

## МЕТОДИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО, КОМБИНИРОВАННОГО И ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Л.Т. Мамедова, В.В. Кузнецов, Э.К. Танривердиева

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

SURGERY, RADIOTHERAPY AND COMPLEX TREATMENTS OF OLD WOMEN WITH CERVICAL CANCER

L.T. Mamedova, V.V. Kuznetsov, E.K. Tanriverdieva

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow

*More than 50% of all cancers are known to occur in women above 60 years of age. It is difficult to choose a method for their treatment. Fifty hundred and ten women with Stages I—III cervical cancer who had been treated with surgery, radiotherapy and complex treatments were followed up.*

**Key words:** cancer, cervix, age

### Введение

Известно, что значительную часть больных злокачественными опухолями вообще и раком гениталий, в частности, составляют лица пожилого возраста.

По материалам онкологической службы г. Москвы среди лиц в возрасте 60 лет и старше ежегодно регистрируется свыше 24 тыс. больных с впервые выявленным диагнозом «злокачественная опухоль». В 1997 и 2004 гг. пик заболеваемости злокачественными новообразованиями всех локализаций пришелся на возрастную группу 65—70 [1—4].

В структуре онкологических заболеваний у женщин рак шейки матки (РШМ) занимает 4-е место после рака желудка, органов дыхания и кожи, а в структуре онкогинекологических заболеваний, несмотря на определенные успехи в диагностике и лечении, имеет наибольший удельный вес — до 50% и занимает в России 1-е место [5—7].

В настоящее время на страницах отечественной и зарубежной печати обсуждается вопрос о возможностях лечения больных РШМ пожилого и старческого возраста, что и явилось основанием для проведения настоящей работы [8—10].

### Материалы и методы

Материалом для исследования послужили ретроспективные и проспективные данные 510 больных первичным гистологически верифицированным РШМ I, II и III клинических стадий в возрасте от 21 года до 80 лет, получивших хирургическое, лучевое и комбинированное лечение в хирургическом отделении онкогинекологии Научно-исследовательского института клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в 1990—1995 и 1999—2000 гг.

Все пациентки были разделены на 2 группы. В основную группу вошли больные РШМ пожилого (60—74 года) и старческого (75 лет и старше)

возраста, в контрольную группу — молодого (18—45 лет) возраста. Средний возраст пациенток в основной группе составил  $65 \pm 0,3$  года, в контрольной  $38 \pm 0,4$  года. Из 510 больных 251 (49,2%) находилась в возрастной группе 18—45 лет, 259 (61,6%) — 60 лет и старше.

Стадию заболевания определяли в соответствии с международными классификациями FIGO и TNM (1997) на основании бимануального ректовагинального и морфологического исследования, цисто-, ректоскопии, ультразвуковой сонографии, рентгенологического исследования и компьютерной томографии. Окончательное стадирование проводилось на основе гистологического исследования послеоперационных препаратов, что в ряде случаев повлекло за собой изменение клинической стадии заболевания.

В результате из 510 пациенток у 170 (33,4%) была установлена I клиническая стадия заболевания, при этом в 36 (7,2%) наблюдениях выявлен микроинвазивный РШМ (стадия Ia). II клиническая стадия диагностирована у 210 (41,2%) больных, III — у 130 (25,4%).

В основной группе ( $n=259$ ) I стадия РШМ установлена у 83 (32,1%), II — у 110 (42,5%) и III — у 64 (25,5%) пациенток, в контрольной ( $n=251$ ) — у 87 (34,7%), 100 (39,8%) и 64 (25,5%) соответственно.

Таким образом, как в основной группе, так и в группе сравнения наибольшее число составили пациентки со II стадией заболевания (42,5 и 39,8% соответственно).

Всем больным в зависимости от стадии заболевания и наличия или отсутствия сопутствующей экстрагенитальной патологии проведено хирургическое, лучевое или комбинированное лечение.

Из 510 пациенток только хирургическое лечение выполнено 79 (15,5%) больным, лучевое — 285 (55,9%), комбинированная терапия — 146 (28,6%).

В основной группе ( $n=259$ ) только хирургическое лечение проведено 29 (11,2%), лучевое — 181 (69,8%) и комбинированное — 49 (19%) пациенткам, в контрольной ( $n=251$ ) — 50 (19,9%), 104 (41,5%) и 97 (38,6%) соответственно.

В исследуемых группах пациенткам проведены следующие виды хирургических вмешательств:

1) расширенная экстирпация матки с придатками (РЭМП) или без придатков (РЭМБП) — операция Вертгейма в различных модификациях — из 225 больных (при хирургическом и комбинированном лечении) выполнена 173 (76,9%) больным;

2) экстирпация матки с придатками (ЭМП) или без придатков (ЭМБП) произведена 50 (22,2%) больным;

3) 2 (0,9%) пациенткам были осуществлены ЭМП и резекция большого сальника (РБС).

В основной группе ( $n=259$ ) РЭМП (или РЭМБП) выполнена 37 (47,4%) больным, ЭМП (или ЭМБП) — 39 (50%), ЭМП и РБС — 2 (2,6%), в контрольной группе ( $n=251$ ) — 136 (92,5%) и 11 (7,5%) соответственно.

Как видно из приведенных в табл. 1 данных, в основной группе 50% больных выполнена ЭМП, несколько реже (47,4%) РЭМП. Основным объемом хирургического вмешательства в контрольной группе была РЭМП — 92,5% больных.

Как было указано выше, из 510 пациенток с РШМ комбинированное лечение проведено 146 (28,6%): 49 (19%) больным РШМ основной группы и 97 (38,6%) — контрольной. Комбинированный метод многовариантен: облечение может предше-

ствовать операции, либо осуществляться после нее, или проводиться перед и после операции.

Из 146 всего 42 (28,8%) больным на первом этапе лечения выполнена предоперационная лучевая терапия (ЛТ), включающая как проведение только дистанционной гамма-терапии (ДГТ) малого таза или внутриволостной ЛТ (ВнПТ), так и их сочетание (СЛТ). 33 (78,6%) пациенткам дополнительное лучевое лечение проводилось и в послеоперационном периоде, что было связано с результатами гистологического исследования послеоперационных препаратов. В основном это были больные контрольной группы — 26 (61,9%). Как видно из табл. 2, основной методикой комбинированного лечения в обеих группах пациенток было сочетание хирургического вмешательства с послеоперационной ЛТ (79,6% — у больных старше 60 лет и 67% — моложе 45 лет). В послеоперационном периоде больным РШМ проводились следующие виды ЛТ: ДГТ, ВнПТ, СЛТ. Чаще всего в обеих исследуемых группах на 2-м этапе комбинированного лечения осуществлялась СЛТ.

Из 510 пациенток с РШМ 285 (55,9%) проведено только лучевое лечение. При этом из 285 (100%) больных большинство ( $n=181$ , 63,5%) составили пациентки менопаузального возраста, в то время как больные репродуктивного возраста подверглись этому методу лечения только в 36,5% наблюдений ( $n=104$ ), что отражено в табл. 3.

В обеих исследуемых группах больным проводилась преимущественно СЛТ: 166 (91,7%) пациенткам основной и 96 (92,3%) — контрольной группы.

Таблица 1. Распределение больных РШМ в зависимости от возраста и метода лечения

Метод лечения	Возраст, годы				Всего			
	абс.	≤45	%	абс.	≥60	%	абс.	%
Хирургический	50		19,9	29		11,2	79	15,5
Лучевой	104		41,5	181		69,8	285	55,9
Комбинированный	97		38,6	49		19,0	146	28,6
Итого ...	251		100	259		100	510	100

Таблица 2. Методики комбинированного лечения больных РШМ в разных возрастных группах

Метод лечения	Возраст, годы				Всего			
	абс.	≤45	%	абс.	≥60	%	абс.	%
Операция + ЛТ	65		67,0	39		79,6	104	71,2
ЛТ + операция	6		6,2	3		6,1	9	6,2
ЛТ + операция + ЛТ	26		26,8	7		14,3	33	22,6
Итого ...	97		100	49		100	146	100

Таблица 3. Виды ЛТ РШМ в разных возрастных группах больных

Метод лечения	Возраст, годы				Всего	
	абс.	≤45 %	абс.	≥60 %	абс.	%
ДГТ	5	4,8	13	7,2	18	6,3
ВнПТ	3	2,9	2	1,1	5	1,8
СЛТ	96	92,3	166	91,7	262	91,9
Итого ...	104	100	181	100	285	100

**Результаты**

На основании представленных данных больные РШМ пожилого и старческого возраста главным образом подвергались ЛТ ( $n=181$ , 69,9%), а наибольшее число пациенток молодого возраста — лучевому (41,5%) и комбинированному (38,6%) лечению. Основной причиной отказа от хирургического лечения РШМ у больных пожилого и старческого возраста явилось наличие у них тяжелых сопутствующих заболеваний.

та — лучевому (41,5%) и комбинированному (38,6%) лечению. Основной причиной отказа от хирургического лечения РШМ у больных пожилого и старческого возраста явилось наличие у них тяжелых сопутствующих заболеваний.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Аксель В.М., Двойрин В.В., Баршина Н.В. и др. Злокачественные новообразования в СССР. 1989—2005 гг. М., 1990.
2. Аксель В.М., Двойрин В.В., Трапезников Н.Н. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения России и некоторых других стран СНГ в 1995 г. М., 1996.
3. Аксель В.М., Двойрин В.В. Статистика злокачественных новообразований (заболеваемость, смертность, тенденции, социально-экономический ущерб, продолжительность жизни). М., 1992.
4. Трапезников Н.Н., Двойрин В.В., Абдурахманов Ж.Н. и др. Злокачественные новообразования в странах СНГ. Вестн Онкологического научно-центра АМН России 1997;(3):3—18.
5. Бохман Я.В., Максимов С.Я., Рыбин Е.Л., Чепик О.Ф. Рак шейки матки. В кн.: Клиническая онкология для семейного врача. СПб.: Гиппократ, 1995.
6. Бохман Я.И. Руководство по онкогинекологии. Л.: Медицина, 1989.
7. Справочник по онкологии. Под ред. Н.Н. Трапезникова. М.: КАППА, 1996. с. 386—9.
8. Васильева Ю.Я. Оптимизация методов лечения рака шейки матки у больных молодого возраста. Дис. ... канд. мед. наук. Ростов, 1998.
9. Сидоренко Ю.С., Неродо Г.А., Чернявская Г.Я. Особенности течения рака шейки матки у больных молодого возраста. В кн.: Злокачественные новообразования у лиц молодого возраста. 1991. с. 95—102.
10. Спицын А.Ф. Эффективность различных режимов фракционирования дистанционной и внутриволостной гамма-терапии рака шейки матки. Мед радиол 1988;(8):15—9.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ В КАЧЕСТВЕ РАСТВОРИТЕЛЯ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЯИЧНИКОВ**

**Ю.С. Сидоренко, Г.А. Неродо, А.П. Меньшенина, Л.Ю. Голотина, Н.Д. Ушакова**

*ФГУ Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий*

**EXPERIENCE WITH INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY USING ASCITIC FLUID AS A SOLVENT OF CHEMICALS IN THE TREATMENT OF OVARIAN CANCER**

*Yu.S. Sidorenko, G.A. Nerodo, A.P. Menshenina, L. Yu. Golotina, N.D. Ushakova*

*Rostov Cancer Research Institute, Russian Agency for Medical Technologies*

Thirty two with the ascitic form of Stages IIIC—IV ovarian cancer underwent 1 to 3 courses of intraperitoneal multidrug therapy using a protein ascitic fluid concentrate (PAFC) as a solvent of drugs (cisplatin, cyclophosphan, doxorubicin) according to the CAP regimen. The induction chemotherapy allowed remission to be achieved in 78.1% of cases (against 40% with standard intraperitoneal therapy), the standard volume of surgical treatment was performed in 28 (87.5%) patients (21 (70%) receiving the control regime); with the use of PAFC, the size of minimum residual tumour (less than 1 cm) was achieved in 81.3% versus 63.3% with standard intraperitoneal chemotherapy. This treatment enables the use large-dose chemotherapy regimens that cause no severe systemic toxic reactions. The method is highly-effective, low-toxic and may be recommended for the treatment of patients with the ascitic form of Stages III—IV ovarian cancer.

**Key words:** ovarian cancer, ascites, intraperitoneal chemotherapy

Лечение опухолей репродуктивной системы