

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

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

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

Рак тела матки (РТМ) относится к тем немногим злокачественным новообразованиям, которые диагностируются в I–II стадии у подавляющего большинства больных – 77,0 % [3]. Однако этот факт нельзя признать утешительным, поскольку при детальном анализе выживаемости больных РТМ в рамках I стадии она представляется гетерогенной. Так, результаты 5-летней выживаемости при Ia стадии составляют 91–95 %, Ib – 80–86 % и Ic – 50–65 % [11].

Это обстоятельство определило агрессивность лечебной тактики ведения больных с опухолями, ограниченными телом матки (I стадии): лимфаденэктомия, послеоперационная лучевая терапия, гормоно- и/или химиотерапия. В то же время, если ведущее значение хирургического лечения ранних стадий РТМ не оспаривается, то мнение об объеме вмешательства до сих пор неоднозначно: производить так называемую простую экстирпацию матки с придатками (ЭМП) или дополнять ее регионарной лимфаденэктомией (ЛЭ). По-прежнему клиницистам приходится решать два аспекта этой проблемы: целесообразность удаления лимфатического барьера и возможность технического осуществления лимфаденэктомии у соматически отягощенного контингента больных РТМ [2, 4]. Выбор же дальнейшего адъювантного лечения опирается на клинко-морфологические характеристики первичной опухоли, полученные после хирургического вмешательства [10]. Известно, что на течение РТМ, помимо глубины инвазии и степени дифференцировки карциномы, влияют еще и такие факторы, как гистотип, наличие лимфоваскулярной инвазии (ЛВИ), локализация в полости матки, размер, форма роста; немаловажное значение придается возрасту как фактору прогноза. Однако подобная детализация не способна охарактеризовать больных в целом по степени тяжести существующих у них факторов прогноза. Более того, их различное сочетание обуславливает многообразие клинических ситуаций даже в рамках I стадии, что приводит к серьезным объективным трудностям в создании однородных групп. Вместе с тем к настоящему времени накоплен мировой клинический опыт, который позволяет на

основании различных комбинаций клинко-морфологических параметров опухоли (глубина инвазии, гистотип и степень дифференцировки, наличие лимфоваскулярной инвазии и др.) сформировать группы «низкого», «промежуточного» и «высокого» риска развития рецидива у больных РТМ I стадии (FIGO, 1988) [5, 9].

Целью нашего исследования явились изучение целесообразности выполнения лимфаденэктомии и проведения адъювантной лучевой терапии в зависимости от объема хирургического вмешательства в различных группах риска у больных РТМ I стадии.

Для обоснования целесообразности выполнения тазовой лимфаденэктомии у больных РТМ I стадии было предпринято изучение послеоперационного материала у 100 пациенток, которым произведено хирургическое вмешательство в вышеуказанном объеме в период с 1994 по 2005 г., при этом отбор осуществлялся в рамках рT<sub>1</sub>.

Согласно одной из прогностических моделей, принятой в онкогинекологии для больных РТМ I стадии, наши пациентки были распределены следующим образом (табл. 1): из 100 пациенток с ЭМП+ЛЭ у 10 (10,0 %) выявлены метастазы в лимфоузлы таза: при «низком» риске – в 6,7 % (1/15), «промежуточном» – 3,7 % (1/27) и «высоком» риске – 13,8 % (8/58). Следует отметить, что у 10 больных с метастазами в тазовые лимфоузлы подвздошная группа была вовлечена у 4 пациенток, у 1 из них в сочетании с парааортальной группой и у 1 женщины – obturatorной группы с парааортальной. Obturatorный лимфоколлектор был поражен у 6 из 10 больных. Поэтому для адекватной оценки состояния тазовых лимфатических узлов подвздошно-obturatorная лимфаденэктомия должна рассматриваться как обязательный объем лимфодиссекции.

Полученные результаты показывают, что удаление тазовых лимфоузлов оправдано, поскольку отсутствие точных методов до- и интраоперационной диагностики не позволяет установить истинную распространенность опухолевого процесса по символу N, в то время как у каждой 10 больной, а, по данным лите-

Таблица 1  
**Частота метастазирования в тазовые лимфатические узлы у больных РТМ при рТ<sub>1</sub> в зависимости от групп риска**

Группа риска	Количество больных	Число больных с метастазами в тазовых лимфоузлах	
		Абс.	%
Низкий (Ia G1, G2; Ib < 1/3, G1)	15	1	6,7
Промежуточный (Ia G3 или НЭК; Ib ≥ 1/3, G1; Ib G2; Ib вся полость)	27	1	3,7
Высокий (Ic любая G; G3 или НЭК* при любой инвазии; LVI+; переход на внутренний зев)	58	8	13,8
Всего	100	10	10,0

Примечание: НЭК – неэндометриоидная карцинома; LVI+ – наличие лимфоваскулярной инвазии. \* – следуя рекомендациям многих онкологических зарубежных центров, больные с серозно-папиллярной аденокарциномой в настоящее исследование не включены.

ратуры, еще чаще – в 14,8–28,1 %, процесс классифицируется как III стадия (pT<sub>1</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>) [6, 12]. Таким образом, представленные данные указывают на «стадирующую» и лечебную роль выполнения лимфаденэктомии.

В отношении выполнения лимфодиссекции у больных с низким риском наш институт располагает многолетним опытом органосохраняющего лечения РТМ, который позволяет воздержаться от манипуляций на лимфопутях у пациенток с Ia стадией либо минимальной инвазией при наличии G<sub>1</sub> эндометриоидной аденокарциномы. Ретроспективно были изучены результаты хирургического и комбинированного лечения у 221 пациентки РТМ I стадии (FIGO, 1988) за период с 1994 по 2003 г. в МНИОИ им. П.А. Герцена. Из исследования исключены больные с послеоперационно подтвержденными положительными тазовыми и/или парааортальными лимфоузлами, т.к. их наличие указывало на исходно III стадию РТМ.

Основной контингент больных – это женщины среднего и пожилого возраста (50–69 лет) – 167 (75,6%). Средний возраст пациенток составил 57,1 ± 3,3 года, при колебаниях от 18 до 77 лет. Отягощенный соматический статус в виде избыточной массы тела имели 173 (78,3 %) пациентки, из них 86 (49,7 %) – ожирение I–III степе-

ни, в сочетании с сердечно-сосудистой патологией в 45,2%. Сахарный диабет встретился у 31 (14,0%) больной.

Следует отметить, что до 1999 г. у больных с опухолями, ограниченными телом матки, чаще выполнялась ЭМП. С 1999 г. наблюдалось возрастание хирургической активности в виде увеличения частоты выполняемых операций и расширения их объема с удалением тазовых лимфатических узлов с 15,9 до 36,8 % (в 2,3 раза), в том числе и у больных с сопутствующей патологией, в частности с ожирением, – с 13,9 до 34,0 % (в 2,4 раза). При этом удельный вес послеоперационного облучения в плане комбинированного лечения заметно снизился – с 38,6 до 24,1 % за счет расширения объема хирургического пособия.

Были выполнены 4 варианта лечения: I – хирургический (в объеме ЭМП) – у 105 больных; II – комбинированный (ЭМП с послеоперационной лучевой терапией (ЛТ)) – у 53; III – хирургический (в объеме ЭМП+ЛЭ) – у 50; IV – комбинированный (ЭМП+ЛЭ, дополненная послеоперационной ЛТ) – у 13 пациенток. Распределение больных по группам прогноза позволяет более корректно провести сравнительный анализ результатов после различных методов лечения (табл. 2).

Таблица 2  
Распределение больных РТМ I стадии в зависимости от групп риска и метода лечения

Группы риска	Число больных	Методы лечения			
		ЭМП I группа	ЭМП+ЛТ II группа	ЭМП+ЛЭ III группа	ЭМП+ЛЭ+ЛТ IV группа
Низкий	50	38	-	12	-
Промежуточный	67	39	14	14	-
Высокий	104	28	39	24	13
Всего	221	105	53	50	13

Вместе с тем нельзя не отметить и в дальнейшем не учитывать тот факт, что среди высокого риска больные с послеоперационным облучением (II и IV) отличались от пациенток хирургической группы (I и III) более «тяжелым» качественным составом по двум основным факторам прогноза (глубине инвазии и ЛВИ). Так, в группах комбинированного лечения (II и IV) среднее значение глубины инвазии миометрия составило 55,5 % и 53,8 % соответственно, т.е. инфильтрация мышечной стенки у них превышала 1/2 ее толщины, в то время как в группах хирургического лечения (I и III) этот показатель был в пределах 1/2 толщи миометрия (36,5 % и 43,8 % соответственно). Доля пациенток с опухолевой эмболизацией в группах с лучевой терапией значительно превышала таковую с ЭМП и ЭМП+ЛЭ (28,2 % и 46,2 %, против 17,9 % и 16,7 % соответственно).

Общеизвестно, что одним из основных критериев эффективности проведенного метода лечения является возникновение рецидива заболевания. При динамическом наблюдении за больными с послеоперационно установленным диагнозом РТМ I стадии рецидивы и метастазы возникли у 21 (9,5 %) из 220 прослеженных пациенток (табл. 3). Среднее время наблюдения составило  $59,4 \pm 24,5$  мес (от 24 до 127 мес).

Анализ групп в целом показал, что с возрастанием риска увеличивалась частота рецидива заболевания: при низком, промежуточном и высоком рисках она составила 0, 6,1 и 16,3 % соответственно. Полученные данные подтверждают наше мнение о необходимости деления больных РТМ I стадии на группы прогноза, а также свидетельствуют о правильности выбранных критериев, которые легли в основу такой градации.

Небольшое количество случаев с прогрессирующим РТМ потребовало тщательного их изучения. В зависимости от локализации выявленного рецидива заболевания мы сочли целесообразным разделить их на три вида:

– локорегионарный рецидив диагностирован у 5 (2,3 %) больных: в тазовых лимфатических узлах – у 2, в парааортальных лимфоузлах – у 2, причем у обеих изолированно, и в культе влагалища – у 1 женщины;

– отдаленные метастазы без возобновления опухолевого роста в малом тазу зарегистрированы у 15 (6,8 %) пациенток. Следует отметить, что преобладал гематогенный характер метастазирования: в кости – 5 (2,3 %), во влагалище – 4 (1,8 %), в легкие – 3 (1,4 %), лимфогенный наблюдался несколько реже – 3 (1,4 %);

– смешанный рецидив возник у 1 больной, у которой имелось сочетание местного рецидива с отдаленными метастазами (в тазовые, парааортальные лимфоузлы, большеберцовую кость и нижнюю треть влагалища).

Характер прогрессирования РТМ в зависимости от групп риска был различным. Поскольку в группе низкого риска все пациентки живы без рецидивов и метастазов, то дальнейшему изучению подлежали больные промежуточного и высокого рисков. Так, у пациенток промежуточного риска частота локорегионарных рецидивов превалировала над отдаленными метастазами (4,5 % против 1,5 % соответственно). Тогда как в группе высокого риска наблюдалось обратное соотношение: доля больных с генерализацией процесса в 4,6 раза превышала таковую с местными рецидивами (13,3 % и 2,9 % соответственно). Кроме того, метастазы в тазовых лимфоузлах у пациенток с промежуточным риском реализовались в 3 раза чаще, чем с высоким (3,0 % и 1,0 % соответственно) (табл. 3).

Таблица 3

## Частота и структура прогрессирования у больных РТМ I стадии по группам риска после различных методов лечения

Метод лечения	Общее число больных	Локо-регионарный рецидив			Отдаленные метастазы							Смешан. рецидив
		Кулья ваины	Регионарные л/у		Лимфо-генные		Гематогенные					
	Число больных с рецидивом болезни, (%)		тазовые	парааорт.	паховые	надключичные	кости	легкие	гол.мозг	печень	влагалище	
<b>Низкий риск</b>												
ЭМП	38 – (0%)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ЭМП+ЛТ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ЭМП+ЛЭ	12 – (0%)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ЭМП+ЛЭ+ЛТ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Всего	50 – (0%)	– (0%)			– (0%)							– (0%)
<b>Промежуточный риск</b>												
ЭМП	39 3 (7,7%)	–	2*	–	–	–	–	–	–	–	–	1
		2 (5,1%)			1 (2,6%)							–
ЭМП+ЛТ	13 – (0%)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ЭМП+ЛЭ	14 1 (7,1%)	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–
ЭМП+ЛЭ+ЛТ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Всего	66 4 (6,1%)	–	2	1	–	–	–	–	–	–	–	1
		3 (4,5%)			1 (1,5%)							– (0%)
<b>Высокий риск</b>												
ЭМП	28 3 (10,7%)	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	1
		–			3 (10,7%)							–
ЭМП+ЛТ	39 9 (23,1%)	1	–	–	1	1	2	2	–	1	–	1**
		1 (2,6%)			7 (17,9%)							1 (2,6%)
ЭМП+ЛЭ	24 2 (8,3%)	–	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–
		–			2 (8,3%)							–
ЭМП+ЛЭ+ЛТ	13 3 (23,1%)	–	–	1	–	–	–	–	1	–	–	1
		1 (7,7%)			2 (15,4%)							–
Всего	104 17 (16,3%)	1	–	1	2	1	4	3	1	1	–	2
		2 (1,9%)			14 (13,3%)							1 (1,0%)
ИТОГО	220 21 (9,5%)	5 (2,3%)			15 (6,8%)							1 (0,5%)

Примечание: \* – у 1 больной одновременно зарегистрированы метастазы в тазовые и парааортальные л/узлы; \*\* – смешанный рецидив: метастазы в тазовые, парааортальные л/узлы, большеберцовую кость, нижнюю треть влагалища.

Прогрессирование РТМ после проведения различных методов лечения было неоднозначным. Группы

больных промежуточного риска подверглась трем методам лечения. Пациентки после ЭМП+ЛТ и ЭМ-

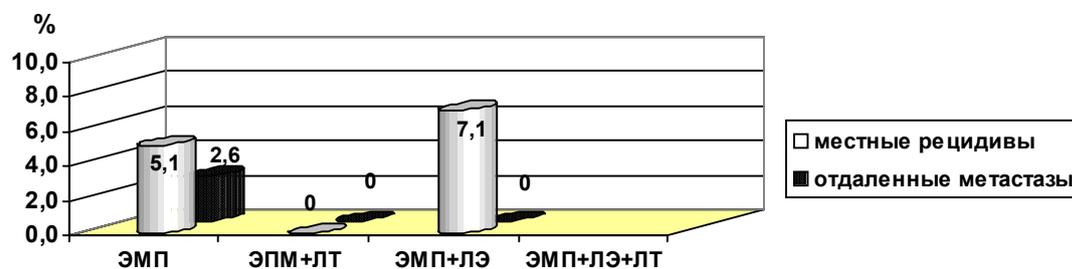


Рис. 1а. Частота и структура прогрессирования у больных РТМ I стадии промежуточного риска после различных методов лечения

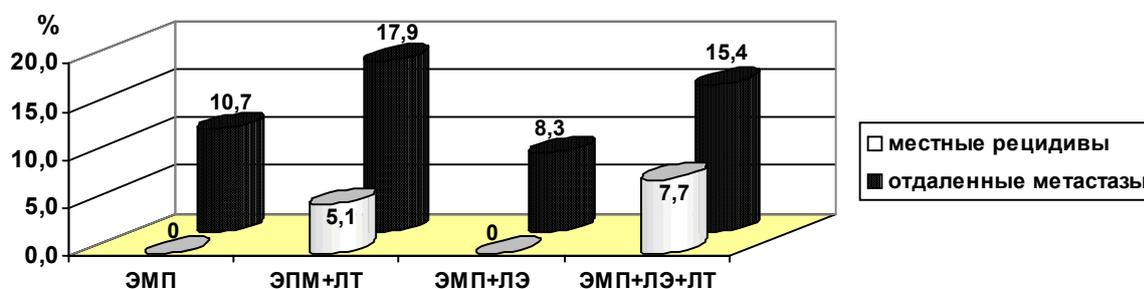


Рис. 1б. Частота и структура прогрессирования у больных РТМ I стадии высокого риска после различных методов лечения

П+ЛЭ не имели рецидивов в области малого таза. При этом отмечено метастатическое поражение выше границы операции – в парааортальном лимфоколлекторе у 1 (7,1 %) пациентки после тазовой лимфаденэктомии. Тогда как у больных с простой ЭМП, несмотря на их минимальное количество, всего у 2 (5,1 %) больных метастазы зарегистрированы в области удаленных тазовых лимфоузлов. В этой же группе наблюдался отдаленный метастаз в виде изолированного поражения нижней трети задней стенки влагалища у 1 (2,6 %) больной (рис. 1а).

В группе высокого риска независимо от метода лечения преобладало отдаленное метастазирование (рис. 1б). У больных с ЭМП, ЭМП+ЛЭ и ЭМП+ЛЭ+ЛТ генерализация опухолевого процесса зафиксирована в 10,7, 8,3 и 15,4 % соответственно, без признаков опухолевого роста в малом тазу. Локорегионарный рецидив возник после ЭМП+ЛЭ+ЛТ у 1 (7,7 %) и

ЭМП+ЛТ у 2 (5,1 %) больных и был представлен: в первом случае – метастазами в парааортальной зоне, т.е. области, не входившей ни в хирургический, ни лучевой объем лечения, во втором – поражением культи влагалища и смешанным рецидивом. Все пациентки отличались набором крайне неблагоприятных факторов. Как отмечалось ранее, группы с послеоперационной лучевой терапией (II и IV) были качественно «тяжелее» в прогностическом плане, что в целом сказалось на довольно высокой частоте развития у них рецидива заболевания (по 23,1 % в каждой группе) (табл. 3).

Таким образом, анализ частоты и структуры рецидивов заболевания в различных группах риска, при среднем времени наблюдения 59,4 мес, показал, что пациентки с промежуточным прогнозом более подвергнуты местному рецидиву, чем отдаленному метастазированию. Напротив, больные с плохим про-

Таблица 4

Метод лечения	Число б-х	Абс. число б-х с рец. заб-я	Сроки (мес)						
			до 6	6-12	13-24	25-36	37-48	49-60	61-72
Низкий риск									
ЭМП	38	–							
ЭМП+ЛЭ	12	–							
всего	50	–							
Промежуточный риск									
ЭМП	39	3			■			■	▲
ЭМП+ЛТ	13	–							
ЭМП+ЛЭ	14	1			■				
всего	66	4			2			1	1
Высокий риск									
ЭМП	28	3		▲		▲	▲		
ЭМП+ЛТ	39	9		▲▲	▲■□	▲▲		▲	▲
ЭМП+ЛЭ	24	2		▲	▲				
ЭМП+ЛЭ+ЛТ	13	3	▲		▲■				
всего	104	17	1	4	6	3	1	1	1
Итого	220	21	1	4	8	3	1	2	2

Примечание: ■ – местный рецидив; ▲ – отдаленные метастазы; □ – смешанный рецидив.

гнозом имеют высокий риск отдаленного метастазирования, и, вероятно, у них настолько быстро прогрессирует заболевание, что до возникновения местного рецидива они не доживают.

Проведенный анализ сроков развития рецидивов заболевания подтверждает вышесказанное. Было показано, что темпы клинической реализации отдаленных метастазов значительно опережают развитие местных рецидивов. Так, в группе высокого риска у 8 (61,5 %) из 13 больных с прогрессированием в первые 2 года наблюдались отдаленные метастазы и только у 3 локорегионарные рецидивы, причем у 1 из них в сочетании с отдаленными метастазами. Вместе с тем после указанного срока в группе ЭМП+ЛЭ и ЭМП+ЛЭ+ЛТ не зафиксировано возврата болезни (табл. 4). Полученные результаты согласуются с данными литературы [7].

Эффективность лечения оценивалась также по частоте осложнений после хирургического и комбинированного методов. В группе ЭМП и ЭМП+ЛЭ серьезных интраоперационных осложнений, в том числе летальных исходов, не зарегистрировано. Различия касались продолжительности операции и объема кровопотери. Выполнение лимфаденэктомии удлинит время операции в среднем на 90 мин по сравнению с простой ЭМП, а кровопотеря оказалась выше

в среднем на 260 мл по сравнению с ЭМП ( $819,0 \pm \pm 644,0$  мл против  $554,7 \pm 402,4$  мл,  $p=0,004$ ). При этом наблюдалась тенденция к увеличению объема теряемой крови при нарастании индекса массы тела в обеих группах.

Общая частота серьезных послеоперационных осложнений в обеих группах оказалась примерно одинаковой (7,0 и 7,9 % соответственно). Возникновение лимфоцитоза в группе больных с лимфаденэктомией наблюдалось в 2 (3,2 %) из 63 случаев. Однако в сроки от 1 до 10 мес (1, 5, 10 мес) они были диагностированы еще у троих, поэтому всего лимфоцитоза зарегистрировано в 7,9 % (5/63) случаев. Таким образом, расширение объема хирургического вмешательства на лимфопутях не привело к сколько-нибудь значимому увеличению частоты осложнений, угрожающих жизни.

В зависимости от хирургических находок через 2–4 нед после операции начинали лучевой этап лечения, что отвечало соблюдению сроков комбинированного лечения. Адьювантная ЛТ проведена у 66 больных РТМ I стадии: из них у 53 после оперативного вмешательства в объеме ЭМП (II) и у 13 пациенток – после ЭМП+ЛЭ (IV). У равного числа больных ( $n=32$ )

Таблица 5

## Пятилетняя выживаемость у больных РТМ I стадии в зависимости от групп риска и метода лечения (Kaplan-Meier)

Группы риска	Методы лечения							
	ЭМП I группа		ЭМП+ЛТ II группа		ЭМП+ЛЭ III группа		ЭМП+ЛЭ+ЛТ IV группа	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Общая выживаемость								
Низкий	38	97,4±2,6	–	–	12	100	–	–
Промежуточный	39	94,2±4,0	14	100	14	92,9±6,9	–	–
Высокий	28	92,4±5,2	39	83,7±6,2	24	95,8±4,1	13	76,9±11,7
Безрецидивная выживаемость								
Низкий	38	100	–	–	12	100	–	–
Промежуточный	39	94,1±4,1	14	100	14	92,9±6,9	–	–
Высокий	28	88,2±6,4	39	78,8±6,7	24	91,7±5,6	13	76,9±11,7

были использованы две методики облучения: дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) с уровнем суммарной очаговой дозы 40–44 Гр и сочетанная лучевая терапия (СЛТ) СОД 46–50 Гр в точках В. Показаниями к ДЛТ являлись: глубина инвазии опухоли более 1/3 толщины миометрия, локализация в области дна и боковых стенок матки при опухолях с умеренно- и низкодифференцированной степенью дифференцировки. В задачу СЛТ входило усиление воздействия на зоны культы влагалища и лимфоколлекторов за счет присоединения внутривлагалищного компонента к наружному, и назначалась она при поражении нижнего сегмента матки, вовлечении внутреннего зева, наличии ЛВИ. У 2 пациенток проведена только внутривлагалищная гамма-терапия (после ЭМП+ЛЭ). С целью снижения лучевой нагрузки на нормальные ткани и органы малого таза применяли нетрадиционный режим фракционирования дозы, в частности ежедневного гиперфракционирования, когда разовая очаговая доза – 1–1,25 Гр подводилась дважды в день, с интервалом 4–5 ч, дневная доза составляла 2–2,5 Гр [1].

Отмечена удовлетворительная переносимость больными послеоперационной ЛТ. Лучевые реакции местного характера (энтероколиты, циститы, ректиты) носили I и II степень выраженности (RTOG) и возникли у 33,3 % и 21,2 % соответственно, что позволило провести курс ЛТ без перерывов. Чаще встречались энтероколиты (31,8 %), затем по убыванию, – циститы (10,6 %), ректиты (4,5 %). Выраженные лучевые реакции (III ст.) возникли у 11 (16,7 %) больных, из них у 6,1 % (5/66) они не позволили завершить полный курс облучения. Частота и тяжесть лучевых ре-

акций не зависели от методики облучения ( $p=0,75$ ) и объема оперативного вмешательства ( $p=0,95$ ).

Поздние лучевые осложнения (RTOG/EORTC) развились у 5 (7,7 %) из 65 прослеженных больных и были представлены энтероколитом (4,6 %), реже ректитом (1,5 %) и циститом (1,5 %). По степени выраженности они не превышали I–II степени токсичности (4,6 % и 3,1 % соответственно). Ни в одном случае мы не наблюдали пузырно-влагалищных и прямокишечно-влагалищных свищей. Постлучевые осложнения зависели от сопутствующей патологии (хронический колит, хронический цистит, мочекаменная болезнь,  $p=0,02$ ) и возникали в среднем на 6 мес раньше, чем при отсутствии предшествующих изменений со стороны «критических» органов.

Изучение онкологических результатов лечения предполагало не только определение длительности безрецидивного периода, но и оценку общей выживаемости. За весь период наблюдения умерло 18 (8,2 %) больных из 220 прослеженных. Причиной смерти у 14 пациенток явилось прогрессирование РТМ, у 4 – интеркуррентные заболевания, что обусловило довольно высокие показатели 5-летней выживаемости в целом. В то же время результаты общей и безрецидивной выживаемости постепенно снижались по мере ухудшения прогноза во всех группах лечения (табл. 5).

Статистически значимых различий в результатах лечения между методами лечения по группам риска выявлено не было (по критерию  $\chi^2$ ,  $p>0,05$ ). Однако обращает на себя внимание, что больные с послеоперационным облучением (II) в группе промежуточного риска и пациентки с тазовой лимфаденэкто-

мией (III) в группе высокого риска имели лучшие показатели 5-летней общей и безрецидивной выживаемости.

Более низкие результаты общей и безрецидивной выживаемости ( $83,7 \pm 6,2\%$  и  $78,8 \pm 6,7\%$  соответственно) у больных с послеоперационной лучевой терапией (II) в группе высокого риска были обусловлены у них высокой частотой и темпами реализации отдаленных метастазов. Между тем облучение, как локальный метод, обеспечивало вполне удовлетворительный местный контроль у пациенток с крайне неблагоприятными факторами прогноза (у 1 больной – рецидив в зоне культы влагалища, у 1 – метастазы в лимфоузлы таза сочетались с отдаленными). Это нам дает основание проводить адьювантную ЛТ у данной категории больных.

Таким образом, больные РТМ в рамках I стадии представляют разнородную группу по прогнозу заболевания, поэтому у них целесообразно деление на группы низкого, промежуточного и высокого риска. Выполнение лимфаденэктомии у больных РТМ (Т<sub>1</sub>) при их функциональной операбельности оправдано, поскольку носит диагностический и лечебный характер. Для адекватной оценки состояния тазовых лимфатических узлов подвздошно-обтураторная лимфаденэктомия должна рассматриваться как обязательный объем лимфодиссекции. Исключение составляют пациентки низкого риска (Ia стадия либо минимальная инвазия с G<sub>1</sub> эндометриоидной аденокарциномой).

При выборе показаний к адьювантной ЛТ у больных РТМ I стадии необходимо учитывать объем вы-

полненной операции и группы риска. В случае произведенной тазовой лимфаденэктомии возможен отказ от послеоперационной ЛТ, за исключением больных с ЛВИ. После ЭМП без лимфаденэктомии у пациенток с промежуточным и высоким риском адьювантная ЛТ целесообразна. Проведение облучения в режиме гиперфракционирования обеспечивает щажение здоровых тканей и, следовательно, снижение ранних лучевых реакций и поздних осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко А.В., Черниченко А.В., Дарьялова С.Л. и др. // Материалы V Российской онкологической конференции. М., 2001. С. 120–122.
2. Кузнецов В.В., Нечушкина В.М. // Практическая онкология. 2004. Т. 5, № 1. С. 25–32.
3. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2005 году. М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2006. 186 с.
4. Чулкова О.В., Новикова Е.Г. // Избранные лекции по клинической онкологии / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. М., 2000. С. 521–534.
5. Chadha M., Korach Y., Liu P.C. et al. // Int. J. Gynecol. Cancer. 1999. Vol. 9, Suppl. 1. P. 84.
6. Creasman W.T., Odicino F., Maisonneuve P. et al. // Int. J. Gynecol. Obstet. 2003. Vol. 83, Suppl. 1. P. 79–119.
7. Delaloye J.F., Pampallona S., Coucke P.A. et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2000. Vol. 88, № 1. P. 75–80.
8. McLaughlin M.P. 2000. <http://www.mayo.edu/mcj/gynecology/radioendo.html>.
9. Nauman R.W. // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. 2002. Vol. 14. P. 75–79.
10. Poka R., Szluha K., Lampe L. et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2000. Vol. 92. № 2. P. 241–249.
11. Zuurendonk L.D., Smit R.A., Mol B.W.J. et al. // Int. J. Gynecol. Cancer. 2005. Vol. 15, Suppl. 2. P. 142.