometrial cancer in Patient No. 1: А – gross specimen; Б – microscopic specimen (H&E St., ×200 magnification). Tumor architecture: irregularly shaped glands of varying sizes arranged in a back-to-back tubular pattern; tumor cells demonstrate moderate mitotic activity (10 mitoses/ 10 HPF) and nuclear pseudostratification.

типа, G2 (low grade). После подтверждения диагноза пациентке было проведено хирургическое лечение 12 февраля 2026 г. — тотальная гистерэктомия с билатеральной сальпингоофорэктомией. Вырезка операционного материала осуществ-

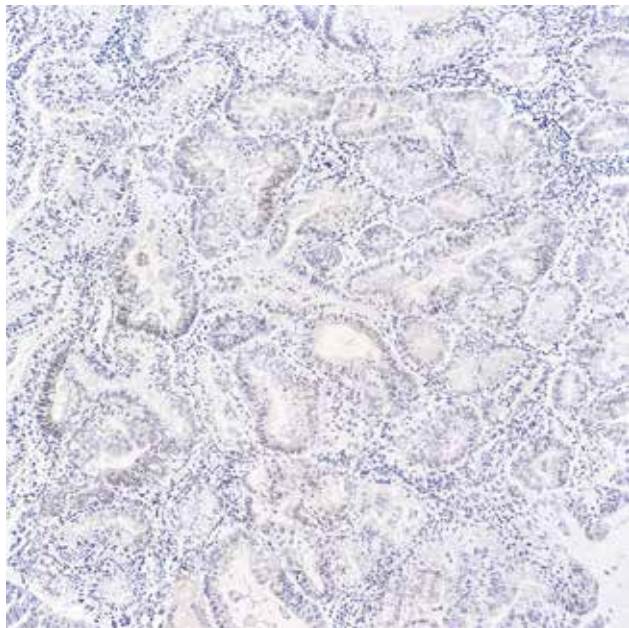
лялась согласно протоколу College of American Pathologists (Колледжа американских патологов). Послеоперационное гистологическое исследование: Инфильтративная аденокарцинома эндометрия эндометриоидного типа, G1 (low grade, с инвазией



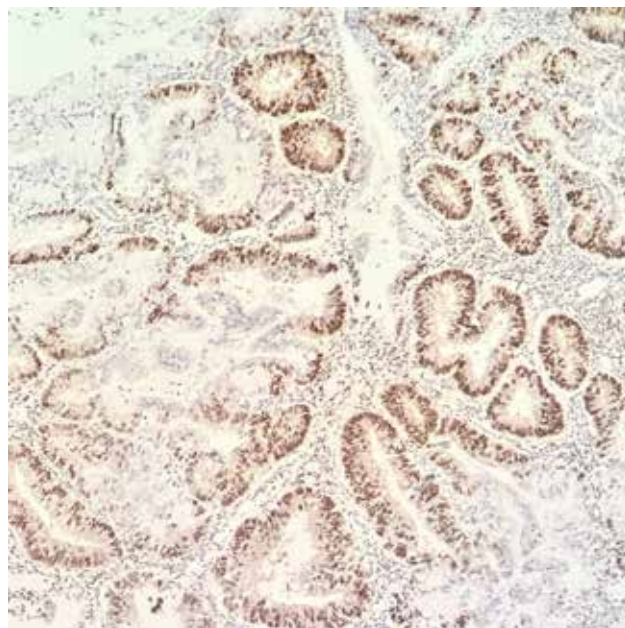
А



Б



В



Г

Рис. 2. Иммуногистохимическое исследование рака эндометрия Пациентки №1 (увеличение X200). А - ядерное окрашивание ER (Allred 6 баллов); Б- ядерное окрашивание PR (Allred 5 баллов); В - утрата экспрессии маркера MSH6; Г - диффузное ядерное окрашивание маркера MSH2.

Fig. 2. Immunohistochemical research of endometrial cancer in Patient No. 1. (X200 magnification). А – nuclear staining for ER (Estrogen Receptor; Allred score 6); Б – nuclear staining for PR (Progesterone Receptor; Allred score 5); В – loss of MSH6 expression; Г – diffuse nuclear staining for MSH2.

менее 50% миометрия, лимфоваскулярная инвазия отсутствует. Макроскопическая картина представлена на рисунке 1.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендацией молекулярно-генетического исследования.

С целью уточнения гистологического исследования и оценке молекулярной характеристики опухоли было проведено иммуногистохимическое исследование. Обнаружено положительное 6 балльное окрашивание по шкале Allred эстрогеновых (ER) (клон SP1, Wuhan Servicebio Technology Co., Wuhan, Hubei Province, China), 5 баллов прогестероновых (PR) (клон SP2, Wuhan Servicebio Technology Co., Wuhan, Hubei Province, China), утрата экспрессии MSH6 (клон EP49, Wuhan Servicebio Technology Co., Wuhan, Hubei Province, China) и положительная экспрессия MSH2 (клон FE11, Wuhan Servicebio Technology Co., Wuhan, Hubei Province, China).

В соответствии с рекомендациями ESGO-ESTRO-ESP для развивающихся стран, генетическое тестирование на мутацию гена POLE необходимо проводить при high grade (G3) опухолях [5], т.к. в данном случае опухоль не относилась к этой дифференцировке, NGS не было проведено. Иммуногистохимическая картина представлена на Рисунке 2.

Таким образом, окончательный патоморфологический диагноз сформулирован следующим образом: Инфильтративная аденокарцинома эндометрия эндометриоидный тип, G1 (low grade), инвазия менее 50% миометрия. Стадия (pTNM, AJCC 8th ed.): pT1a. Молекулярный профиль соответствует MMRd подтипу, FIGO2023 IA2. Учитывая молекулярный подтип и стадию, данная опухоль относится к низкой группе риска. Низкий риск характеризуется наиболее благоприятным прогнозом пациенток – риск развития рецидива в течение 5 лет оценивается как менее 8%. Проведение адъювантной терапии в данной категории пациенток не рекомендуется [7].

Пациентка была переведена на диспансерное наблюдение. Для пациенток с низким риском рецидива РЭ рекомендовано проходить осмотр каждые 6 месяцев (включая физикальный и гинекологический осмотр) в течение первых 2 лет, затем — ежегодно до 5 лет. В группе низкого риска дистанционное наблюдение может быть альтернативой очным визитам в стационар [6]. Во

время написания данной статьи (апрель 2026 г.) пациентка чувствовала себя удовлетворительно.

Обратный исход наблюдался в другом клиническом случае Пациентки №2. Пациентка №2, 45 лет поступила в гинекологическое отделение в марте 2023 г. с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течении 6 месяцев, общую слабость и резкое снижение веса. Из анамнеза известно, что менопауза наступила 6 лет назад. При объективном обследовании состояние пациентки удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) равен 26,5 кг/м². При гинекологическом осмотре отмечались кровянистые выделения из половых путей.

Пациентке были проведены следующие диагностические исследования:

- При ультразвуковом исследовании органов малого таза выявлено утолщение эндометрия до 25 мм и неоднородность его структуры.

- МРТ малого таза: Объемное образование эндометрия, без инфильтрации окружающих структур и без увеличения регионарных лимфоузлов.

- КТ грудной клетки: Легкие, сердце и аорта в пределах нормы. Тень средостения не увеличена. Лимфатические узлы средостения не увеличены.

Пациентке была выполнена Пайпель-биопсия с отдельным диагностическим выскабливанием полости матки. По результатам гистологического исследования выявлена аденокарцинома эндометрия эндометриоидного типа, G3 (high grade). После подтверждения диагноза пациентке было проведено хирургическое лечение в апреле 2023 г. — тотальная гистерэктомия с сальпингоофорэктомией. Послеоперационное гистологическое исследование: Инфильтративная аденокарцинома эндометрия G3 (high grade), с инвазией более 50% миометрия. Макроскопическая картина и гистологический микропрепарат представлен на рисунке 3.

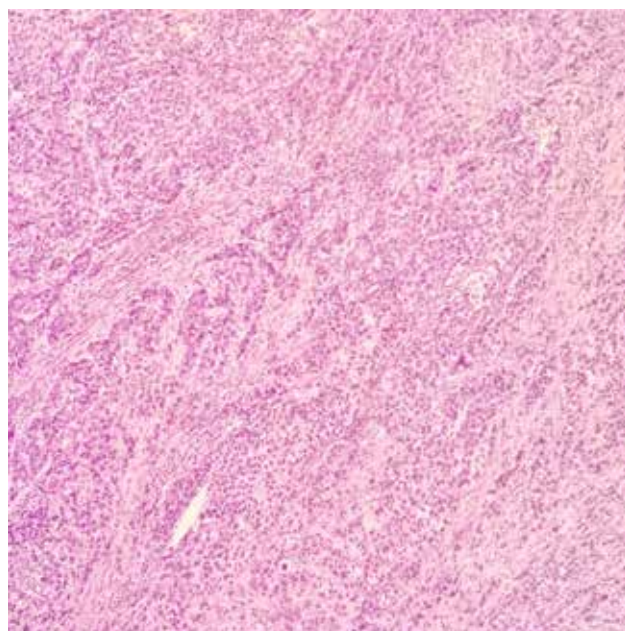
Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендацией о проведении лучевой терапии.

Необходимо отметить, что по новым рекомендациям ESGO-ESTRO-ESP от 2025 г. после проведения гистерэктомии необходимо в каждом случае проводить молекулярно-генетическое исследование опухоли, для выбора тактики лечения. Но, к сожалению, у данной пациентки по причине отсутствия международных рекомендаций в данный период времени, это исследование не было проведено.

Через 21 день после операции пациентка получила дистанционную лучевую терапию аппаратом



А



Б

Рис. 3. Патологоанатомическая характеристика рака эндометрия у Пациента №2: А - макроскопический препарат; Б - микроскопический препарат (H&E St, увеличение X200). Архитектоника опухоли: опухоль представлена сложно организованными железами неправильной формы с преобладанием солидного компонента (>50%), состоящего из плотных тяжей и комплексов опухолевых клеток с высокой митотической активностью (30 митозов/ 10 ПЗ).

Fig. 3. Pathological characteristics of endometrial cancer in Patient No. 2: А – gross specimen; Б – microscopic specimen (H&E St, ×200 magnification). Tumor architectonics: the tumor is represented by complexly organized glands of irregular shape with a predominance of a solid component (>50%) consisting of dense strands and complexes of tumor cells with high mitotic activity (30 mitoses/ 10 HPF).

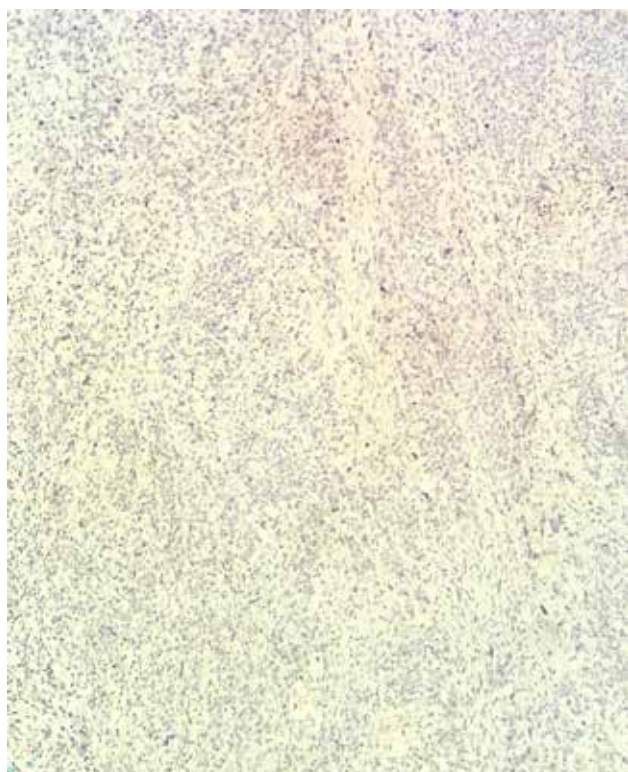
TERAGAM в 2 отведениях СОД=30 Грей и брахитерапию в области культи влагалища СОД=40 Грей.

После проведенной хирургической операции, дистанционной лучевой терапии и брахитерапии в объеме СОД=70 Грей пациентка была переведена на диспансерное наблюдение каждые 3 месяцев в течении первого года.

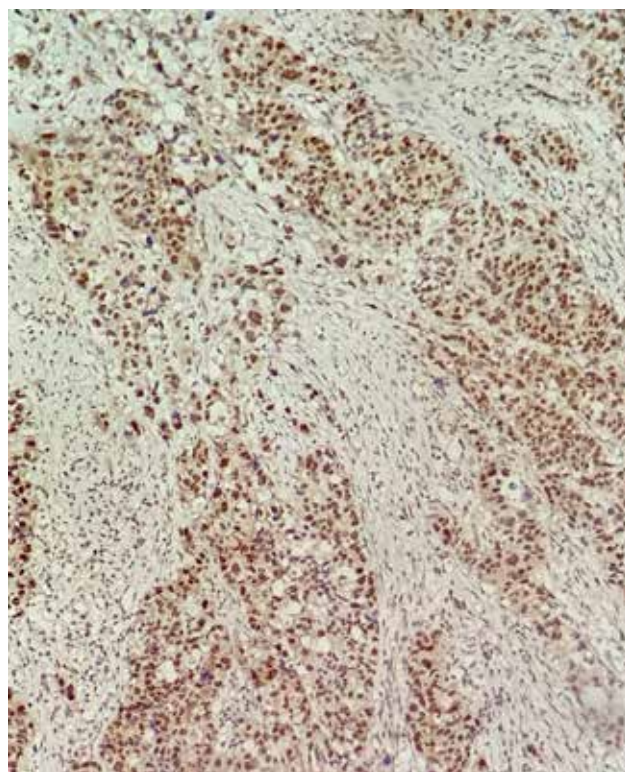
Через 20 месяцев пациентка вновь обратилась с жалобами на боли в костях, грудной клетке и увеличенные надключичные лимфатические узлы. Пациентке произвели пункцию лимфатических узлов с последующим цитологическим исследованием. Результат цитологии: «Клетки характерные карциноме». Так же была проведена МРТ брюшной полости с целью выявления метастатических очагов в печени. Было отмечено наличие метастатических очагов в IV, V сегментах печени. Пациентке из-за метастазов было назначено 4 курса химиотерапии (паклитаксел 300 мг в/в, карбоплатин 450 мг в/в) и в последующем 2 курса по схеме цисплатин 100 мг в/в, доксорубин 80 мг в/в, циклофосфан 100 мг в/в.

По рекомендации лечащего врача пациентке было рекомендовано уточнение гистологического исследования и оценке молекулярной характеристики опухоли. Обнаружено отрицательные - 0 баллов окрашивание по шкале Allred эстрогеновых рецепторов (ER) (клон SP1, Wuhan Servicebio Technology Co., Wuhan, Hubei Province, China), диффузное интенсивное ядерное окрашивание (Mutant type) маркера p53 (клон DO-7 Wuhan Servicebio Technology Co., Wuhan, Hubei Province, China), положительная экспрессия MSH6 (клон EP49, Wuhan Servicebio Technology Co., Wuhan, Hubei Province, China) и диффузное ядерное окрашивание (Block type) маркера p16 (клон JC2, Wuhan Servicebio Technology Co., Wuhan, Hubei Province, China). Иммуногистохимическая картина приведена на рисунке 4.

Таким образом, окончательный патоморфологический диагноз сформулирован следующим образом: инфильтративная аденокарцинома эндометрия серозный тип, G3 (low grade), инвазия более 50% миометрия. Стадия (pTNM, AJCC 8th ed.): pT1b. Молекулярный профиль соответствует



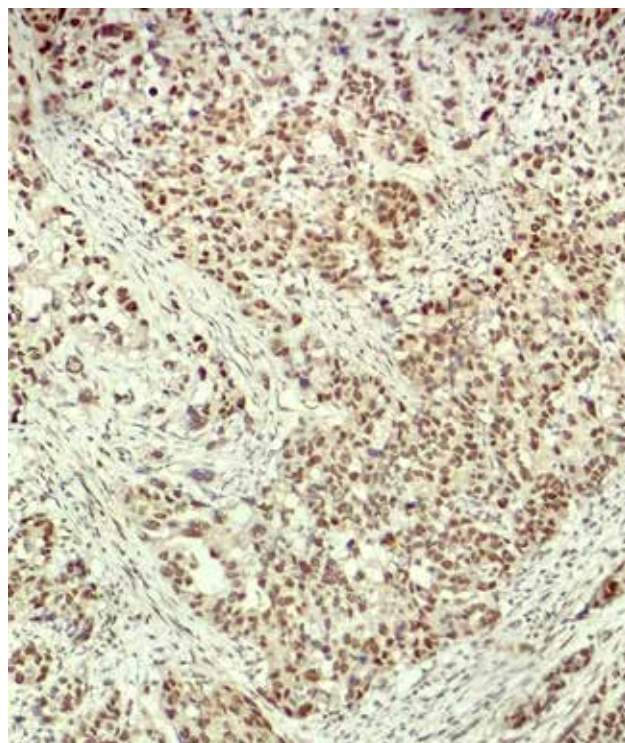
А



Б



В



Г

Рис. 4. Иммуногистохимическое исследование рака эндометрия Пациентки №2 (увеличение X200). А - отрицательная экспрессия ER (Allred 0 баллов); Б - mutant type окрашивание маркера p53; В - положительная ядерная экспрессии маркера MSH6; Г - Block type окрашивание маркера p16.

Fig. 4. Immunohistochemical findings of endometrial cancer in Patient No. 2. (X200 magnification). А – negative ER (Estrogen Receptor) expression (Allred score 0); Б – mutant-type p53 staining pattern; В – positive nuclear expression of MSH6; Г – block-type p16 staining pattern.

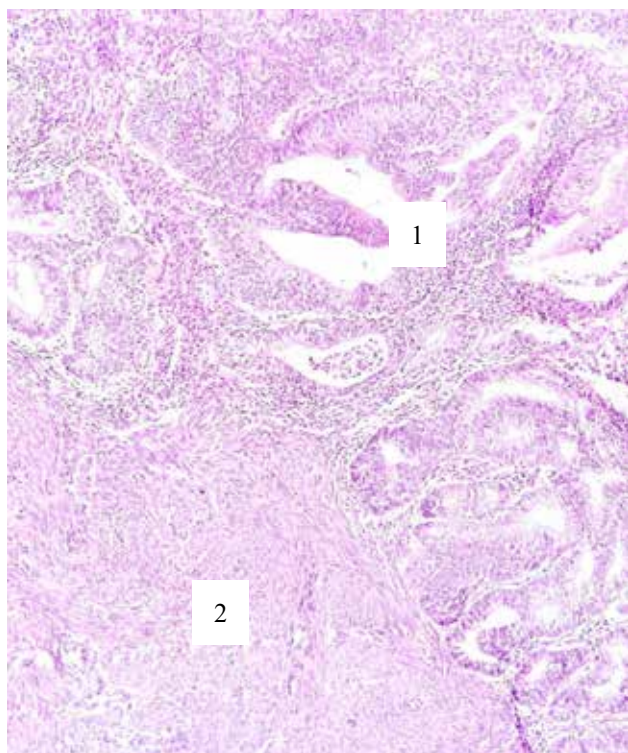
p53abn подтипу, FIGO2023 IIС. Учитывая молекулярный подтип и стадию заболевания, данная опухоль относится к высокой группе риска.

В соответствии с рекомендациями ESGO-ESTRO-ESP, генетическое тестирование на мутацию гена POLE необходимо проводить при high grade (G3) опухолях и локализованном процессе [5], т.к. в данном случае опухоль уже метастазировала в другие органы, NGS не было проведено. Молекулярно-генетический профиль опухоли соответствовал p53abn подтипу.

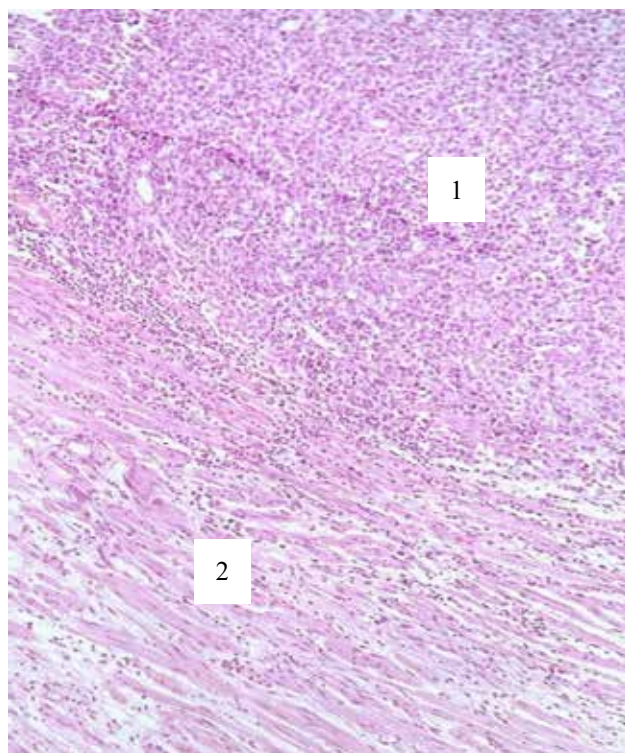
По этим же рекомендациям данной группе пациенток после гистерэктомии с сальпингоофороэктомии необходимо назначить дистанционную лучевую терапию с сочетанной химиотерапией, или брахитерапию в сочетании с химиотерапией. Но после хирургического вмешательства пациентка получила только дистанционную лучевую терапию, брахитерапию СОД=70 Грей, без сочетанной химиотерапии, что и обусловило прогрессирование и метастазированию опухоли в отдаленные лимфатические узлы и печень. Пациентка из-за осложнения заболевания умерла в первые 2 года после первичного обращения и установления диагноза рак эндометрия.

Обсуждение. Рак эндометрия является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей у женщин в постменопаузальном возрасте с ростом заболеваемости по всему миру, за счет увеличения средней продолжительности жизни и распространенности ожирения [2]. Основным симптомом заболевания являются аномальные и постменопаузальные маточные кровотечения [1]. В представленных клинических случаях основным проявлением заболевания также явились кровянистые выделения в постменопаузе. Раннее обращение, проведение своевременных диагностических мероприятий позволило установить диагноз на раннем этапе и провести хирургическое лечение. Также самым важным явилось адекватное послеоперационное патоморфологическое заключение и проведение молекулярно-генетического исследования у пациентки №1 и отсутствие всего вышеперечисленного у пациентки №2. Эти обстоятельства недооценки риска рецидива, неправильное адъювантное лечение явились причиной прогрессирования заболевания во втором случае наблюдения, приводящей к смертельному исходу.

Заключение. Представленные клинические случаи демонстрируют важность раннего кли-



А



Б

Рис. 5. Инфильтрация рака эндометрия в миометрий: А - Пациентка №1; Б - Пациентка №2 (H&E St, увеличение X200). 1 - опухоль, 2 - миометрий матки.

Fig. 5. Infiltration of endometrial cancer into the myometrium: А - Patient No. 1; Б - Patient No. 2 (H&E St, (X200 magnification). 1 - tumor, 2 - uterine myometrium

нического, правильного патоморфологического и молекулярно-генетического исследования в сочетании с гистерэктомией с билатеральной сальпингоофорэктомией у женщин с раком эндометрия. Своевременное хирургическое лечение, адекватное патоморфологическое и молекулярно-генетическое исследование позволяют оптимизировать диагностику и персонализировать лечение каждой пациентки с раком эндометрия, тем самым увеличивая выживаемость и качество жизни пациенток.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ульрих Е.А., Халимбекова Д.И., Мацко Д.Е. и др. Мезонефроидный (светлоклеточный) рак тела матки. Журнал Акушерства и женских болезней. 2018;61(5):85-91.
Ulrikh E.A., Khalimbekova D.I., Matsko D.E., et al. Mesonephroid (clear cell) cancer of the uterine body. Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2018;61(5):85-91.
2. Arthur R.S., Kabat G.C., Kim M.Y., Wild R.A., Shadyab A.H., Wactawski-Wende J. et al. Metabolic syndrome and risk of endometrial cancer in postmenopausal women: a prospective study. Cancer Causes Control. 2019;30(4):355-363.
3. Bray F., Laversanne M., Sung H. et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. Journal Clinical Oncology. 2024;74(3):229–263. DOI:10.3322/caac.21834.
4. ESGO-ESTRO-ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma: update 2025. Lancet Oncol. 2025;26(8):423-435.
5. Morice P., Leary A., Creutzberg C., Abu-Rustum N., Darai E. Endometrial cancer. Lancet. 2016;387(10023):1094-1108. DOI:10.1016/S0140-6736(15)00130-0.
6. Santoro A., Angelico G., Travaglini A., Inzani F., Arciuolo D., Valente M., D'Alessandris N., Scaglione G., Fiorentino V., Raffone A., Zannoni G.F. New Pathological and Clinical Insights in Endometrial Cancer in View of the Updated ESGO/ESTRO/ESP Guidelines. Cancers. 2021;13(11):2623. DOI: 10.3390/cancers13112623.
7. Zola P., Ciccone G., Piovano E., et al. Effectiveness of intensive versus minimalist follow-up regimen on survival in patients with endometrial cancer (TOTEM study): a randomized, pragmatic, parallel group, multicenter trial. Journal Clinical Oncology. 2022;40(33):3817-3827.

Информация об авторах

Сангинов Джумабой Рахматович- доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, Душанбе, Республика Таджикистан.

ORCID ID: 0000-0002-4311-3094

E-mail: sanginov1952@gmail.com

Ахмедова Тахмина Абдурасуловна- врач-патологоанатом, отделение патоморфологической диагностики опухолей ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства Здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан.

ORCID ID: 0009-0001-1535-9441

E-mail: tahmina.onco@gmail.com

Умарзода Саида Гайрат- доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, Душанбе, Республика Таджикистан.

ORCID ID: 0000 0002 3739 4834

E-mail: saida.umarova@bk.ru

Муродзода Акбар Исмаилов- кандидат медицинских наук, директор ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства Здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан.

ORCID ID: 0000-0003-4166-800X

E-mail: hurshed852@mail.com

Васихов Шокирджон Анварович- заведующий отделения патоморфологической диагностики ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства Здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: vasikhov-shokir@mail.com

Information about the Authors

Sanginov Jumaboy Rakhmatovich- Doctor of Medical Sciences, Professor of Department of Oncology, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan.

ORCID ID: 0000-0002-4311-3094

E-mail: sanginov1952@gmail.com

Akhmedova Tahmina Abdurasulovna- Pathologist, Department of Tumor Pathomorphological Diagnostics, Republican Oncological Research Center, Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan.

ORCID ID: 0009-0001-1535-9441

E-mail: tahmina.onco@gmail.com

Umarzoda Saida Gayrat- Doctor of Medical Sciences, Professor of Department of Oncology, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan.

ORCID ID: 0000-0002-3739-4834

E-mail: saida.umarova@bk.ru

Murodzoda Akbar Ismatulloevich- Candidate of Medical Sciences, Director of the Republican Oncological Research Center, Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan.

ORCID ID: 0000-0003-4166-800X

E-mail: hurshed852@mail.com

Vasikhov Shokirjon Anvarovich- Head of the Department of Tumor Pathomorphological Diagnostics, Republican Oncological Research Center, Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan. E-mail: vasikhov-shokir@mail.com

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов.

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

Information about support in the form of grants, equipment, medications

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

ВКЛАД АВТОРОВ

Д.Р. Сангинов - анализ полученных данных, статистическая обработка данных

Т.А. Ахмедова - разработка концепции и дизайна исследования, анализ полученных данных, редактирование, общая ответственность

С.Г. Умарзода - разработка концепции и дизайна исследования, анализ полученных данных, редактирование

А.И. Муродзода - сбор материала, статистическая обработка данных, подготовка

Ш.И. Васихов - сбор материала, статистическая обработка данных, подготовка

AUTHOR CONTRIBUTIONS

J. R. Sanginov - analysis and interpretation, statistical data processing

T.A. Akhmedova - conception and design, analysis and interpretation, critical revision of the article, overall responsibility.

S.G. Umarzoda - conception and design, analysis and interpretation, critical revision of the article

A.I. Murodzoda - data collection, statistical data processing, writing the article.

Sh.A. Vasikhov - data collection, statistical data processing, writing the article.

Поступила в редакцию / Received: 08.06.2026

Принята к публикации / Accepted: 04.09.2026