

© А. И. Лебедев, 2001
УДК 618.146-006.6-059

А. И. Лебедев

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ Ib СТАДИИ

НИИ клинической онкологии

В последние годы достигнуты определенные успехи в комбинированном лечении больных раком шейки матки (РШМ). В то же время данное заболевание продолжает занимать 4-е место по частоте и 7-е место в структуре смерти от всех онкологических заболеваний в странах СНГ [6]. Комбинированное лечение РШМ составляет около 20% в структуре используемых при данной локализации методов лечения в странах СНГ [6]. Пятилетняя выживаемость больных РШМ Ib стадии колеблется от 62 до 92% [2, 3, 5, 7–9]. В связи с этим разработка новых методов лечения является актуальной.

Целью данной работы является оценка эффективности комбинированного лечения больных плоскоклеточным РШМ Ib стадии.

Для определения достоверности различия результатов комбинированного лечения в данной работе использован критерий однородности нормальных совокупностей Стьюдента [1].

В хирургическом отделении онкогинекологии НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН с 1980 по 1995 г. было проведено комбинированное лечение 141 больной плоскоклеточным РШМ Ib стадии, включавшее оперативное вмешательство с последующей лучевой терапией.

Больные по возрасту были распределены на следующие группы: до 29 лет — 13 (9,2%) больных, от 30 до 39 лет — 41 (29,8%), от 40 до 49 лет — 41 (29,1%), от 50 до 59 лет — 30 (21,3%) и 60 лет и старше — 15 (10,6%) больных.

У всех больных диагноз верифицирован гистологически: плоскоклеточный ороговевающий рак был у 94 (66,7%) больных, плоскоклеточный неороговевающий — у 42 (29,8%) и низкодифференцированный плоскоклеточный рак — у 5 (3,5%) больных.

По методике лечения больные были распределены на две группы: 1-ю группу составили 56 (39,7%) больных, которым на первом этапе было проведено оперативное вмешательство с последующей дистанционной лучевой терапией на область малого таза, во 2-ю группу — 85 (60,3%) больных, которым на первом этапе проводилось оперативное вмешательство с последующим сочетанным лучевым лечением.

Все больные согласно классификации FIGO были разделены на две группы: стадия Ib1 (клинически определяемая опухоль до 4 см в наибольшем измерении) и стадия Ib2 (клинически определяемая опухоль более 4 см в наибольшем измерении). У 122 (86,5%) больных была установлена Ib1 стадия и у 19 (13,5%) — Ib2 стадия.

Из 56 больных 1-й группы у 40 (71,4%) была произведена расширенная экстирпация матки с придатками (РЭМП) или без придатков (РЭМ) и у 16 (28,6%) больных экстирпация матки с придатками (ЭМП) или без придатков (ЭМ) по методикам, применяемым в НИИ клинической онкологии.

A.I.Lebedev

EFFICACY OF MULTIMODALITY TREATMENT FOR STAGE Ib SQUAMOUS-CELL CARCINOMA OF THE CERVIX

Institute of Clinical Oncology

There was a certain progress in multimodality treatment for carcinoma of the cervix (CC) over the last years. However, CC is the 4th commonest malignancy and the 7th commonest cause of death among all oncological diseases in the CIS [6]. Multimodality treatment is about 20% of treatment approaches for this cancer site in the CIS [6]. 5-year survival in stage Ib CC ranges from 62% to 92% [2, 3, 5, 7–9]. It is important therefore to develop new approaches to CC treatment.

The purpose of this study was to assess efficacy of multimodality treatment for stage Ib squamous-cell CC.

Analysis of differences in results of multimodality treatment was made using Student's *t*-test [1].

A total of 141 patients with stage Ib squamous-cell CC underwent multimodality treatment consisting of surgery and postoperative radiotherapy at the N.N.Blokhin CRC during 1980 to 1995.

Case distribution with respect to age was as follows: 13 (9.2%) patients were under 29, 42 (29.8%) were 30 to 39, 41 (29.1%) were 40 to 49, 30 (21.3%) were 50 to 59 and 15 (10.6%) were 60 or more years of age.

The diagnosis of squamous-cell keratinizing carcinoma was verified histologically in 94 (66.7%) patients, squamous-cell non-keratinizing carcinoma was detected in 42 (29.8%) and poorly differentiated squamous-cell carcinoma in 5 (3.5%) patients.

The patients were stratified into two groups with respect to treatment approach. Group 1 was composed of 56 (39.7%) cases undergoing surgery and distant irradiation of small pelvis; group 2 consisted of 85 (60.3%) patients undergoing surgery and associated radiotherapy to follow.

All the cases were divided by FIGO classification into two groups with stage Ib1 (clinically detectable disease up to 4 cm in the largest dimension) and stage Ib2 (clinically detectable disease more than 4 cm in the largest dimension). 122 (86.5%) cases had stage Ib1 and 19 (13.5%) had stage Ib2 disease.

40 (71.4%) of 56 patients from group 1 underwent wide extirpation of the womb with (WEWA) or without (WEW) adnexa and the remaining 16 (28.6%) patients had extirpation of the womb with (EWA) or without (EW) adnexa by methods applied at the Institute of Clinical Oncology.

In group 2: 69 (81.2%) patients underwent WEWA or WEW and 16 (18.8%) had EWA or EW.

Postoperative radiotherapy in group 1 was as follows. 54 patients had small pelvic distant gamma-therapy by two-axial rotation at a 180° swinging angle using a ROCUS apparatus.

The distant gamma therapy was given by standard fractions (single dose 2 Gy, total dose 30 to 40 Gy, 5 times weekly for 3–4 weeks).

Во 2-й группе 69 (81,2%) больным была проведена РЭМП или РЭМ и 16 (18,8%) ЭМП или ЭМ.

В 1-й группе 54 больным на втором этапе проводилась послеоперационная дистанционная гамма-терапия на область малого таза с помощью гамма-аппарата РОКУС в режиме двухосевой ротации с углом качания 180° .

Дистанционная гамма-терапия проводилась стандартным фракционированием (РОД 2 Гр, СОД 30–40 Гр, 5 раз в неделю, продолжительность курса 3–4 нед).

Двум больным этой группы проводилось облучение малого таза фотонами на линейном ускорителе (18 МВ) статическим способом с двух полей.

Дистанционная фотонная терапия проводилась стандартным фракционированием (РОД 2 Гр, СОД 40 Гр, 5 раз в неделю, ежедневное облучение с двух полей, продолжительность курса 4 нед).

У больных при обнаружении метастазов рака в лимфоузлах малого таза СОД увеличивалась до 50 Гр.

Из 85 больных 2-й группы 73 (85,9%) больным на втором этапе проводилась дистанционная гамма-терапия на область малого таза ротационным способом по методике, указанной выше, и у 12 (14,1%) больных проводилось облучение малого таза фотонами с двух или четырех противолежащих полей. После подведения СОД 16–20 Гр проводилась внутрисполостная гамма-терапия на шланговом гамма-терапевтическом аппарате АГАТ-В: аппликации двух источников ^{60}Co к культе влагалища РОД 3 Гр на глубине 1–2 см, СОД 21–24 Гр. Аппликации проводились 3 раза в неделю, чередуясь с дистанционной лучевой терапией.

Из 141 больной 109 (77,3%) проведена РЭМП или РЭМ и 32 (22,7%) ЭМП или ЭМ.

Показаниями для проведения на первом этапе лечения РЭМП (РЭМ) были: возраст до 39 лет — у 33 (30,3%) больных, миома матки с другой сопутствующей генитальной патологией — у 24 (22,0%), метастатический вариант РПМ — у 12 (11,0%), беременность — у 6 (5,5%), массивное кровотечение из опухоли шейки матки — у 4 (3,7%), хронический аднексит — у 2 (1,8%), маточный вариант РПМ — у 1 (0,9%) больной, заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический колит и др.) — у 16 (14,7%) и заболевания мочевыделительной системы (почечно-каменная болезнь, хронический пиелонефрит, хронический цистит) — у 11 (10,1%) больных.

Показаниями для проведения на первом этапе ЭМП или ЭМ явились: заболевания желудочно-кишечного тракта — у 4 (12,4%), заболевания мочевыделительной системы — у 2 (6,3%) больных, заболевания сердечно-сосудистой системы — у 10 (31,3%), заболевания эндокринной системы — у 3 (9,4%) и хронический лимфолейкоз — у 1 (3,1%) больной. Из 11 (34,4%) больных у 9 до операции был установлен диагноз РПМ IA стадии и у 2 — рака тела матки, после проведенной им ЭМП выявлен РПМ Ib стадии. У 1 (3,1%) больной была проведена ЭМП в связи с технической невозможностью удаления метастатических лимфоузлов в малом тазу.

Средняя длительность РЭМП составила 2 ч 48 мин $\pm$ 4 мин, средняя кровопотеря во время ее 900 $\pm$ 48 мл.

Средняя длительность ЭМП составила 1 ч 45 мин $\pm$ 5 мин, средняя кровопотеря во время ее 340 $\pm$ 32 мл.

Two patients from this group underwent two-field static photon irradiation using a linear accelerator (18 MV).

The distant photon therapy was given by standard fractions (single dose 2 Gy, total dose 40 Gy, daily two-field irradiation, cycle duration 4 weeks).

In patients with pelvic lymph node involvement the total dose was increased to 50 Gy.

Radiotherapy in group 2 was performed as follows. 73 (85.9%) of 85 patients received pelvic rotational irradiation by the above-mentioned methodology and 12 (14.1%) had two or four opposing field photon irradiation of the pelvis. After a total dose 16 to 20 Gy the patients received intracavitary gamma-therapy unit consisting of application of two ^{60}Co sources to the vaginal stump at a single dose 3 Gy at a 1–2 cm depth to a total dose 21–24 Gy using an AGAT-V. The applications were made 3 times weekly and alternated with distant irradiation.

Of the 141 patients 109 (77.3%) underwent WEWA or WEW and 32 (22.7%) had EWA or EW.

Indications for WEWA (WEW) were age under 39 years (33, 30.3%), uterine myoma with other genital pathology (24, 22.0%), metastatic CC (12, 11.0%), pregnancy (6, 5.5%), massive bleeding from the cervical tumor (4, 3.7%), chronic adnexitis (2, 1.8%), CC uterine type (1, 0.9%), gastrointestinal disease including chronic gastritis, chronic colitis and others (16, 14.7%), urinary diseases including renal lithiasis, chronic pyelonephritis, chronic cystitis (11, 10.1%).

Indications for EWA or EW were gastrointestinal diseases (4, 12.4%), urinary diseases (2, 6.3%), cardiovascular diseases (10, 31.3%), endocrine pathology (3, 9.4%) chronic lymphatic leukemia (1, 3.1%). Of the 11 (34.4%) patients with the diagnosis of stage Ib CC after EWA 9 had the diagnosis of stage IA CC and 2 had the diagnosis of endometrial carcinoma before surgery. EWA was made in 1 (3.1%) case because pelvic lymph node dissection was technically impossible.

WEWA mean duration was 2 h 46 min $\pm$ 4 min, mean intraoperative blood loss was 900 $\pm$ 48 ml.

WEW mean duration was 1 h 45 min $\pm$ 5 min, mean intraoperative blood loss was 340 $\pm$ 32 ml.

The following peculiarities were noticed during WEWA (WEW): increased pelvic bleeding was found in 54 (46.8%), abdominal commissures in 4 (3.7%), pelvic fibrosis in 2 (1.8%) patients, 52 (47.7%) had no specific features.

During EWA (EW) abdominal commissures were found in 9 (28.1%), increased pelvic bleeding in 1 (3.1%), no specific features in 22 (68.8%) patients.

Of 109 patients undergoing WEWA (WEW) 33 (30.3%) had operative complications.

None of the 32 patients undergoing EWA (EW) had operative complications.

Postoperative morbidity was reported in 28 (25.7 $\pm$ 4.2%) patients undergoing WEWA (WEW) and in 9 (28.1 $\pm$ 8.1%) patients undergoing EWA (EW).

Of the 109 patients undergoing WEWA (WEW) 91 (83.5%) had stage Ib1 and 18 (16.5%) stage Ib2 CC. 16 (17.6 $\pm$ 4.0%) of the 91 cases with stage Ib1 and 4 (22.2 $\pm$ 10.1%) of 18 cases with stage Ib2 had pelvic lymph node metastases. Statistical analysis of metastasis frequency with respect to disease stage demonstrated that the differences in these two groups were not statistically significant ($t=0.583$).

При проведении РЭМП (РЭМ) были выявлены следующие особенности: повышенная кровоточивость тканей малого таза — у 54 (46,8%) больных, спаечный процесс в брюшной полости — у 4 (3,7%), фиброз тканей малого таза — у 2 (1,8%) и у 52 (47,7%) больных особенностей не отмечено.

При проведении ЭМП (ЭМ) у 9 (28,1%) больных отмечен спаечный процесс в брюшной полости, у 1 (3,1%) — повышенная кровоточивость тканей малого таза и у 22 (68,8%) больных особенности отсутствовали.

Из 109 больных, подвергшихся на первом этапе РЭМП (РЭМ), операционные осложнения возникли у 33 (30,3%) больных.

При проведении ЭМП (ЭМ) на первом этапе у 32 больных операционных осложнений не было.

Послеоперационные осложнения после РЭМП (РЭМ) развились у 28 ($25,7 \pm 4,2\%$) больных.

Из 32 больных, подвергшихся ЭМП (ЭМ), послеоперационные осложнения развились у 9 ($28,1 \pm 8,1$) больных.

Из 109 больных, подвергшихся на первом этапе РЭМП (РЭМ), у 91 (83,5%) больной диагностирован РШМ Ib1 стадии и у 18 (16,5%) — Ib2 стадии. При изучении удаленного операционного материала 91 больной Ib1 стадии метастазы в лимфоузлы малого таза обнаружены у 16 ($17,6 \pm 4,0\%$). Из 18 больных Ib2 стадии метастазы в лимфоузлы малого таза обнаружены у 4 ($22,2 \pm 10,1\%$) больных. Статистическая оценка достоверности различия частоты метастазирования от стадии заболевания показала, что различия в этих двух группах статистически недостоверны ($t = 0,583$).

На основании нашего клинического опыта были выделены следующие показания для проведения послеоперационной лучевой терапии: РШМ Ib2 стадии, наличие метастазов в лимфоузлах малого таза, преимущественная локализация опухоли в цервикальном канале, низкодифференцированный плоскоклеточный рак, прорастание опухоли в строуму шейки матки на глубину 1 см и более, маточный вариант, обнаружение опухолевых клеток по линии операционного разреза, нерадикальная РЭМП (РЭМ) в связи с технической невозможностью удаления какой-либо группы лимфоузлов и паллиативная по объему операция (ЭМ).

Из 56 больных 1-й группы, подвергшихся на втором этапе дистанционному облучению малого таза, лучевые осложнения развились у 19 ($33,9 \pm 6,4\%$).

Из 85 больных 2-й группы, получавших на втором этапе сочетанное лучевое лечение, лучевые осложнения возникли у 30 ($35,3 \pm 5,2\%$) больных.

Из 122 больных РШМ Ib1 стадии отдаленные метастазы в лимфоузлы выявлены у 5 ($4,1 \pm 1,8\%$) больных, а из 19 больных Ib2 стадии — у 2 ($10,5 \pm 7,2\%$) больных. Метастазы в лимфоузлы локализовались: на уровне I—III поясничного позвонков — у 3 больных, на уровне V поясничного — II крестцового — у 3 и у 1 больной на уровне IV поясничного и I крестцового. Из них метастазы только в парааортальные лимфоузлы имелись у 6 больных и у 1 больной имелось одновременное поражение парааортальных лимфоузлов и лимфоузлов ворот печени.

Из 122 больных РШМ Ib1 стадии метастазы в отдаленные органы и ткани обнаружены у 2 ($1,6 \pm 1,2\%$) больных: у 1 — в правом легком и у 1 — в переднюю брюшную стенку.

Basing on our clinical experience the following indications for postoperative radiotherapy were established: stage Ib2 CC, pelvic lymph node involvement, tumor location in the cervical channel, poorly differentiated squamous-cell carcinoma, a 1 cm or greater tumor invasion of cervical stroma, uterine type, the presence of tumor cells on the surgical section line, non-radical WEWA (WEW) due to technical impossibility to dissect lymph nodes or palliative surgery (EW).

Of the 56 patients from group 1 undergoing distant pelvic irradiation 19 ($33,9 \pm 6,4\%$) had radiation morbidity.

Of the 85 patients from group 2 undergoing associated radiotherapy 30 ($35,3 \pm 5,2\%$) had radiation morbidity.

Distant lymph node metastases were detected in 5 ($4,1 \pm 1,8\%$) of 122 cases with stage Ib1 and in 2 ($10,5 \pm 7,2\%$) of 19 cases with stage Ib2 CC. Lymph node metastasis sites were lumbar vertebrae I-III (3), lumbar vertebra V - sacral vertebrae I-II (3), lumbar vertebra IV - sacral vertebra I. Para-aortal lymph node metastases alone were found in 6 and associated involvement of para-aortal and hepatic portal lymph nodes in 1 patients.

Distant organic and tissular metastases were found in 2 ($1,6 \pm 1,2\%$) of 122 cases with stage Ib1 CC including 1 right lung and 1 front abdominal wall metastases. Distant metastases were also discovered in 2 ($10,5 \pm 7,2\%$) of 19 patients with stage Ib2 CC including 1 lung and 1 front abdominal wall metastases.

Disease recurrence was reported in 7 ($5,7 \pm 2,1\%$) of 122 cases with stage Ib1 and in 3 ($15,8 \pm 8,5\%$) of 19 cases with stage Ib2.

None of 56 patients from group 1 relapsed, i.e. all relapsing cases were from group 2. Recurrence sites were vaginal stump (2, $2,4 \pm 1,7\%$) and parametral cellular tissue (8, $9,4 \pm 3,2\%$).

We studied 5-year survival of 141 patients with squamous-cell CC stage Ib.

Actual 5-year survival in stage IbN0M0 CC was $89,3 \pm 3,2\%$ versus expected 5-year survival $90,4 \pm 1,7\%$.

Actual 5-year survival in stage IbN1M0 CC was $50,0 \pm 13,7\%$ versus expected 5-year survival $53,5 \pm 8,5\%$.

Analysis of the 5-year survival in 56 patients from group 1 demonstrated the following. 9 patients were lost to follow-up and 1 patient died from intercurrent disease within 5 years after treatment and were excluded from analysis. Actual 5-year survival in patients with stage Ib1N0M0 after WEWA (WEW) was $100,0 \pm 0,0\%$, while all the 3 patients with metastases died (Ib1N1M0). 1 patient with stage Ib2N0M0 died from principal disease.

Actual 5-year survival in stage Ib1NxM0 after EWA (EW) was $92,6 \pm 7,1\%$ and 1 patient with stage Ib2NxM0 is alive free from evidence of disease.

We also calculated cumulative [4] 5-year survival of 39 patients with CC Ib1N0M0 after WEWA (WEW) to be $97 \pm 3\%$, 1 patient with CC Ib2N0M0 died within 5 years from treatment. None of the patients having stage Ib1N1M0 survived 5 years and their 4-year expected survival was $17,2 \pm 16,3\%$.

The expected cumulative 5-year survival of 15 patients with stage Ib1NxM0 CC after EWA (EW) was $93,7 \pm 6,1\%$, 1 patient with stage Ib2NxM0 is alive 5 years disease-free.

We studied actual 5-year survival of 85 patients from group 2. 22 patients were lost to follow-up and 2 patients died from intercurrent disease within 5 years after treatment and were excluded from analysis.

Из 19 больных РШМ Ib2 стадии метастазы выявлены у 2 (10,5 ± 7,2%): у 1 — в легких и у 1 — в передней брюшной стенке.

Из 122 больных РШМ Ib1 стадии рецидив рака возник у 7 (5,7 ± 2,1%) больных, а из 19 больных РШМ Ib2 стадии — у 3 (15,8 ± 8,5%) больных.

Из 56 больных 1-й группы рецидив не обнаружен ни у одной больной, т. е. все рецидивы возникли только у больных 2-й группы. Из 10 больных 2-й группы рецидив локализовался в культе влагалища у 2 (2,4 ± 1,7%) больных, в параметральной клетчатке — у 8 (9,4 ± 3,2%).

Мы изучили 5-летнюю выживаемость 141 больной плоскоклеточным РШМ Ib стадии.

Реальная 5-летняя выживаемость у больных РШМ IbN0M0 стадии составила 89,3 ± 3,2%, а расчетная 5-летняя выживаемость — 90,4 ± 1,7%.

Реальная 5-летняя выживаемость у больных РШМ IbN1M0 стадии составила 50,0 ± 13,7%, а расчетная 5-летняя выживаемость — 53,5 ± 8,5%.

Нами изучена реальная 5-летняя выживаемость у 56 больных 1-й группы. Из них исключены 9, которые были из-под наблюдения, и 1 больная исключена из исследования в связи со смертью от интеркуррентного заболевания в срок до 5 лет. Реальная 5-летняя выживаемость у больных РШМ IbN0M0 после РЭМП (РЭМ) составила 100 ± 0,0%, а все 3 больные с метастазами погибли (IbN1M0). Одна больная Ib2N0M0 стадии погибла от основного заболевания.

Реальная 5-летняя выживаемость у больных РШМ Ib1NXM0 после ЭМП (ЭМ) составила 92,6 ± 7,1%, а 1 больная Ib2NXM0 жива без признаков возврата болезни.

Изучена также расчетная (или кумулятивная) [4] 5-летняя выживаемость 39 больных РШМ Ib1N0M0 стадии после РЭМП (РЭМ), она составила 97 ± 3%, а 1 больная РШМ Ib2N0M0 умерла, не дожив до 5 лет. Ни одна больная РШМ Ib1N1M0 стадии не дожила до 5 лет, поэтому расчетная 4-летняя выживаемость у них составила 17,2 ± 16,3%.

Расчетная 5-летняя выживаемость 15 больных РШМ Ib1NXM0 стадии после ЭМП (ЭМ) составила 93,7 ± 6,1%, а 1 больная с Ib2NXM0 стадией жива 5 лет без признаков возврата болезни.

Нами изучена реальная 5-летняя выживаемость 85 больных 2-й группы. Из них 22 исключены из исследования, так как были из-под наблюдения, и 2 больные исключены в связи со смертью от интеркуррентных заболеваний в срок до 5 лет.

Из 49 больных этой группы, подвергшихся РЭМП (РЭМ), у 35 был РШМ Ib1 стадии, а у 14 — Ib2 стадии.

Реальная 5-летняя выживаемость при отсутствии метастазов в лимфоузлы малого таза у 27 больных после РЭМП (РЭМ) составила при Ib1N0M0 стадии 85,2 ± 6,9%, а у 8 больных при Ib1N1M0 стадии — 75,0 ± 16,3%.

Реальная 5-летняя выживаемость при отсутствии метастазов в лимфоузлы малого таза у 11 больных после РЭМП (РЭМ) составила при Ib2N0M0 стадии 72,7 ± 14,1%, а у 3 больных при Ib2N1M0 стадии — 33,3 ± 33,3%.

Расчетная 5-летняя выживаемость при отсутствии метастазов в лимфоузлы малого таза у 52 больных после РЭМП (РЭМ) составила при Ib1N0M0 стадии 86,5 ± 6,3%, а у 11 больных при Ib1N1M0 стадии — 75,0 ± 16,3%.

Of 49 patients from this group who underwent WEWA (WEW) 35 had stage Ib1 and 14 had stage Ib2 CC.

Actual 5-year survival in cases free from pelvic lymph node metastases after WEWA (WEW) was 85.2 ± 6.9% in 27 patients with Ib1N0M0 and 75.0 ± 16.3% in 8 patients with Ib1N1M0.

Actual 5-year survival in cases free from pelvic lymph node metastases after WEWA (WEW) was 72.7 ± 14.1% in 11 patients with Ib2N0M0 and 33.3 ± 33.3% in 3 patients with Ib2N1M0.

Cumulative 5-year survival in cases free from pelvic lymph node metastases after WEWA (WEW) was 86.5 ± 6.3% in 52 patients with Ib1N0M0 and 75.0 ± 16.3% in 11 patients with Ib1N1M0.

Cumulative 5-year survival in cases free from pelvic lymph node metastases after WEWA (WEW) was 74.8 ± 12.6% in 13 patients with Ib2N0M0 and 33.3 ± 27.2% in 4 patients with Ib2N1M0.

Actual 5-year survival in cases with stage Ib1NXM0 undergoing EWA (EW) was 91.7 ± 8.3%.

Cumulative 5-year survival in cases with stage Ib1NXM0 undergoing EWA (EW) was 93.7 ± 6.1%.

Conclusions. 1. Size of cervical carcinoma is an important prognostic factor.

2. Multimodality treatment including radiotherapy is effective in stage Ib squamous-cell carcinoma of the cervix.

Расчетная 5-летняя выживаемость при отсутствии метастазов в лимфоузлы малого таза у 13 больных после РЭМП (РЭМ) составила при Ib2N0M0 стадии 74,8 ± 12,6%, а у 4 больных при Ib2N1M0 стадии — 33,3 ± 27,2%.

Реальная 5-летняя выживаемость у больных 2-й группы РШМ Ib1NXM0 стадии после ЭМП (ЭМ) составила 91,7 ± 8,3%.

Расчетная 5-летняя выживаемость у больных 2-й группы больных РШМ Ib1NXM0 стадии после ЭМП (ЭМ) составила 93,7 ± 6,1%.

Выводы. 1. Важным прогностическим фактором является величина опухоли шейки матки.

2. Комбинированный метод лечения больных плоскоклеточным РШМ Ib стадии с проведением на втором этапе лучевой терапии является эффективным.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Айвазян С. А. и др. Прикладная статистика: Основы моделирования и первичная обработка данных. Справочное изд. — М., 1983.
2. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии. — Л., 1989. — С. 262.
3. Вишневская Е. Е. Рак шейки матки. — Минск, 1987.
4. Двойрин В. В. Статистическая оценка эффективности лечения онкологических больных методом построения таблиц дожития при клинических испытаниях. Метод, рекомендации. — М., 1985.
5. Киселева Е. С., Голдобенко Г. В. и др. Лучевая терапия злокачественных опухолей. — М., 1996. — С. 279.
6. Трапезников Н. Н. и др. //Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 1999. — № 4. — С. 3—13.
7. Fioricia J. U., Robert W. S., Greenberg H., Hoffman M. S. et al. //Gynecol. Oncol. — 1990. — Vol. 36, N 3. — P. 343—347.
8. Kinney W. K. et al. //Ibid. — 1989. — Vol. 34. — P. 258—262.
9. Morrow P. //Ibid. — 1980. — Vol. 10. — P. 105—110.

Поступила 12. 03. 2001 / Submitted 12. 03. 2001