

С. А. Саргсян, В. В. Кузнецов, М. А. Шабанов, А. И. Лебедев,  
К. Ю. Морхов, В. М. Нечушкина, А. В. Налбандян

## АДЕНОКАРЦИНОМА ШЕЙКИ МАТКИ

НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва

Проведен анализ результатов лечения 120 больных аденокарциномой шейки матки 0—IV стадий. Особенности клинического течения аденокарциномы шейки матки являются локализация опухоли в цервикальном канале (70,8% случаев), эндофитная и смешанная форма анатомического роста опухоли (73,3%), муцинозный и эндометриодный варианты аденокарциномы (92,5%). Частота поражения лимфатических узлов таза составляет 34,0%. Основными неблагоприятными прогностическими факторами при аденокарциноме шейки матки являются стадия заболевания, тотальное поражение шейки матки, смешанная форма анатомического роста опухоли, глубина инвазии в строму шейки матки более 5 мм, наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и некроза в опухоли. Адекватными методами лечения больных аденокарциномой шейки матки 0—IA1 стадий является хирургическое вмешательство в объеме экстирпации матки с верхней третью влагалища, IA2 стадии — расширенная экстирпация матки, IB—IIA стадий — комбинированное лечение (расширенная экстирпация матки и лучевая терапия), IIB—III (T3) стадий — сочетанная лучевая терапия по радикальной программе.

**Ключевые слова:** аденокарцинома, шейка матки, диагностика, лечение, прогноз.

В России рак шейки матки (РШМ) занимает 6-е место в структуре заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями и 8-е место в структуре смертности от них. Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении, РШМ удерживает 2-е место в структуре онкогинекологической заболеваемости (11,5 на 100 000 женщин) после рака тела матки, оставаясь важной проблемой клинической онкогинекологии [2].

По данным разных авторов, аденокарцинома шейки матки (АКШМ) составляет 8—26% случаев РШМ. Считается, что АКШМ имеет более неблагоприятный прогноз, чем плоскоклеточный РШМ. Кроме того, АКШМ реже выявляют на ранних стадиях, поскольку опухоль часто локализуется в цервикальном канале и не визуализируется при гинекологическом осмотре [1; 3; 4].

РШМ в большинстве случаев возникает в зоне трансформации. Резервные клетки зоны трансформации могут дифференцироваться в многослойный плоский, цилиндрический или патологически измененный (дисплазия разной степени тяжести, интраэпителиальный РШМ) эпителий.

Основной причиной РШМ является инфекция, вызываемая вирусом папилломы человека. При АКШМ вирус папилломы человека типа 18 обнаруживают более чем у 50% больных.

АКШМ обычно развивается в цервикальном канале. Опухоль часто распространяется на тело матки без пора-

жения эктоцервикса. Считают, что АКШМ развивается из резервных клеток, находящихся под цилиндрическим эпителием, выстилающим цервикальный канал и ложные железы шейки матки. В норме ложные железы разветвлены и могут проникать глубоко в мышечный слой шейки матки. Эта анатомическая особенность затрудняет дифференциальную диагностику между АКШМ in situ и инвазивной АКШМ.

Цитологическая диагностика АКШМ более сложна и менее точна, чем плоскоклеточного РШМ. Гинекологическое исследование, кольпоскопия и цитологическое исследование обычно недостаточны, поскольку опухоль чаще локализуется в цервикальном канале. Определенные трудности существуют при дифференциальной диагностике клеток аденокарциномы и цилиндрического эпителия при цитологическом исследовании.

При эндофитной форме анатомического роста АКШМ может достигать больших размеров, но клинически никак не проявляться. В связи с этим для выявления и оценки распространенности опухоли необходим ряд исследований. По мнению некоторых авторов, полноценное стадирование возможно только при лапаротомии.

Нами проанализированы результаты лечения 120 больных с гистологически верифицированной АКШМ 0—IV стадий, которые лечились в ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН с 1979 по 2003 г. АКШМ наблюдалась у 2,8% больных РШМ, подвергшихся лечению за этот период (4353 больные). Возраст больных составил в среднем 50,8 года (16—79 лет); 55 (45,8%) больных в возрасте до 50 лет.

Стадию АКШМ определяли по классификации FIGO (Международная федерация гинекологов и акушеров,

2000 г.) и TNM (6-й пересмотр, 2003 г.). Гистологическое строение АКШМ определяли по Международной гистологической классификации опухолей шейки матки (ВОЗ, 2-й пересмотр, 2003 г.).

В 1950 г. Международная федерация гинекологов и акушеров (FIGO) включила в классификацию РШМ 0 стадию — преинвазивный РШМ или РШМ *in situ*. Морфологически при АКШМ *in situ* эпителиальный пласт представлен опухолевыми клетками. Опухоль распространяется по поверхности слизистой эндоцервикса без прорастания базальной мембраны, инфильтрации и десмопластической реакции подлежащей стромы, характерных для инвазивного рака. АКШМ *in situ* четко отграничена от соседних нормальных желез и непораженного эпителия самой железы. Морфологическая картина АКШМ *in situ* чрезвычайно разнообразна. В некоторых случаях отмечаются небольшое количество муцина, более выраженная клеточная стратификация, повышенная плотность клеточных элементов эпителиальной выстилки и нарушение полярности. Характерны также увеличение размеров ядер, плеоморфизм и гиперхромазия. Описаны эндоцервикальный, кишечный и эндометриоидный типы АКШМ *in situ*.

В табл. 1 приведено распределение больных АКШМ в зависимости от стадии по классификациям FIGO и TNM.

Одним из факторов, влияющих на выбор метода лечения больных АКШМ, является сопутствующая патология. Из 120 больных, включенных в исследование, у 48 (40,0%) выявлено ожирение: I степени — у 29 (60,4%), II степени — у 13 (27,1%), III степени — у 6 (12,5%). Ишемической болезнью сердца страдали 10 (8,3%) пациенток, гипертонической болезнью — 10 (8,3%), хроническими заболеваниями пищеварительного тракта — 7 (5,8%), заболеваниями легких (хронический бронхит, бронхиальная астма) — 3 (2,5%), сахарным диабетом I типа — 1 (0,8%), мочекаменной болезнью — 1 (0,8%), заболеваниями опорно-двигательного аппарата — 1 (0,8%). Различные сочетания сопутствующих заболеваний выявлены у 27 (22,5%) больных.

Фоновые или предраковые заболевания шейки матки отмечены в анамнезе у 32 (26,7%) больных. Эрозия шейки матки в анамнезе наблюдалась у 23 (19,2%) пациенток, полипы цервикального канала — у 5 (4,2%), дисплазия шейки матки — у 1 (0,8%). У 3 (2,5%) больных отмечено сочетание патологии шейки матки.

При начальных формах АКШМ клинические симптомы отсутствуют или слабо выражены. Клинические симптомы, а именно классическая триада (бели, кровотечение и боль), чаще всего наблюдаются при распространенных формах АКШМ. Одним из основных симптомов АКШМ являются кровянистые выделения из половых путей. В репродуктивном возрасте они носят характер межменструальных ациклических кровянистых выделений. В пременопаузе могут наблюдаться ациклические

Таблица 1  
Распределение больных АКШМ в зависимости от стадии

| Стадия           |      | Количество наблюдений |       |
|------------------|------|-----------------------|-------|
| TNM              | FIGO | абс.                  | %     |
| Tis              | 0    | 2                     | 1,7   |
| T1a <sub>1</sub> | IA1  | 1                     | 0,8   |
| T1a <sub>2</sub> | IA2  | 5                     | 4,1   |
| T1b <sub>1</sub> | IB1  | 24                    | 20,0  |
| T1b <sub>2</sub> | IB2  | 6                     | 5,0   |
| T2a              | IIA  | 21                    | 17,5  |
| T2b              | IIB  | 17                    | 14,2  |
| T3a              | IIIA | 3                     | 2,5   |
| T3b              | IIIB | 33                    | 27,5  |
| T4               | IVA  | 2                     | 1,7   |
| M1               | IVB  | 6                     | 5,0   |
| Всего            |      | 120                   | 100,0 |

длительные кровянистые выделения. В постменопаузе кровянистые выделения из половых путей разной интенсивности наблюдаются у большинства больных. Однако АКШМ даже при большом распространении не всегда проявляется кровянистыми выделениями. Кровотечения могут появляться вследствие механической травмы (спринцевание, твердый стул, гинекологический осмотр, половой акт и т. д.).

АКШМ может проявляться также белями. Они могут быть водянистыми, слизисто-гнойными, сукровичными. При отторжении некротизированных участков опухоли вскрываются лимфатические сосуды, что приводит к появлению водянистых или окрашенных кровью выделений.

Следующим клиническим проявлением АКШМ является боль, которая указывает на вовлечение в опухолевый процесс нервных стволов и сплетений таза. Локализация и характер боли различны. Чаще всего больные жалуются на боль в пояснице, внизу живота, в области крестца и прямой кишки. При инфильтрации стенок таза и поражении регионарных лимфатических узлов возникает боль в пояснице или внизу живота с иррадиацией в нижние конечности. Гидронефроз и уремия указывают на обширную опухолевую инфильтрацию параметриев и обструкцию мочеточников. При прорастании стенки

мочевого пузыря или прямой кишки возникают дизурия, запоры, примесь крови в моче и кале, свищи. Отеки нижних конечностей указывают на нарушение оттока лимфы и венозной крови из нижних конечностей вследствие поражения опухолью тазовых лимфатических узлов и сдавления (или прорастания) подвздошных сосудов. Часто это встречается при рецидивах заболевания.

Чаще всего при АКШМ отмечается сочетание перечисленных симптомов (в нашем исследовании у 49 больных, 40,8%). Ациклические кровянистые выделения выявлены у 23 (19,2%) больных, контактные кровянистые выделения — у 6 (5,0%). Кровянистые выделения в постменопаузе отмечались у 19 (15,8%) больных. Бели как первый симптом заболевания наблюдались у 5 (4,2%) больных. Боль отмечена у 11 (9,2%) больных, дизурия — у 1 (0,8%). У 6 (5,0%) больных жалоб не было.

В большинстве наблюдений опухоль поражала цервикальный канал (85 больных, 70,8%). Поражение всей шейки матки отмечалось у 26 (21,7%) пациенток, передней губы шейки матки — у 7 (5,8%), задней губы — у 2 (1,7%).

Различают следующие формы анатомического роста опухоли: экзофитная, эндофитная, смешанная. Для АКШМ характерна эндофитная форма анатомического роста опухоли. Шейка матки при этом гипертрофируется, приобретает бочкообразную форму. Это отмечено у 56 (46,7%) больных. Реже встречается экзофитная форма анатомического роста опухоли (32 больные, 26,7%), при которой имеются разрастания опухоли на эктоцервиксе. Смешанная форма анатомического роста опухоли выявлена у 32 (26,7%) больных.

Размер опухоли менее 4 см отмечен у 38 (31,7%) больных АКШМ, более 4 см — у 66 (55,0%) больных. При первичном осмотре опухоль визуально не определялась у 16 (13,3%) больных, т. к. она локализовалась в цервикальном канале, а эктоцервикс был визуально не изменен.

По нашим данным, чаще всего встречается муцинозная (67% наблюдений) и эндометриоидная (25%) АКШМ. Железисто-плоскоклеточный рак диагностирован у 3% больных, АКШМ *in situ* — у 2%, светлоклеточная аденокарцинома — у 1%, серозная аденокарцинома — у 1%, стекловидно-клеточная карцинома — у 1%.

В нашем исследовании преобладали высоко- и умереннодифференцированные опухоли (65 пациенток, 54,2%, и 42 пациентки, 35,0%, соответственно). Низкодифференцированные опухоли выявлены у 6 (5,0%) больных. У 7 (5,8%) больных диагностированы опухоли разной степени дифференцировки.

Инвазия опухоли до 5 мм отмечена у 40 (40,8%) пациенток, более 5 мм — у 58 (59,2%). Инвазию лимфатических сосудов наблюдали у 73 (60,8%) больных. У 27 (22,5%) больных обнаружены некрозы в опухоли.

Метастазы в лимфатических узлах таза обнаружены у 18 (34,0%) из 53 больных, которым выполнена расширенная экстирпация матки. Высокая степень диффе-

ренцировки лимфогенных метастазов наблюдалась у 6 (33,3%) больных, умеренная — у 7 (38,9%), низкая — у 3 (16,7%). Метастазы разной степени дифференцировки отмечены у 1 (5,6%) больной, недифференцированные еще у 1 (5,6%).

Несмотря на успехи, достигнутые в области диагностики АКШМ, большинство больных поступают в стационары со II—III стадиями заболевания. Запущенность в ряде случаев обусловлена отсутствием онкологической настороженности и скрытым течением болезни (локализация опухоли преимущественно в цервикальном канале и эндофитная форма анатомического роста опухоли).

Обследование больных АКШМ складывается из нескольких этапов: сбор анамнеза, общий осмотр, гинекологический осмотр, дополнительные исследования. После визуального осмотра наружных половых органов и осмотра шейки матки в зеркалах выполняются бимануальное гинекологическое исследование, цитологическое исследование мазков с шейки матки, раздельное диагностическое выскабливание матки и биопсия шейки матки. Окончательный диагноз ставят после гистологического исследования. Распространенность опухоли определяют при УЗИ, гистероскопии, цистоскопии, ректороманоскопии, рентгенографии грудной клетки. При необходимости выполняют КТ, МРТ и лапароскопию.

При осмотре шейки матки в зеркалах могут определяться эрозия, узловые и папиллярные образования, увеличение шейки матки, что позволяет заподозрить опухоль. Экзофитная опухоль представляет собой разрастания измененной ткани с участками распада, легко кровоточащей при дотрагивании. При эндофитной опухоли шейка матки плотная, увеличенная, слизистая оболочка темно-багрового цвета с сетью мелких, легко кровоточащих сосудов. При распаде эндофитной опухоли образуются язвы. Возможен переход опухоли на влагалище. При ректовагинальном исследовании оценивают размер, консистенцию, подвижность тела матки, состояние крестцово-маточных связок, придатков матки, стенок и сводов влагалища, параметриев, нижних отделов прямой кишки.

В отсутствие поражения эктоцервикса выполнить кольпоскопию и цитологическое исследование мазков с шейки матки для постановки диагноза АКШМ недостаточно. Цитологическое исследование неинформативно у 72 (60,0%) больных.

Раздельное диагностическое выскабливание матки произведено всем 120 (100,0%) больным АКШМ. Оно было информативно у 62 (51,7%) больных. До операции диагноз АКШМ морфологически верифицирован у 102 (85,0%) больных. Диагностические ошибки наблюдались у 18 (15,0%) больных: 17 больным постановлен диагноз рака тела матки, 1 пациентке — диагноз рака яичников.

Опухоль шейки матки выявлена при профилактических осмотрах у 24 (20,0%) больных, при появлении клинических симптомов — у 96 (80,0%).

Стадию заболевания по классификации FIGO определяли по результатам гистологического исследования послеоперационного материала и дополнительных исследований (табл. 1).

Лечение больных АКШМ в настоящее время развивается в четырех направлениях: хирургическое, лучевое, комбинированное и комплексное. Тактика лечения зависит от распространенности процесса, возраста, состояния репродуктивной функции и наличия сопутствующих заболеваний.

В нашем исследовании комбинированное лечение проведено 70 (58,3%) больным, хирургическое — 14 (11,7%), лучевое — 19 (15,8%), комплексное — 12 (10,0%), химиотерапия — 4 (3,3%), симптоматическое — 1 (0,8%).

Хирургическое лечение больных АКШМ как самостоятельный метод применяют при 0—IA2 стадиях.

Адекватным объемом хирургического вмешательства при микроинвазивной АКШМ является экстрафасциальная экстирпация матки без придатков у женщин до 45 лет и с придатками — у больных старше указанного возраста. Объем вмешательства может быть ограничен конизацией шейки матки только у женщин детородного возраста при необходимости сохранения репродуктивной функции. В таких случаях обязательно проводят интраоперационное гистологическое исследование удаленного конуса тканей, края которого не должны содержать опухолевых клеток.

Если при глубине инвазии в строму до 3 мм имеются опухолевые эмболы в кровеносных или лимфатических сосудах, возрастает риск метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. В этом случае показана модифицированная расширенная экстирпация матки с придатками (или без придатков). Выполнение модифицированной расширенной экстирпации матки показано при АКШМ IA2 стадии.

В нашем исследовании только хирургическому лечению подверглись 14 пациенток, что составило 11,7% от общего количества больных АКШМ. Восьми (57,1%) больным выполнена экстирпация матки с придатками, 6 (42,9%) — расширенная экстирпация матки с придатками.

Лучевую терапию как самостоятельный метод лечения используют при АКШМ всех стадий, однако чаще при IIB—III стадиях. На ранних стадиях она так же эффективна, как и хирургическое лечение. Однако осложнения лучевой терапии более тяжелые. Одним из них является утрата функции яичников. По этой причине при АКШМ ранних стадий у женщин репродуктивного возраста методом выбора является хирургическое лечение. Как правило, проводят сочетанную лучевую терапию. Брахиотерапия позволяет устанавливать источники излучения непосредственно у первичной опухоли и подвести дозу, необходимую для ее полного разрушения. Дистанционное облучение применяют для воздействия на зоны регионарного метастазирования и инфильтраты в параметральной клетчатке.

В нашем исследовании только лучевое лечение проведено 19 (15,8%) больным. По стадиям больные распределены следующим образом: IB2 — 1 (5,3%), IA — 2 (10,5%), IIB — 5 (26,3%), IIIA — 2 (10,5%), IIIB — 7 (36,8%), IVA — 1 (5,3%) и IVB — 1 (5,3%). Все больные получили сочетанную лучевую терапию (дистанционное  $\gamma$ -облучение малого таза и внутриволостная лучевая терапия  $^{60}\text{Co}$ ). Большинству больных (16 (84,2%) больных) проведена сочетанная лучевая терапия по радикальной программе. Суммарная очаговая доза на точку А варьировала от 30,1 до 90,0 Гр, на точку В — от 20,1 до 70,0 Гр.

Для улучшения отдаленных результатов лечения АКШМ применяют комбинированное лечение, которое включает операцию и лучевую терапию в разной последовательности.

Предоперационное облучение направлено на уменьшение диссеминации опухолевых клеток и размеров опухоли, что дает возможность выполнить затем радикальное хирургическое вмешательство.

В настоящее время наиболее распространенной во всем мире является расширенная экстирпация матки с придатками (или без придатков), известная как операция Вертгейма. Эту операцию в сочетании с лучевой терапией в разной последовательности применяют для лечения РШМ IB—IA стадий. Отдельные авторы допускают комбинированное лечение при РШМ IIB стадии.

Послеоперационное облучение проводят больным, имеющим противопоказания к предоперационной лучевой терапии (беременность, воспалительный процесс или объемные образования придатков матки), при наличии неблагоприятных прогностических факторов (метастазы в лимфатических узлах таза, глубокая инвазия опухоли, низкая степень дифференцировки, патоморфоз I—III степени, наличие раковых эмболов в лимфатических сосудах), а также больным с начальными формами рака, у которых при послеоперационном гистологическом исследовании выявлена более глубокая инвазия, чем предполагалось.

В нашем исследовании комбинированное лечение проведено 70 (58,3%) больным. У 16 (22,9%) из них была IB1, у 15 (21,4%) — IA и у 21 (30,0%) — IIB (метастатический вариант) стадии заболевания.

Операция с последующей лучевой терапией выполнена 46 (65,7%) больным. Комбинированное лечение по схеме — предоперационная лучевая терапия + операция + послеоперационная лучевая терапия — проведено 13 (18,6%) больным. Комбинированное лечение с использованием лучевой терапии и гормонотерапии проведено 5 (7,1%) больным (1 больная, 1,4%, АКШМ IIIA стадии и 4 больных, 5,6%, АКШМ IIIB стадии). Гормонотерапию проводили по схемам: 17-оксипрогестерона капронат, 500 мг в/м 2 раза в неделю; триамцинолон, 15 мг/сут, и гестонорон, 200 мг в/м 1 раз в неделю; медроксипрогестерон, 500 мг в/м 1 раз в неделю. Комбинированное лечение (операция + химиотерапия) проведено 3 (4,3%) боль-

ным АКШМ IIA, IIIB и IVB стадий. Применяли следующие комбинации препаратов: (1) цисплатин, блеомицин, фторурацил; (2) карбоплатин, доксорубин, фторурацил.

Из 70 больных АКШМ, которым проведено комбинированное лечение, 16 (22,9%) на первом этапе подверглись предоперационной лучевой терапии. Двенадцати (75,0%) из этих больных проведена сочетанная лучевая терапия. После хирургического вмешательства лучевая терапия проведена 59 (84,3%) больным. Тринадцать (22,0%) из них получили предоперационную лучевую терапию. В послеоперационном периоде больным АКШМ в основном проводили сочетанную лучевую терапию (41 больная, 69,5%).

При комбинированном лечении у половины больных (32, 47,8%) суммарная очаговая доза на точку А составила 50,1—60,0 Гр, на точку В — 40,1—50,0 Гр.

Основным видом хирургического вмешательства при комбинированном лечении АКШМ была расширенная экстирпация матки с придатками (40 больных, 61,5%), 25 (38,5%) больным выполнена экстирпация матки с придатками.

Двенадцати (10,0%) больным проведено комплексное лечение. По стадиям больные распределены следующим образом: IA2 стадия — 2 (16,7%), IB1 — 2 (16,7%), IIA — 2 (16,7%), IIB — 2 (16,7%), IIIB (метастатический вариант) — 3 (25,0%) и IVB — 1 (8,3%).

Комплексное лечение, состоящее из операции, лучевой терапии и химиотерапии, проведено 6 больным (IIA стадия — 1, IIB — 1, IIIB — 3 и IVB — 1). Еще 6 больным проведено комплексное лечение, состоящее из операции, лучевой терапии и гормонотерапии (IA2 стадия — 2, IB1 — 2, IIA — 1 и IIB — 1).

Таким образом, адекватными методами лечения больных АКШМ 0—IA1 стадий является хирургическое вмешательство в объеме экстирпации матки с верхней третью влагалища, IA2 стадии — расширенная экстирпация матки, IB—IIA стадий — комбинированное лечение (расширенная экстирпация матки и лучевая терапия), IIB—III (T3) стадий — сочетанная лучевая терапия по радикальной программе.

Как известно, отдаленные результаты лечения являются основным критерием оценки его эффективности. Пятилетняя общая и безрецидивная выживаемость больных АКШМ I—III стадий составила 68,7±5,7 и 67,3±5,8% соответственно (табл 2).

Нами проведен анализ общей и безрецидивной выживаемости больных АКШМ в зависимости от клинико-морфологических факторов прогноза: стадии заболевания, возраста, локализации, размеров, формы анатомического роста и гистологического строения опухоли, степени ее дифференцировки, глубины инвазии, наличия некрозов в опухоли и метастазов в регионарных лимфатических узлах, а также методов лечения.

Одним из важных факторов прогноза при РШМ является локализация опухоли. В нашем исследовании от-

Таблица 2

**Выживаемость больных АКШМ в зависимости от стадии, %**

| Стадии | Пятилетняя выживаемость |               |
|--------|-------------------------|---------------|
|        | общая                   | безрецидивная |
| IB1    | 93,9±4,3                | 77,8±2,1      |
| IB2    | 75,0±2,2                | 75,0±2,2      |
| IIA    | 88,9±1,4                | 87,5±2,8      |
| IIB    | 69,3±5,2                | 43,4±3,1      |
| IIIB   | 65,7±3,7                | 52,2±1,8      |

мечена прямая зависимость между локализацией первичной опухоли и 5-летней выживаемостью при АКШМ. При тотальном поражении шейки матки 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость больных составила 34,7±3,8 и 32,7±2,1% соответственно. При локализации опухоли в цервикальном канале эти показатели составили 72,8±5,2 и 70,1±4,8% соответственно ( $p < 0,05$ ).

При анализе отдаленных результатов лечения больных АКШМ в зависимости от формы анатомического роста опухоли получены следующие результаты. При экзофитной форме анатомического роста опухоли 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость больных составила 79,9±3,7 и 76,1±5,5%, при эндофитной — 73,0±3,2 и 70,6±2,8%, при смешанной — 63,6±6,5 и 61,3±3,1% соответственно ( $p < 0,05$  при сравнении 5-летней общей выживаемости больных с экзофитной и со смешанной формами анатомического роста опухоли).

По нашим данным, 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость больных АКШМ с глубиной инвазии менее 5 мм составила 85,5±3,0 и 78,7±3,5%, при глубине инвазии опухоли более 5 мм — 81,6±6,9 и 60,1±2,8% соответственно ( $p < 0,05$  при сравнении 5-летней безрецидивной выживаемости).

При наличии некроза в опухоли 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость составила 58,6±4,3 и 58,3±5,1%, в отсутствие некроза — 76,0±4,6 и 72,7±3,6% соответственно ( $p < 0,05$ ).

При анализе выживаемости больных АКШМ в зависимости от наличия метастазов в регионарных лимфатических узлах таза установлено, что 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость больных в группе с метастазами в регионарных лимфатических узлах составила 61,6±4,4 и 57,0±3,6%, в группе больных без метастазов — 81,5±2,8 и 72,5±2,1% соответственно ( $p < 0,05$ ).

Мы проанализировали также выживаемость больных АКШМ в зависимости от методов лечения. После хирургического лечения 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость больных составила 80,9±1,7 и 57,1±2,4%, пос-

ле комбинированного лечения —  $76,3 \pm 2,2$  и  $75,4 \pm 3,8\%$ , после комплексного лечения —  $71,4 \pm 4,3$  и  $71,4 \pm 4,3\%$ , после лучевой терапии —  $66,7 \pm 2,9$  и  $48,3 \pm 3,4\%$  соответственно. При сравнении 5-летней общей выживаемости в зависимости от проведенного лечения установлено, что после хирургического, комбинированного и комплексного лечения она была статистически достоверно выше, чем после лучевой терапии ( $p = 0,02$ , log-rank). При анализе 5-летней безрецидивной выживаемости показано, что после комбинированного лечения она была статистически достоверно выше, чем после лучевой терапии ( $p = 0,04$ , log-rank).

Таким образом, на основании исследований нам удалось выявить значимые неблагоприятные факторы прогноза при АКШМ: стадия заболевания, локализация опухоли (тотальное поражение шейки матки), смешанная форма анатомического роста, глубина инвазии в строму

шейки матки более 5 мм, наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах таза и полей некроза в опухоли. Кроме того, следует отметить тенденцию к ухудшению отдаленных результатов лечения при опухолях с разной степенью дифференцировки и при муцинозной АКШМ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии. — С-Пб.: Фолиант, 2002.
2. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 г. — М., 2005. — 268 с.
3. Leminen A., Paavonen J., Forss M. et al. Adenocarcinoma of the uterine cervix // Cancer. — 1990. — Vol. 65, N 1. — P. 53—59.
4. Vesterinen E., Forss M., Nieminen U. Increase of cervical adenocarcinoma: a report of 520 cases of cervical carcinoma including 112 tumors with glandular elements // Gynecol. Oncol. — 1989. — Vol. 33. — P. 49—53.

Поступила 15.05.2006

*S. A. Sargsyan, V. V. Kuznetsov, M. A. Shabanov, A. I. Lebedev,  
K. Yu. Morkhov, V. M. Nechushkina, A. V. Nalbandyan*  
**ADENOCARCINOMA OF THE UTERINE CERVIX**  
*Clinical Oncology Research Institute,  
N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center RAMS, Moscow*

Treatment outcomes were assessed in 120 patients with stage 0—IV adenocarcinoma of the uterine cervix. Clinical course of adenocarcinoma of the uterine cervix was characterized by tumor location in the cervical canal (70.8% of cases), endophytic or mixed tumor growth (73.3%), mucinous or endometrioid adenocarcinoma type (92.5%). Pelvic lymph node involvement was encountered in 34.0% of cases. Principal factors of poor prognosis in adenocarcinoma of the uterine cervix were disease stage, total cervix involvement, mixed type of tumor growth, more than 5 mm cervical stroma invasion, regional lymph node involvement and tumor necrosis. Adequate treatments of patients with adenocarcinoma of the uterine cervix include surgery with extirpation of the uterus and the vaginal upper third in stage 0—IA1, wide extirpation of the uterus in stage IA2, combined modality treatment (wide extirpation of the uterus plus radiotherapy) in stage IB—IIA and radical combination radiotherapy in stage IIB—III (T3) disease.

**Key words:** adenocarcinoma, uterine cervix, diagnosis, treatment, prognosis.