

Трехлетняя общая выживаемость в группах составила – $94,8 \pm 5,1\%$, $95,2 \pm 4,7\%$, $83,3 \pm 1,6\%$ соответственно ($p=0,61$). Проведенный анализ трехлетней безрецидивной выживаемости у больных РТМ Ib стадии показал отсутствие статистически значимых различий в показателях основной группы – $97,4 \pm 2,7\%$, по сравнению с группой контроля – $90,4 \pm 9,5\%$ ($p=0,22$). Отмечены статистически значимые различия между показателями основной группы и группы сравнения – $75,7 \pm 2,3\%$ ($p=0,05$).

Выводы. Получены расчетные данные о пространственном распределении дозы смешанного облучения. Результаты комбинированного лечения больных раком тела матки Ib стадии с ИОЛТ и ДГТ достоверно выше, чем у больных, получивших курс послеоперационный дистанционной гамма-терапии в суммарной очаговой дозе 40 Гр, что свидетельствует о необходимости локального воздействия на культю влагалища при комбинированном лечении больных РТМ Ib стадии.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РАКА ТЕЛА МАТКИ II СТАДИИ

Е.А. Мустафина, М.А. Шабанов, В.В. Баринов, В.П. Козаченко, Л.И. Бокина, В.И. Пескова

ГУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН», г. Москва

Не вызывает сомнения важность проблемы прогнозирования исхода заболевания и возникновения рецидивов и метастазов у больных раком тела матки (РТМ) II стадии в зависимости от клинико-морфологических признаков заболевания и от выбора метода лечения. В результате проведенного многофакторного анализа с использованием оценок всего объема информации были отобраны 16 наиболее информативных факторов, позволяющих с вероятностью до 83,3% определить возможность возникновения возврата болезни при РТМ II стадии.

Наиболее значимыми прогностическими признаками для больных РТМ II стадии являются: наличие инвазии в лимфоваскулярные пространства миометрия, степень клеточной и ядерной анаплазии опухоли, применение лучевой терапии, проводимое лечение, глубина инвазии в миометрий, степень дифференцировки опухоли, возраст, глубина инвазии в шейку матки и т.д. К факторам, указывающим на вероятность возникновения рецидива или метастазов при РТМ II стадии, относятся: возраст старше 60 лет, умеренная и высокая степень клеточной и ядерной анаплазии опухоли, умеренно- и низкодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома, эндометриоидная аденокарцинома с плоскоклеточной метапла-

зией, редкие гистологические формы рака тела матки (в особенности светлоклеточная и серозно-папиллярная аденокарцинома), размеры опухоли более 5 см, смешанная анатомическая форма роста опухоли, глубина инвазии в мышечную оболочку тела матки более 1 см, глубина прорастания шейки матки более 0,5 см, наличие инвазии опухоли в лимфатические и кровеносные сосуды миометрия и стромы шейки матки, высокая плотность микрососудов в зоне наибольшей инвазии опухоли, проведение только хирургического лечения или сочетание последнего с адъювантной гормональной терапией, назначение в плане комбинированного лечения только дистанционной гамма-терапии на область малого таза. Полученные данные свидетельствуют о том, что характеристики распространенности опухолевого процесса в миометрии в сравнении с таковой в шейке матки (глубина инвазии и наличие опухолевых клеток в лимфоваскулярных пространствах той или иной анатомической области) занимают наиболее высокие по значимости места в прогнозе возврата болезни при РТМ II стадии.

Таким образом, имея в наличии перечень прогностических признаков, практический врач-онколог сможет прогнозировать возникновение рецидива и метастазов у больной РТМ II стадии.