

Заключение. Анализ материала позволяет отметить достаточно высокую корреляционную зависимость формы роста рака желудка с особенностями интрамуральной и лимфогенной распространенности заболевания. Так, при экзофитных и экзофитных изъязвленных типах роста опухоли (I и II тип по классификации Voigtman) поражение желудка носит локализованный характер, а лимфогенные метастазы наиболее часто выявляются в перигастральных лимфатических коллекторах. В этой группе пациентов операции должны выполняться в стандартном для рака желудка объеме с выполнением D2 лимфодиссекции с удалением узлов первого и второго этапов метастазирования. В противоположность локализованным формам инфильтративные формы (III и IV типы по классификации Voigtman) характеризуются значительной интрамуральной и лимфогенной распространенностью опухолевого процесса на момент операции. Причем в этой группе пациентов комплексное предоперационное обследование должно обязательно включать как эндоскопическое, так и рентгенологическое обследование, что связано с особенностями интрамурального распространения инфильтрации преимущественно по подслизистому лимфатическому сплетению стенки желудка. В группе инфильтративных опухолей отмечалось наиболее частое вовлечение как окружающих структур, так и забрюшинных лимфатических коллекторов третьего — четвертого этапов метастазирования. Это обуславливает необходимость отработки в

этой группе пациентов комбинированных мультиорганных резекций с расширенной лимфодиссекцией D3, зачастую выполняемых в превентивном режиме.

Все вышеизложенное позволяет отметить, что форма роста опухоли, установленная при предоперационном обследовании, с высокой степенью достоверности а priori коррелирует с распространенностью опухолевого процесса и при необходимости определяет показания к выполнению расширенных и расширенно-комбинированных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Давыдов М. И., Тер-Ованесов М. Д. // Современ. онкол. — 2000. — Т. 2, №1. — С. 4-12.
2. Bonenkamp J. J., van De Velde C. J. H., Hermans J. // Progress in Gastric Cancer Research / Eds J. R. Siewert, J. D. Roder. — Bologna, 1997. — P. 1111-1121.
3. Dent D. M., Madden M. V., Price S. K. // Br. J. Surg. — 1988. — Vol. 75. — P. 110-112.
4. Robertson C. S., Chung S. C. S., Woods S. D. S. et al. // Ann. Surg. — 1994. — Vol. 220. — P. 176-182.
5. Sasako M., McCulloch P., Kinoshita T., Maruyama K. // Br. J. Surg. — 1995. — Vol. 82. — P. 346-351.
6. Sawai K., Takahashi T., Suzuki H. // J. surg. Oncol. — 1994. — Vol. 56. — P. 221-226.

Поступила 19.03.01 / Submitted 19.03.01

© Коллектив авторов, 2001
УДК 618.19-006.6-08-037

С. М. Портной, К. П. Лактионов, А. И. Барканов, К. Л. Чимишкян,
В. В. Птушкин, В. Б. Ларионова, Н. В. Жуков, М. Г. Мистакопуло,
М. Ш. Ахметов

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРОГНОСТИЧЕСКИ ОТЯГОЩЕННЫМ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

НИИ клинической онкологии

Отдаленные результаты лечения больных отечно-инфильтративной формой рака молочной железы — РМЖ (inflammatory breast cancer) остаются неудовлетворительными. Данная форма РМЖ клинико-рентгенологически характеризуется диффузным распределением опухолевой ткани в молочной железе по типу инфильтрата (без выявляемого опухолевого узла) и отеком кожи; отличается особой агрессивностью течения, выражающейся в быстром местно-регионарном распространении опухоли по лимфатической системе и быстром развитии отдаленных метастазов.

Местное лечение (оперативное, лучевое, сочетание лучевого с оперативным) отечно-инфильтративной формы РМЖ дает 0—4% 5-летней выживаемости при средней длительности жизни от 18 до 22 мес [12].

S.M.Portnoy, K.P.Laktionov, A.I.Barkanov, K.L.Chimishkyan,
V.V.Ptushkin, V.B.Larionov, N.V.Zhukov, M.G.Mistakopulo,
M.Sh.Akhmetov

THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PROGNOSTICALLY POOR LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER

Institute of Clinical Oncology

Follow-up results of the treatment for inflammatory breast cancer are far from being satisfactory. Inflammatory breast cancer is characterized clinically and radiologically by diffuse infiltrative spread of tumor tissue in the breast without visible nodes, demonstrates very aggressive behavior with rapid locoregional advance in the lymphatic system and rapid development of distant metastases.

Local treatment (surgery, irradiation, irradiation plus surgery) for inflammatory breast cancer results in a 0% to 4% 5-year survival with a mean survival time 18 to 22 months [12].

About 50% of patients undergoing effective preoperative prophylactic chemotherapy (CT) by CMF schedule and preventive endocrinotherapy (ET) develop recurrence and metastases within the first year following treatment, the 3- and 5-year survival

После эффективной предоперационной химиотерапии (ХТ) и радикальной операции, несмотря на проведение профилактической ХТ по схеме CMF и профилактической эндокринной терапии, уже на первом году наблюдений рецидивы и метастазы развиваются в 50% случаев, 3-летняя безрецидивная выживаемость составляет 24%, 5-летняя — 19% [5]. Сходным плохим прогнозом отличается также узловатая форма рака с вторичным выраженным отеком кожи [7].

Целью настоящего исследования было изучение возможности повышения эффективности лечения путем последовательного применения ХТ, химиолучевой терапии, операции и адъювантной системной терапии, одним из компонентов которой является высокодозная ХТ с аутотрансплантацией клеток-предшественников кроветворения или костного мозга.

Материалы и методы. В исследование включены 52 пациентки. Критериями включения были: отечно-инфильтративная форма рака (T4d — 13 больных), узловатая форма с отеком кожи, занимающим более половины поверхности железы (32), либо наличие метастатического поражения надключичных лимфоузлов на стороне поражения [7] (см. таблицу). Исключались больные, имевшие отдаленные метастазы других локализаций. Приводим схему лечения.

6 CAF

2 CAF → 40 Гр+CMF → 20–30 Гр+CMF → операция ↑↓

2 CAF + ВДХТ, где

CAF — химиотерапия циклофосфаном, доксорубицином и 5-фторурацилом, CMF — химиотерапия циклофосфаном, метотрексатом и 5-фторурацилом, 40, 20–30 Гр — лучевая терапия в соответствующих суммарных дозах, ВДХТ — высокодозная ХТ с аутотрансплантацией стволовых клеток.

В 1-й день лечения производилась биопсия опухоли и начинался курс ХТ по схеме CAF (циклофосфан 700 мг/м² внутривенно в 1-й и 8-й дни, доксорубин 40 мг/м² внутривенно в 1-й и 8-й дни, 5-фторурацил 600 мг/м² внутривенно в 1-й и 8-й дни). Через 3 нед проводился второй курс лечения по аналогичной схеме. Больные, имевшие частичный или «минимальный» (уменьшение размеров опухолевого поражения от 25 до 50%) эффект от ХТ рассматривались как перспективные в плане проведения адъювантной ВДХТ.

Через 3 нед после ХТ больным начинали проводить химиолучевое лечение, включавшее лучевую терапию на молочную железу и зоны регионарного метастазирования расщепленным курсом: первый этап — 40 Гр за 4 нед, второй этап — 20–30 Гр на молочную железу и 10–20 Гр на зоны регионарного метастазирования за 2–3 нед. На протяжении последних недель облучения первого и второго этапов больным проводились 2 курса ХТ по схеме CMF. Интервал между этапами химиолучевого лечения составлял 2–3 нед.

Еще через 3–4 нед, в случае перевода в операбельное состояние, больным выполнялась радикальная мастэктомия в одном из ее вариантов. Оперированы 48 больных. Радикальная мастэктомия по Halsted выполнена 4 больным в связи с вращением опухоли в большую грудную мышцу, модифицированная радикальная мастэктомия (по Patey — Madden) — 42, модифицированная радикальная мастэктомия с одномоментной реконструкцией молочной железы поперечным ректоабдоминальным лоскутом — 2 больным.

Адъювантное лечение проводилось по одному из двух вариантов: а) 6 курсов однодневной ХТ по схеме CAF (500/50/500 мг/м²) ± эндокринная терапия (42 больных); б) 2–3 курса однодневной ХТ по схеме CAF (500/50/500 мг/м²) + ВДХТ (тиофосфамид 500–600 мг/м², циклофосфан 6000 мг/м², карбоплатин 1200–1500 мг/м²) с аутотрансплантацией клеток-предшественников кроветворения ± эндокринная терапия (6 больных). Эндокринная терапия проводилась больным с рецепторопозитивными опухолями по рецепторам эстрогенов и/или рецепторам прогестерона, состояла в выключении функции яичников (у больных репродуктивного периода) и назначении тамоксифена по 20 мг в сутки на протяжении 5 лет. Общая выживаемость и выживаемость без прогрессирования болезни вычислялись актуальным методом от начала лечения, безрецидивная выживаемость — с момента операции.

План лучевой терапии по разным причинам выполнен не полностью у 8 больных, суммарная очаговая доза в этой группе составляла 40 Гр.

Результаты. Эффект предоперационного лечения оценен у 52 больных. Результаты предоперационного лечения по

rates being 24% and 19%, respectively [5]. Nodal cancer with severe secondary skin edema has a similarly poor prognosis [7].

The purpose of this study was to investigate the possibility to improve response to treatment by successive administration of CT, chemoradiotherapy (CRT), surgery and adjuvant systemic therapy involving high-dose chemotherapy (HDCT) and autotransplantation of hemopoietic precursor cells or bone marrow.

Materials and Methods. A total of 52 patients were enrolled in this study. Inclusion criteria were inflammatory breast cancer (13 cases with T4d), nodal cancer with skin edema occupying more than half the breast surface (32 cases) or ipsilateral supraclavicular lymph node involvement (7) (see the table). Exclusion criterion was distant metastases in other sites. Consider the treatment schedule.

6 CAF

2 CAF → 40 Gy+CMF → 20–30 Gy+CMF → surgery ↑↓

2 CAF + HDCT

CAF, cyclophosphamide, doxorubicin, 5-fluorouracil; CMF, cyclophosphamide, methotrexate, 5-fluorouracil; 40 Gy, 20–30 Gy, radiotherapy in the doses specified; HDCT, high-dose chemotherapy with autotransplantation of stem cells.

On day 1 the patients underwent tumor biopsy and started chemotherapy by CAF schedule (cyclophosphamide 700 mg/m² intravenously (IV), days 1 and 8, doxorubicin 40 mg/m² IV, days 1 and 8, 5-fluorouracil 600 mg/m² IV days 1 and 8). A similar cycle was repeated 3 weeks later. Cases presenting with partial or minimal (a 25–50% disease reduction) response to CT were considered promising as to adjuvant HDCT.

At 3 weeks following CT the patients received CRT with irradiation of the breast and regional metastasis area by a split course including irradiation at 40 Gy for 4 weeks at stage 1, 20–30 Gy to the breast at stage 2 and 10–20 Gy to regional metastasis areas for 2–3 weeks. In parallel with the last weeks of the first and second stages the patients received 2 CMF cycles. Intervals between CRT cycles were 2–3 weeks.

Operable patients (48) underwent radical mastectomy at 3–4 weeks after therapy. Halsted radical mastectomy was performed in 4 patients due to tumor invasion into the greater pectoral muscle, modified radical mastectomy (Patey-Madden) was made in 42 and modified radical mastectomy with breast reconstruction using a transverse rectoabdominal flap in 2 patients.

Adjuvant therapy was given by one of the following two regimens: (a) 6 cycles of daily CT by CMF schedule (500/50/500 mg/m²) ± ET (42); (b) 2–3 cycles of daily CT by CAF schedule (500/50/500 mg/m²) ± HDCT (thiophosphamide 500–600 mg/m², cyclophosphamide 6000 mg/m², carboplatin 1200–1500 mg/m²) with autotransplantation of hemopoietic precursor cells ± ET (6). ET was given to patients with estrogen and/or progesterone receptor-positive tumors and consisted in ovary ablation (in women with reproductive potential) and tamoxifen at 20 mg daily for 5 years. Overall and progression-free survival rates were calculated by actuarial technique from treatment start, disease-free survival was assessed from the date of surgery.

Results. RT was not completed for different reasons in 52 patients. Preoperative treatment resulted in complete response in 5 (9.6%), partial response in 34 (65.4%), stable disease in 6 (11.5%), progressive disease in 3 (5.8%) patients. Complete morphological response was seen in 4 (8.3%) cases.

Т а б л и ц а

Характеристика больных
Characteristics of patient population

T a b l e

Степень распространенности по системе TNM	Число больных
T4dN0—2M0	13
T4bN0—2M0	32
T3N2M1	1
T4bN0—2M1	6
Всего... / Total	52
TNM stage	No. of patients

клинической оценке: полный эффект наблюдался у 5 (9,6%), частичный эффект — у 34 (65,4%), стабилизация — у 6 (11,5%), прогрессирование — у 3 (5,8%). Полный эффект по морфологической оценке наблюдался у 4 (8,3%) больных.

Общая выживаемость всей группы больных составила: 1 год — $98 \pm 2\%$, 3 года — $69 \pm 8\%$, выживаемость без прогрессирования болезни: 1 год — $71 \pm 7\%$, 3 года — $49 \pm 9\%$; у оперированных больных безрецидивная выживаемость: 1 год — $69 \pm 7\%$, 3 года — $57 \pm 9\%$, общая выживаемость: 1 год — $98 \pm 2\%$, 3 года — $75 \pm 8\%$.

Для сравнения эффективности двух вариантов адъювантной ХТ показатели выживаемости вычислялись от момента проведения ВДХТ (подгруппа б) или от момента ее предполагаемого проведения (3 мес после операции). В подгруппе а безрецидивная выживаемость составила: 1 год — $69 \pm 8\%$, 3 года — $38 \pm 12\%$, общая выживаемость: 1 год — $90 \pm 6\%$, 3 года — $90 \pm 6\%$. В подгруппе б возврата болезни и летальных исходов не наблюдалось при средних сроках наблюдения 22 мес, различия статистически значимы ($p < 0,05$) для показателя безрецидивной выживаемости. Частота местных и регионарных рецидивов после лучевой терапии в дозе 40 Гр составила 38% (у 3 из 8 больных), после лучевой терапии в дозе 60–70 Гр — 10% (у 4 из 41), различия статистически значимы ($p < 0,05$). Заживление первичным натяжением после лучевой терапии в дозе 40 Гр наблюдалось в 75% (у 6 из 8) случаев, после лучевой терапии в дозе 60–70 Гр — в 61% (у 25 из 41), нарушения заживления были связаны с трофическими нарушениями в мягких тканях грудной стенки, развивающимися обычно позже 2 нед после операции.

Обсуждение. Катастрофически низкие результаты местного лечения местно-распространенного РМЖ — МРРМЖ (5-летняя выживаемость 0–4% (1 больная)) являются ярким свидетельством того, что мы имеем дело с системной болезнью. Естественно, что основой ее лечения должна быть системная терапия, с которой должно начинаться все лечение. Такой подход к лечению МРРМЖ традиционен для РОНЦ РАМН начиная с 60-х годов, его становление связано с именами проф. О. В. Святухиной и ее учеников: Б. Г. Гольдманом [2, 3], Е. Б. Полевой [6], У. Э. Викманисом [1], И. Г. Соколовой [8]. Комплексный метод лечения МРРМЖ с применением предоперационной ХТ получил развитие в работах Р. А. Керимова [4], В. П. Лetyгина и соавт. [5], М. В. Шомовой [9].

Несмотря на системный характер МРРМЖ, только системная терапия этой болезни недостаточно эффективна, более того, сочетание ХТ с лучевой терапией сопровождается неприемлемо высокой частотой местно-регионарных рецидивов: F. Baillet и соавт. [10] — 20%, D. B. McLaren и соавт. [13] — 46%, M. Buric и соавт. — 73% [11]. Отсюда следует необходимость выполнения оперативного вмешательства, что косвенно подтверждают и наши данные, морфологически полный эффект отмечался только у 8,3% больных.

Роль лучевой терапии МРРМЖ очевидна хотя бы из сравнения групп больных, получавших лучевую терапию в дозе 40 Гр (38% местно-регионарных рецидивов) и в дозе 60–70 Гр (10% местно-регионарных рецидивов, $p < 0,05$).

ВДХТ в качестве адъювантной терапии МРРМЖ активно изучается, в том числе и в рандомизированных исследованиях. Результаты исследований к настоящему моменту неоднозначны, в двух из них не было обнаружено улучшения показателей выживаемости больных, получавших ВДХТ, по сравнению с больными, получавшими традиционное лечение

Overall 1- and 3-year survival rates for the entire patient population were $98 \pm 2\%$ and $69 \pm 8\%$, respectively; 1- and 3-year progression-free survival rates were $71 \pm 7\%$ and $49 \pm 9\%$, respectively. Among cases undergoing surgery the 1- and 3-year disease-free survivals were $69 \pm 7\%$ and $57 \pm 9\%$; overall 1- and 3-year survivals were $98 \pm 2\%$ and $75 \pm 8\%$.

In order to compare response to two adjuvant CT regimens survival rates were calculated from the date of HDCT (subgroup b) or of its supposed administration (3 months after surgery). In the subgroup a the 1- and 3-year disease-free survival rates were $69 \pm 8\%$ and $38 \pm 12\%$, the 1- and 3-year overall survival rates were $90 \pm 6\%$ and $90 \pm 6\%$. None of the group b presented with disease recurrence or died within a mean of 22 months, the differences in the disease-free survival rates being statistically significant ($p < 0.05$). Frequency of local and regional recurrence was 38% (3/8) after RT at 40 Gy versus 10% (4/41) after RT at 60–70 Gy, the differences being statistically significant ($p < 0.05$). Healing by first intention was detected in 75% (6/8) after RT at 40 Gy, in 61% (25/41) after RT at 60–70 Gy. The healing problems were due to trophic lesions of chest wall soft tissue that developed as a rule after 2 weeks following surgery.

Discussion. Extremely poor results of local treatment for locally advanced breast cancer (5-year survival 0% to 4%) confirm that this cancer type is a systemic disease. It is reasonable then to start the treatment with systemic therapy. The N.N.Blokhin CRC RAMS used this approach since the sixties and Professor O.V.Svyatukhina with her followers B.G.Goldman [2,3], E.B.Polevaya [6], U.E.Vikmanis [7], I.G.Sokolova [8] made a great contribution to its development. R.A.Kerimov [4], V.P.Latyagin et al. [5], M.V.Shomova [9] contributed to further progress of complex treatment for locally advanced breast cancer.

In spite of systemic nature of locally advanced breast cancer, systemic therapy alone is not sufficient, and even combination of CT with RT is associated with an inaccessibly high rate of locoregional recurrence which reaches 20% according to F.Baillet [10], 46% by D.B.McLaren et al. [13], 73% by M.Buric et al. [11]. It follows then that surgery should be a requisite treatment component which is indirectly confirmed by our findings with a 8.3% complete morphological response.

RT plays an important role in the treatment for locally advanced breast cancer as seen by our findings with a locoregional recurrence 38% after RT at 40 Gy and 10% after 60–70 Gy ($p < 0.05$).

There is an intense study of HDCT as an adjuvant modality in locally advanced breast cancer, including clinical protocols with randomization. The study results are however equivocal: two of the studies failed to demonstrate improvement in patient survival after HDCT as compared to standard treatment [14,16], while in the third study HDCT resulted in a marked improvement of follow-up outcomes [15]. It seems that HDCT in locally advanced breast cancer should be performed at the last stage of adjuvant therapy. This approach provides selection of cases responsive to CT including HDCT.

Conclusions. 1. Complex treatment for prognostically poor locally advanced breast cancer including CT by CAF schedule, RT at maximal doses, radical surgery and ET is effective in about 40% of patients. Response to complex treatment is limited to response to CT.

2. RT at a total tumor dose 40 Gy fails to inhibit local recurrence potential of the disease in patients with prognostically poor locally advanced breast cancer.

3. Study of HDCT for prevention of disease recurrence should be continued.

[14, 16], в третьем ВДХТ сопровождалась очевидным улучшением отдаленных результатов [15]. Возможно, что оптимальным местом ВДХТ в лечении МРРМЖ является именно завершающий этап адъювантной ХТ. При таком подходе на фоне предшествующей стандартной ХТ происходит селекция больных с опухолями, чувствительными к ХТ, в том числе ВДХТ.

Выводы. 1. Комплексное лечение МРРМЖ с отягощенным прогнозом, включающее ХТ по схеме CAF, лучевую терапию в максимально возможных дозах, радикальную операцию и эндокринную терапию, эффективно примерно у 40% больных. Предел эффективности комплекса лечения, по-видимому, лимитирован эффективностью ХТ.

2. Лучевая терапия в суммарной очаговой дозе 40 Гр недостаточно подавляет способность опухоли к местному рецидивированию у больных МРРМЖ с отягощенным прогнозом.

3. Исследования по оценке эффективности ВДХТ как средства профилактики возврата болезни должны быть продолжены.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Викманис У. Э. Лечение первично распространенного рака молочной железы: Дис.... канд. мед. наук. — М., 1975.
2. Гольдман Б. Г. Внутриаартериальная регионарная химиотерапия в комплексном лечении местно-распространенного рака молочной железы: Дис.... канд. мед. наук. — М., 1966.
3. Гольдман Б. Г. // Вопр. онкол. — 1975. — № 10. — С. 19—21.
4. Керимов Р. А. Клиническая оценка факторов прогноза при III стадии рака молочной железы: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 1989.
5. Лелягин В. П., Лактионов К. П., Высоцкая И. В., Котов В. А. Рак молочной железы. — М., 1996.

© Коллектив авторов, 2001
УДК 618.146-006.6-08-037

К. П. Лактионов, А. И. Зотиков, Л. А. Марьина, В. Д. Ермилова,
А. В. Калинин

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ IV СТАДИИ: КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА

НИИ клинической онкологии

Статистические исследования последних десятилетий показывают четкую тенденцию к снижению заболеваемости раком шейки матки (РШМ) и смертности от этой патологии в промышленно развитых странах [11, 12]. Так, в общей структуре онкологической заболеваемости в России РШМ занимает 6-е место [5].

Основными предпосылками, определившими сначала тенденцию, а теперь уже реальное снижение заболеваемости и смертности больных РШМ являются разработка и внедрение в практику доступных методов ранней диагностики предопухолевых процессов и ранних форм заболевания — кольпоскопического, цитологического, гистологического, определению

6. Полевая Е. Б. // Лечение распространенного рака молочной железы у молодых женщин: Тезисы симпозиума. — Л., 1975. — С. 95—96.
7. Портной С. М. Рак молочной железы (факторы прогноза и лечение): Дис.... д-ра мед. наук. — М., 1997.
8. Соколова И. Г. Предоперационная полихимиотерапия в комплексном лечении местно-распространенного рака молочной железы: Дис.... канд. мед. наук. — М., 1983.
9. Шомова М. В. Местно-распространенный рак молочной железы (лечение и факторы прогноза): Автореф. дис.... д-ра мед. наук. — М., 1999.
10. Baillet F., Rozec C., Ucla L. et al. // Treatment of locally advanced breast cancer without mastectomy: 5- and 10-yr results of 135 tumors larger than 5 cm treated by external-beam therapy, brachytherapy and neoadjuvant chemotherapy. Pisa Symposia in Oncology. Breast Cancer: From Biology to Therapy. October 19—21. — Pisa, 1992. — P. 22.
11. Buric M., Filipovic S., Projevic M., Veselinovic S. // Eur. J. Cancer. — 1996. — Vol. 32A, suppl. 2. — P. 8—22 (abstract).
12. Jaiyesimi I. A., Buzdar A. U., Hortobagyi G. // J. clin. Oncol. — 1992. — N 10. — P. 1014—1024.
13. McLaren D. B., Keen C. W., Webster D. W., Barrett—Lee P. J. // Br. J. Cancer. — 1995. — Vol. 72, suppl. 25. — P. 4.
14. Peters W., Rosner G., Vredenburg J. et al. // Proc. ASCO. — 1999. — Vol. 18, abstract 2.
15. Rodenhuis S., Botenbal M., Beex L. et al. // Randomized phase III study of high-dose chemotherapy with cyclophosphamide, thiotepa and carboplatin in operable breast cancer with 4 or more axillary lymph nodes. Program and abstracts of the American Society of Clinical Oncology 36-th Annual Meeting. May 20—23, 2000. — New Orleans, 2000. — Abstract 286.
16. The Scandinavian Breast Cancer Study Group 9401. // Proc. ASCO. — 1999. — Vol. 18, abstract 3.

Поступила 19.03.01 / Submitted 19.03.01

K.P.Laktionov, A.I.Zotikov, L.A.Maryina, V.D.Ermilova,
A.V.Kalinin

STAGE IB SQUAMOUS-CELL CERVICAL CARCINOMA: COMBINATION MODALITY TREATMENT, PROGNOSIS FACTORS

Institute of Clinical Oncology

Over the last decades there was a clear-cut decreasing trend in cervical cancer morbidity and mortality in industrially developed countries [11, 12]. In Russia cervical carcinoma is the sixth commonest cancer type [5].

The reasons for the decrease in cervical cancer morbidity and mortality were development and practical use of methods for early diagnosis of preneoplastic and neoplastic conditions such as colposcopy, cytology, histology and human papilloma virus (HPV) detection. Detection of stage IB cervical carcinoma is 45-50%, and 83% of all cervical carcinoma cases are classified as stage IB. As far as vaginal cervix lesions are concerned, squamous-cell carcinoma