

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОКОМПОНЕНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С УЧЕТОМ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ОПУХОЛИ

В.В. Саевец, А.В. Жаров, А.В. Важенин, Л.Ф. Чернова, И.Г. Шимоткина, Т.Н. Губайдуллина, Г.Р. Кравченко, Д.Ф. Аржанникова

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Цель – оптимизировать лечебную тактику и уточнить прогноз заболевания у больных местно-распространенным РШМ IIВ-IIIВ стадиями на основании изучения отдаленных результатов многокомпонентного лечения с учётом морфологического варианта опухоли. Материалом для исследования послужили результаты наблюдений за 152 больными с диагнозом: РШМ IIВ-IIIВ стадиями заболевания, получившие многокомпонентное лечение. Проведена оценка эффективности различных вариантов лечения рака шейки матки в зависимости от гистологического строения опухоли. Метастатическое поражение лимфатических узлов диагностировано у 21 (21,2 %) пациентки с ПлРШМ и у 11 (20,8 %) с аденогенными формами рака – 5 (29,4 %) с ЖПлРШМ и у 6 (16,7 %) с АКШМ. Общая и безрецидивная выживаемость больных в группе с ПлРШМ была достоверно выше, чем при аденогенных формах РШМ. Аденогенные формы рака шейки матки должны рассматриваться как наиболее агрессивные опухоли с неблагоприятным прогнозом, по сравнению с ПлРШМ.

Ключевые слова: рак шейки матки; химиолучевое лечение; хирургическое лечение.

Введение. Рак шейки матки (РШМ) является одним из самых распространенных онкологических заболеваний и составляет около 12–20 % злокачественных новообразований женских половых органов [4].

В нашей стране в последние годы отмечена тенденция к росту заболеваемости РШМ – за период 2001–2011 гг. прирост составил 26,94 % [5].

В настоящее время для лечения больных РШМ используют все три метода специального лечения: лучевой, хирургический и химиотерапевтический. Ведущую роль играет лучевая терапия. Её как самостоятельный метод, а также в плане комбинированного и комплексного лечения используют более чем у 90 % пациенток. Хирургическое вмешательство выполняется, как правило, больным с ранними стадиями заболевания. Быстрое развитие химиотерапии привело к тому, что больным с местно-распространённым РШМ всё чаще в схему лечения начали включать цитостатические препараты. Применение полихимиотерапии позволило у ряда пациенток добиться выраженной регрессии опухоли. Таким образом, местно-распространённый опухолевый процесс удавалось переводить в условно локализованную форму заболевания и выполнять хирургическое вмешательство.

Преимуществами хирургического метода

являются возможность сохранения функции яичников и эластичности влагалища. Кроме того, во время операции у хирурга есть возможность оценить истинное распространение опухолевого процесса (отдалённые метастазы, метастазы в забрюшинные лимфатические узлы, распространение по брюшине) и тем самым уточнить стадию заболевания. В свою очередь выполнение операции позволяет удалить химио- и радиорезистентные клетки, которые в последующем могут приводить к неизлеченности процесса и локо-регионарным рецидивам заболевания.

Тенденцией последних лет является уменьшение удельного веса пациенток с плоскоклеточным РШМ и увеличение железистого и железисто-плоскоклеточного гистологических вариантов опухоли. В литературе до сих пор нет единого мнения о роли гистологической структуры опухоли при выборе метода лечения и оценке прогноза заболевания.

В этой связи актуальность проблемы выбора тактики лечения и оценке прогноза заболевания у больных местно-распространённым РШМ в зависимости от варианта гистологического строения опухоли не вызывает сомнений.

Цель исследования – оптимизировать лечебную тактику и уточнить прогноз заболевания у больных местно-распространенным

Актуальные вопросы здравоохранения

РШМ IIВ–IIIВ стадиями на основании изучения отдалённых результатов многокомпонентного лечения с учётом морфологического варианта опухоли.

Материалы и методы. За период с января 2000 г. по декабрь 2010 г. было проведено ретроспективное исследование на базе ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» и ОАО «РЖД» Дорожная клиническая больница. Материалом для исследования послужили результаты наблюдений за 152 больными с диагнозом: РШМ IIВ–IIIВ стадиями заболевания, получившие многокомпонентное лечение. Перед началом лечения всем пациенткам проводилось комплексное клиническое обследование, включающее сбор анамнеза, жалоб, осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальный и ректовагинальный осмотр, пересмотр гистологического исследования биопсийного материала с места жительства.

В соответствии с целью исследования все больные были разделены в зависимости от варианта гистологического строения опу-

холи на две группы. Первую составили пациентки с плоскоклеточным раком шейки матки (ПлРШМ) 99 человек. Вторую – с железисто-плоскоклеточным раком (ЖПлРШМ) и аденокарциномой шейки матки (АКШМ) составили 53 больные. Данные два гистологических типа с учетом наличия железистого компонента были объединены в одну группу.

До хирургического лечения больные в зависимости от стадии болезни по системе TNM (2009 г.) распределились следующим образом, данные представлены в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что большая часть пациенток – 101 (66,4 %) человек была со второй стадией заболевания – T2bNxM0, 51 (33,6 %) с третьей – T3bNxM0.

Распределение больных по возрасту с учетом гистологической структуры опухоли и стадии заболевания представлено в табл. 2.

Медиана возраста больных с местнораспространенным ПлРШМ II стадии составила 37,3 лет, с III стадией – 38,1 лет в группе с АКШИ и ЖПлРШМ II стадии – 46,3 лет, с III стадией – 45,9. Следовательно, по возрас-

Таблица 1

Распределение больных по системе TNM (2009 г.)

TNM	Гистологический вариант опухоли							
	ПлРШМ n = 99		АКШМ n = 36		ЖПлРШМ n = 17		АКШМ+ЖПлРШ n = 53	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
T3NxM0	28	28,3	14	38,9	9	52,9	23	43,4
Всего	99	100	36	100	17	100	53	100

Таблица 2

Распределение больных по возрасту с учётом гистологической структуры опухоли и стадии заболевания

Возраст	Гистологический вариант опухоли, абс. (%)					
	ПлРШМ		АКШМ и ЖПлРШМ		P	
	T2NxMo n = 71	T3NxM0 n = 28	T2NxMo n = 30	T3NxM0 n = 23	P2	P3
20–24	2 (2,8)	2 (7,1)	0 (0)	0 (0)	P > 0,05	P > 0,05
25–29	11 (15,5)	3 (10,7)	1 (3,3)	0 (0)	P < 0,05	P > 0,05
30–34	17 (23,9)	3 (10,7)	1 (3,3)	3 (13,0)	P < 0,05	P > 0,05
35–39	8 (11,3)	8 (28,6)	1 (3,3)	2 (8,7)	P > 0,05	P > 0,05
40–44	13 (18,3)	3 (10,7)	8 (26,7)	6 (26,1)	P > 0,05	P > 0,05
45–49	13 (18,3)	7 (25)	4 (13,3)	0 (0)	P > 0,05	P < 0,05
50 и старше	7 (9,9)	2 (7,1)	15 (50,0)	12 (52,2)	P < 0,05	P < 0,05

ту больные отличались. В группе с аденогенными формами преобладали пациентки старше 45 лет, в группе с ПлРШМ от 25 до 39 лет ($p < 0,05$).

По форме роста первичной опухоли больные распределились следующим образом. У больных с ПлРШМ II и III стадии преобладала экзофитная форма роста опухоли – 57,7 и 60,7 %. При аденогенных формах при II и III стадии существенно чаще встречалась эндофитная форма роста – 50,3 и 60,9 % наблюдений. Смешанная форма диагностировалась не часто при всех гистологических вариантах. Рост железистого рака в превалирующем числе случаев начинается в цервикальном канале, что и обуславливает чаще всего эндофитный рост опухоли.

При внеорганным распространении опухоли было выявлено, что при всех гистологических типах опухоли у пациенток преобладающим вариантом был влагиалично-параметральный вариант. Поражение параметральной клетчатки встречалось с одной и двух сторон в виде различной выраженности опухолевых инфильтратов, распространяющихся вплоть до стенки таза при третьей стадии болезни.

По степени дифференцировки больные распределились следующим образом: при ПлРШМ у 73 (73,1 %) умеренная дифференцировка, 26 (26,3 %) женщин низкая дифференцировка опухоли. При аденогенных формах 39 (73 %) больных с умеренно дифференцированными опухолями и 14 (26,4 %) с низкой степенью дифференцировки. Таким образом, группы между собой сопоставимы.

Всем больным на первом этапе было проведено 2 цикла химиотерапии. В подгруппах 1 и 2 использовалась схема LFP, которая заключалась в пероральном приеме ломустина 80 мг/м^2 в первый день, 5-фторурацил по 350 мг/м^2 со 2 по 6 дни внутривенно капельно, цисплатин 100 мг/м^2 на 7 день. Интервал между циклами химиотерапии составлял 3 недели. В подгруппах 3 и 4 химиотерапия проводилась по схеме CAP, которая заключалась во внутривенном введении препаратов цисплатина в дозе 80 мг/м^2 , циклофосфана 800 мг/м^2 , доксорубина 80 мг/м^2 в первый день лечения.

При полной или частичной резорбции опухоли и исчезновении инфильтратов в параметриях, выполнялось хирургическое лечение в объеме расширенной гистерэктомии III типа (модификация Вертгейма-Мейгса). У 15 (9,9 %) пациенток (10 – ПлРШМ и 5 – АКШМ) с ос-

таточной инфильтрацией параметральной клетчатки после 2 циклов НАПХТ проведена предоперационная ДГТ до 30 Гр в традиционном режиме, посредством которой удалось добиться резорбции опухоли в параметриях и выполнить запланированное хирургическое лечение.

Последним этапом многокомпонентного лечения проводилась послеоперационная лучевая терапия. Послеоперационное лечение местно-распространенного рака шейки матки проводилось до суммарной очаговой дозы в точке В 40–50 Гр. Облучение в статическом или подвижном режиме планировалось с учетом неблагоприятных прогностических факторов (глубокая инвазия, распространение опухоли на тело матки, метастазы в регионарные лимфатические узлы). При наличии вышеперечисленных факторов облучение начиналось со статического режима до СОД в точке В 20 Гр (РОД 2 Гр в т. В), затем в подвижном режиме до СОД 50 Гр в т. В (РОД 2 Гр в т. В). В статическом режиме облучение начинали на аппарате Theratron Elite 80, или ускорителе SL 15 или Electa Synergy с двух открытых полей, $S = 16 \cdot 18 - 20 \text{ см}$, разовая очаговая доза 2 Гр в точку В до СОД 20 Гр в т. В, затем в режиме двухосевой ротации под углом 180° с двух параллельных полей, $S = 6 \cdot 18 - 20 \text{ см}$, расстояние между полями на уровне внутреннего зева 6 см, разовая очаговая доза 2 Гр, суммарная очаговая доза 50 Гр. При отсутствии метастазов в тазовых лимфатических узлах ДГТ проводили до СОД 40 Гр в т. В в режиме 2-осевой ротации под углом 180° с двух параллельных полей, $S = 6 \cdot 18 - 20 \text{ см}$, расстояние между полями на уровне внутреннего зева 6 см, РОД 2 Гр в т. В. При отсутствии неблагоприятных прогностических факторов послеоперационное облучение проводилось в ротационном режиме до СОД 40 Гр.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Для сравнения групп больных по количественным признакам, имеющим нормальное распределение, использовались методы параметрической статистики – критерий Стьюдента. Сравнение качественных признаков проводилось с помощью таблиц сопряженности (хи-квадрат по методу Пирсона). Для сравнения качественных признаков, имеющих малое абсолютное значение, использовался точный двусторонний критерий Фишера.

Результаты исследования. Эффективность проведенного лечения оценивалась с помощью показателей безрецидивной и общей выживаемости. Безрецидивная выживаемость рассчитывалась как время, прошедшее от завершения лечения до наступления первого рецидива заболевания. Общая выживаемость рассчитывалась от времени начала специального лечения до наступления смерти больного от любой причины.

Весь послеоперационный материал направлялся для гистологического исследования на предмет установления размеров опухоли, ее инвазии, оценки лечебного патоморфоза, метастатического поражения лимфатических узлов, степени их замещения, изучения краев линии резекции.

Метастатическое поражение лимфатических узлов выявлено после хирургического вмешательства у 32 (21,1 %) больных. В группе с ПЛРШМ II стадии и АКШМ с ЖПлРШМ II стадии 13 (12,9 %) пациенток после хирургического лечения с подтвержденными метастазами в подвздошные лимфатические узлы и изначально со стадией T2vNxM0 (IIb стадия) рестадируются в T2vN1M0 (IIIb стадия). В группе с ПЛРШМ III стадии и АКШМ с ЖПлРШМ III стадии из 51 женщины со стадией T3vNxM0 (IIIb стадия) у 19 (37,3 %) пациенток диагностированы метастазы в подвздошные лимфатические узлы – T3vN1M0 (IIIb стадия). Таким образом, метастатическое поражение лимфатических узлов диагностировано у 21 (21,2 %) пациентки с ПЛРШМ и у 11 (20,8%) с аденогенными формами рака – 5 (29,4 %) с ЖПлРШМ и у 6 (16,7 %) с АКШМ.

На рис. 1 представлена общая выживаемость больных с ПЛРШМ и аденогенными формами независимо от стадии.

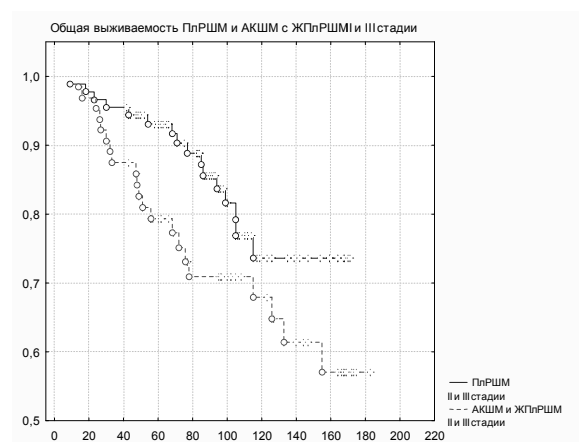
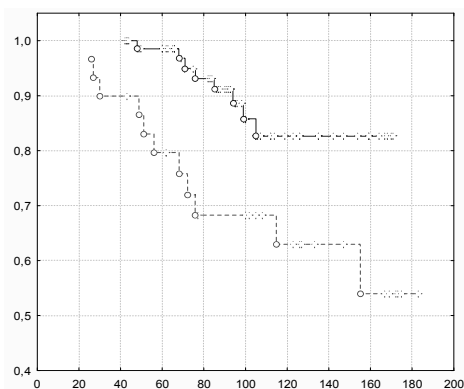


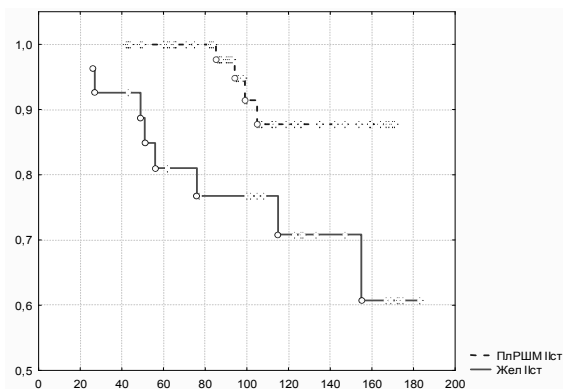
Рис. 1. Общая выживаемость всех пациенток с ПЛРШМ и АКШМ с ЖПлРШМ

При сравнительном анализе общей выживаемости больных с ПЛРШМ и железистыми формами вне зависимости от стадии заболевания показатели трехлетней выживаемости составили 95 и 88 % ($P > 0,05$), пятилетней 92 и 79 % ($P < 0,05$), десятилетней (73 и 67 %) ($P < 0,05$). Таким образом, выживаемость больных при плоскоклеточном гистологическом варианте РШМ достоверно выше, чем при аденогенных формах.

На рис. 2 и 3 представлена общая выживаемость пациенток с ПЛРШМ и аденогенными формами РШМ. Вторая стадия без учёта хирургического рестадирования (рис. 2, а) и с его учетом (рис. 2, б) и аналогично третья стадия заболевания (рис. 3).



а)



б)

Рис. 2. Общая выживаемость больных с ПЛРШМ и АКШМ с ЖПлРШМ при II стадии заболевания: а – без рестадирования (T2NXM0); б – с учётом хирургического рестадирования (T2N0M0)

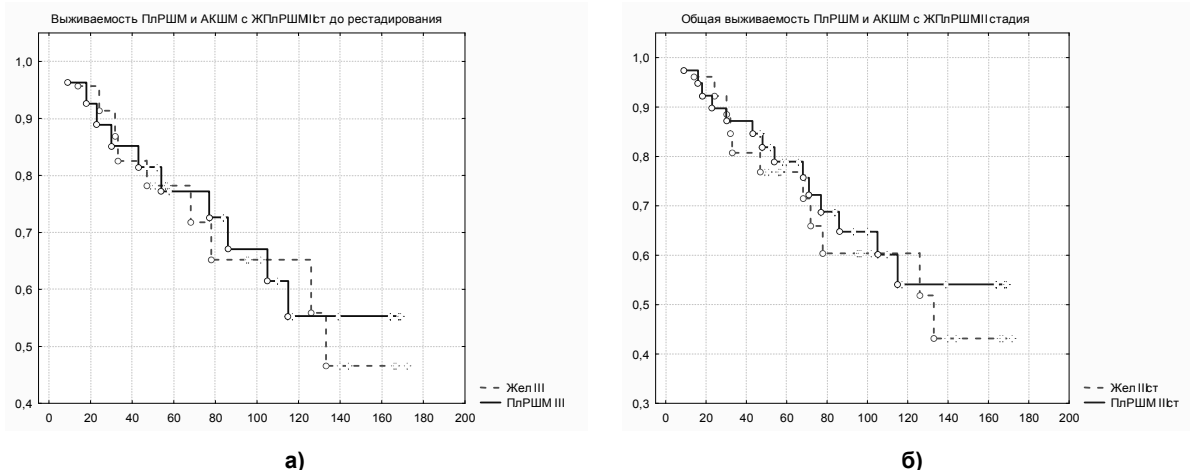


Рис. 3. Общая выживаемость больных с ПлРШМ и АКШМ с ЖПлРШМ при III стадии заболевания: а – без рестадирирования (Т3NxM0); б – после хирургического рестадирирования

Без хирургического рестадирирования показатели общей трехлетней выживаемости составили 100 и 90 % ($P > 0,05$), пятилетней 98 и 79 % ($P < 0,05$), десятилетней 83 и 63 % ($P < 0,05$).

Умерло при II стадии (T2NxM0) ПлРШМ 4 (5,6 %) пациентки, на сроке более 5 лет от генерализации процесса. При аденогенных формах при II стадии (T2NxM0) погибло 8 (26,7 %) на сроке до 3 лет – 2 больные, до 5 лет – 2 больные, после 5 лет – 4 пациенток.

После рестадирирования показатели трехлетней выживаемости составили 100 и 90,9 % ($P > 0,05$), пятилетней выживаемости 100 и 80,2 % ($P < 0,05$), десятилетней выживаемости 88 и 71 % ($P < 0,05$). Следовательно, выживаемость при II стадии при ПлРШМ статистически достоверно выше при достижении пятилетних показателей и выше, а хирургическое лечение позволяет достоверно определить стадию заболевания, прогноз и подобрать оптимальную тактику адьювантной терапии.

Без хирургического рестадирирования показатели общей трехлетней выживаемости составили 85 и 82 % ($P > 0,05$), пятилетней 78 и 77 % ($P > 0,05$), десятилетней 55 и 75 % ($P < 0,05$).

У больных с ПлРШМ умерло 10 (35,7 %) человек. На первом году – 1 больная, на сроке до 3 лет – 3 пациентки, до 5 лет – 2 больные, одна из них от спаечной кишечной непроходимости (данных о прогрессировании заболевания не было). После 5 лет умерло еще 4 женщины от генерализации опухолевого процесса.

При III стадии (T3bNxM0) больных с аде-

ногенными формами погибло 9 (39,1 %) женщин. На сроке до 3 лет – 5 больных, до 5 лет – 1 больная, после 5 лет еще 3 больные, все от генерализации процесса.

После рестадирирования показатели трехлетней выживаемости составили 87,2 и 80,5 % ($P > 0,05$), пятилетней 79,6 и 78,1 % ($P > 0,05$), десятилетней 54 и 60 % ($P > 0,05$).

При ПлРШМ погибло 13 (46,4 %) женщин. На первом году лечения – 1 пациентка от неизлеченности процесса, до 3 лет – 3 больные, до 5 лет – 3 пациентки, после 5 лет еще 6 женщин (одна из них не от онкологической причины).

При аденогенных формах умерло 10 (43,5 %) женщин. На сроке до 3 лет – 5 женщин, до 5 лет – 1 женщина, после 5 лет – 4 больные.

При анализе групп с III (T2-3N0-1M0) стадией болезни после хирургического рестадирирования у больных с ПлРШМ 21 (55 %) женщина имела метастатическое поражение подвздошных лимфатических узлов, при аденогенных формах лишь у 11 (42 %) больных встречались метастазы в тазовых лимфатических узлах ($p < 0,05$). Эта ситуация проясняет почему группа с ПлРШМ имеет практически одинаковые показатели общей выживаемости с железистыми формами. Так как метастатическое поражение лимфатических узлов, является наиболее неблагоприятным фактором прогноза.

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод, что аденогенные формы рака шейки матки должны рассматриваться как наиболее агрессивные опухоли с неблагоприятным прогнозом, по сравнению с ПлРШМ,

течение которого в целом носит более благоприятный прогноз. Адекватное хирургическое стадирование позволяет определить истинную стадию заболевания, исключить отдаленные метастазы, удалить радиорезистентные клетки и провести многокомпонентное лечение.

Литература

1. Антипов, В.А. Органосохраняющее лечение начальных форм инвазивной аденокарциномы шейки матки / В.А. Антипов, О.В. Новикова, О.С. Балахонцева // Сибир. онколог. журнал. – 2010. – № 1 (37). – С. 5–11.

2. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб.: ООО Изд-во «Фолиант», 2002. – 544 с.

3. Важенин, А.В. Актуальные вопросы клинической онкогинекологии / А.В. Важенин, А.В. Жаров, И.Г. Шимоткина. – М.: ООО Фирма «СТРОМ», 2010. – С. 6–33.

4. Давыдов, М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и в странах СНГ в 2008 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2010. – Т. 21, № 2 (прил. 1). – 160 с.

5. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смерт-

ность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: Издат. группа РОНЦ, 2013. – 289 с.

6. Лечение раннего рака шейки матки: выживаемость, осложнения и экономические аспекты / P. Zola, E. Tripodi, V. Zanfagninetal // Сибир. онколог. журнал. – 2012. – № 3 (51). – С. 14–21.

7. Местно-распространенный рак шейки матки: возможности химиолучевого лечения / Л.А. Коломиец, А.В. Важенин, О.Н. Чуруксаева и др. // Современная онкология. – 2005. – Т. 7, № 4. – С. 197–201.

8. Alfsen, G.C. Histologic subtype has minor importance for overall survival in patients with adenocarcinoma of the uterine cervix: a population-based study of prognostic factors in 505 patients with nonsquamous cell carcinomas of the cervix / G.C. Alfsen, G.B. Kristensen, E. Skovlund // Cancer. – 2001. – Vol. 92. – P. 2471–2483.

9. Neoadjuvant chemotherapy using low-dose consecutive intraarterial infusions of cisplatin combined with 5-fluorouracil for locally advanced cervical adenocarcinoma / Y. Aoki, T. Sato, M. Watanabe, M. Sasaki // GynecolOncol. – 2001. – Vol. 81(3). – P. 496–499.

Саевец Валерия Владимировна, врач-онколог онкологического гинекологического отделения, Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), valeria-doktor@mail.ru.

Жаров Александр Владимирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), JarovAV@mail.ru.

Важенин Андрей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, член-корреспондент Российской Академии наук, главный врач, Челябинский областной клинический онкологический диспансер; заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), gos-chel@mail.ru.

Чернова Людмила Федоровна, кандидат медицинских наук, заведующая онкологического гинекологического отделения, Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), chernovalf@mail.ru.

Шимоткина Ирина Григорьевна, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по лечебной работе, Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), gos-chel@mail.ru.

Губайдуллина Татьяна Николаевна, кандидат медицинских наук, врач-онколог онкологического гинекологического отделения, Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), munir44@mail.ru.

Кравченко Галина Рудольфовна, кандидат медицинских наук, врач-онколог онкологического гинекологического отделения, Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), lalili2013@mail.ru.

Аржанникова Диана Фаритовна, врач-онкогинеколог поликлиники, Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), Mstroy71@mail.ru.

Поступила в редакцию 15 марта 2015 г.

REMOTE RESULTS OF MULTICOMPONENT TREATMENT FOR REGIONAL CERVICAL CANCER CONSIDERING MORPHOLOGICAL STRUCTURE OF THE TUMOR

*V.V. Saevec, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation,
valeria-doktor@mail.ru,*

*A.V. Zharov, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation,
JarovAV@mail.ru,*

*A.V. Vajenin, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation,
roc-chel@mail.ru,*

*L.F. Chernova, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation,
chernovalf@mail.ru,*

*I.G. Shimotkina, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation,
roc-chel@mail.ru,*

*T.N. Gubaidullina, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation,
munir44@mail.ru,*

*G.R. Kravchenko, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation,
lalili2013@mail.ru,*

*D.F. Arjannikova, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation,
Mstroy71@mail.ru*

Aim: to optimize treatment policy and to clarify the prognosis in patients with regional IIB-IIIB stage cervical cancer based on the study of remote results of multicomponent treatment considering morphological variant of the tumor. The materials of the study were results of observations on 152 patients with diagnosed IIB-IIIB stage cervical cancer who received multicomponent treatment. We evaluated the effectiveness of different treatment options for cervical cancer depending on the histological structure of the tumor. Metastatic lymph nodes was diagnosed in 21 (21.2 %) patients with PIRShM and in 11 (20.8 %) with adenogenic cancers – 5 (29.4 %) with ZhPIRShM and 6 (16.7 %) with AKSHM. Overall and disease-free survival of patients in the group with PIRShM was significantly higher than in adenogenic cervical cancer forms. Adenogenic cervical cancer forms should be regarded as the most aggressive tumors with poor prognosis compared to PIRShM.

Keywords: cervical cancer, chemoradiotherapy, surgery.

References

1. Antipov V.A., Novikova O.V., Balakhontseva O.S. [Conserving Therapy of Early Forms of Invasive Adenocarcinoma of the Cervix]. *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal* [Siberian Journal of Oncology], 2010, no. 1(37), pp. 5–11. (in Russ.)
2. Bokhman Ya.V. *Rukovodstvo po onkoginekologii* [Guide Oncogynecology]. St. Petersburg, Ltd. Tome Publ., 2002. 544 p.
3. Vazhenin A.B., Zharov A.B., Shimotkina I.G. *Aktual'nye voprosy klinicheskoy onkoginekologii* [Topical Issues of Clinical Gynecological Oncology]. Moscow, Company Ltd. STROM Publ., 2010, pp. 6–33.
4. Davydov M.I., Aksel' E.M. [Statistics Malignancies in Russia and the CIS Countries in 2008]. *Vestnik RONTs im. H.H. Blokhina RAMN* [Bulletin of RCRC. H.H. Blokhin], 2010, vol. 21, no. 2 (prilozhenie 1), 160 p. (in Russ.)
5. Chissova V.I., Starinskiy V.V., Petrova G.V. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2011 godu (zabolevaemost' i smertnost')* [Malignant Neoplasms in Russia in 2011 (Morbidity and Mortality)]. Moscow, RONTs Publ., 2013. 289 p.

6. Zola R., Tripodi E., Zanfagninetal V. [The Treatment of Early Cervical Cancer. Survival, Complications and Economic Aspects]. *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal* [Siberian Journal of Oncology], 2012, no. 3 (51), pp. 14–21. (in Russ.)

7. Kolomiets L.A., Vazhenin A.B., Churuksaeva O.N. [Locally Advanced Cervical Cancer. Possibilities Chemoradiotherapy]. *Sovremennaya onkologiya* [Modern Oncology], 2005, vol. 7, no. 4, pp. 197–201. (in Russ.)

8. Alfsen G.C., Kristensen G.B., Skovlund E. Histologic Subtype has Minor Importance for Overall Survival in Patients with Adenocarcinoma of the Uterine Cervix: A Population-Based Study of Prognostic Factors in 505 Patients with Nonsquamous Cell Carcinomas of the Cervix. *Cancer.*, 2001, vol. 92, pp. 2471–2483. DOI: 10.1002/1097-0142(20011101)92:9<2471::AID-CNCR1597>3.0.CO;2-K

9. Aoki Y., Sato T., Watanabe M., Sasaki M. Neoadjuvant Chemotherapy Using Low-Dose Consecutive Intraarterial Infusions of Cisplatin Combined with 5-Fluorouracil for Locally Advanced Cervical Adenocarcinoma. *Gynecol Oncol.*, 2001, vol. 81(3), pp. 496–499. DOI: 10.1006/gyno.2001.6195

Received 15 March 2015

БИБЛИОГРАФИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СТАТЬИ

Отдаленные результаты многокомпонентного лечения местно-распространенного рака шейки матки с учетом гистологического строения опухоли / В.В. Саевец, А.В. Жаров, А.В. Вазенин и др. // Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура». – 2015. – Т. 15, № 2. – С. 65–72. DOI: 10.14529/ozfk150211

REFERENCE TO ARTICLE

Saevec V.V., Zharov A.V., Vajenin A.V., Chernova L.F., Shimotkina I.G., Gubaidullina T.N., Kravchenko G.R., Arjannikova D.F. Remote Results of Multicomponent Treatment for Regional Cervical Cancer Considering Morphological Structure of the Tumor. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Education, Healthcare Service, Physical Education*, 2015, vol. 15, no. 2, pp. 65–72. (in Russ.) DOI: 10.14529/ozfk150211