ОПРАВДАНО ЛИ «АГРЕССИВНОЕ» ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ I СТАДИИ?

Е.А. Дунаева, Е.Г. Новикова, А.В. Бойко, Л.В. Демидова, О.В. Чулкова

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Росздрава»

Цель исследования – изучение эффективности тазовой лимфаденэктомии и адьювантной лучевой терапии (ЛТ) у больных раком тела матки (РТМ) I стадии (FIGO, 1988).

Методы. 1. Для оценки состояния внутритазовых лимфоузлов был изучен операционный материал у 101 пациентки в рамках рТ1с и рТ1b, подвергшейся экстирпации матки с придатками и тазовой лимфаденэктомии (ЭМП+ЛЭ). В соответствии с одной из прогностических моделей, принятой в онкогинекологии для больных РТМ I стадии, пациентки разделены следующим образом: группа «низкого» риска (Ia G1 G2; Ib < ? G1) – 14; «промежуточного» (Ia G3 или неэндометриоидная аденокарцинома (НЭА); Ib ? ? G1; Ib G2; Ib вся полость) – 27 и «высокого» (Ic и любая G; G3 или НЭА при любой инвазии; LVI+; переход на внутренний зев) – 60 женщин.

2. Ретроспективно изучены результаты хирургического и комбинированного лечения у 221 пациентки РТМ I стадии за период с 1994 по 2003 г. в МНИОИ им. П.А.Герцена По группам риска больные распределялись следующим образом: «низкого» риска – 49 пациенток; «промежуточного» – 67 и «высокого» – 105 больных. Выполнены следующие варианты лечения: ЭМП – у 105; ЭМП+ЛТ – у 53; ЭМП+ЛЭ – у 50 и ЭМП+ЛЭ+ЛТ – у 13 больных.

Результаты. Из 101 пациентки с ЭМП+ЛЭ у 10 (9,9 %) выявлены метастазы в лимфоузлы таза: при «низком» риске – в 7,1 % (1/15), «промежуточном» – 3,7 % (1/27) и «высоком» риске – 13,3 % (8/60), что указывает на «стадирующую» и лечебную роль выполнения лимфаденэктомии, т.к. процесс классифицируется у этих больных как III стадия ($T_1N_1M_0$) РТМ.

Из 220 прослеженных больных РТМ I стадии при динамическом наблюдении прогрессирование основ-

ного процесса отмечено у 21 (9,5 %) пациентки в сроке от 6 до 69 мес. Местные рецидивы и отдаленные метастазы возникли у 6 (2,7 %) и у 15 (6,8 %) больных соответственно. В группе «низкого» риска не зафиксировано случаев возврата болезни. Локорегионарные рецидивы в виде метастазов в тазовые лимфоузлы реализовались в группе «промежуточного» риска у больных только после ЭМП в 5,1 % (2/39). В то время как пациентки после ЭМП+ЛТ, ЭМП+ЛЭ и ЭМП+ЛЭ+ЛТ не имели местных рецидивов. В группе «высокого» риска в целом преобладало отдаленное метастазирование над локорегионарными рецидивами (13,3 % против 2,9 %). Так, у больных с ЭМП, ЭМП+ЛЭ и ЭМП+ЛЭ+ЛТ отдаленные метастазы возникли в 11,1, 8,0 и 15,4 % соответственно, без возобновления опухолевого роста в малом тазу. Местный рецидив развился только после ЭМП+ЛТ у 2 (5,1 %) пациенток: у 1 (2,6 %) из них в сочетании с отдаленными метастазами, у 1 (2,6 %) в виде поражения культи влагалища. Обе пациентки отличались набором крайне неблагоприятных факторов. Послеоперационные осложнения после ЭМП+ЛЭ отмечены в 7,9 % случаев (5/63), у всех больных лимфоциты – в 7,9 %. Поздние лучевые осложнения (RTOG/EORTC) после адьювантной ЛТ не превышали I–II ст. токсичности и возникли всего у 5 (7,7 %) больных.

Выводы. Выполнение лимфаденэктомии у больных РТМ (T_1) при их функциональной операбельности оправдано, поскольку носит диагностический и лечебный характер. Расширение объема лечения (ЭМП+ЛЭ, ЭМП+ЛТ) при промежуточном и высоком риске обеспечивает стойкие локальные результаты при удовлетворительной переносимости «агрессивного» лечения.