

ВЛИЯНИЕ ГИСТОТИПА И СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ

Н.Н. Антоненкова, И.А. Косенко, О.П. Матылевич, Т.М. Литвинова, И.С. Прудывус

ГУ «Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», г. Минск

Последние 20 лет изучается и широко обсуждается роль прогностических факторов в лечении рака тела матки (РТМ), наиболее значимы из которых гистотип опухоли и степень ее дифференцировки.

Цель работы – оценить влияние на результаты лечения больных РТМ гистотипа и степени дифференцировки опухоли.

Материал и методы. В исследование включены 6544 больные РТМ I–IV стадий, сведения о которых получены из базы данных Белорусского канцер-регистра за 1989–98 гг.: у 6096 (93,1 %) пациенток была эндометриоидная аденокарцинома (ЭАК) с различной степенью дифференцировки (высокодифференцированная – у 2286 больных, умереннодифференцированная – у 2778 и низкодифференцированная – у 1032), у 450 (6,9 %) – неэндометриоидный рак (светлоклеточный – у 128 пациенток, плоскоклеточный – у 194 и недифференцированный – у 128). Общую наблюдаемую выживаемость рассчитывали по методу Каплан – Майера.

Результаты. Сравнение показателей выживаемости больных с различными гистотипами рака позволило установить статистически значимое различие между выживаемостью пациенток с ЭАК и любым неэндометриоидным гистотипом рака: светлоклеточным ($p=0,00$), недифференцированным ($p=0,00$) и плоскоклеточным ($p=0,00$). Установлено, что 40 % больных со светлоклеточной карциномой погибают в течение 4 лет, плоскоклеточным раком – 2 лет и недифференцированным – 1,5 года после лечения. Пятилетняя выживаемость при всех стадиях ЭАК составила $72,4 \pm 0,7$ %, светлоклеточного рака – $59,2 \pm 5,0$ %, плоскоклеточного – $51,0 \pm 4,0$ % и недифференцированного – $55,9 \pm 4,6$ %. Самые высокие показатели

5-летней выживаемости имели больные РТМ с высокодифференцированной ЭАК ($76,7 \pm 1,0$ %), ниже – с умереннодифференцированной ($73,2 \pm 1,0$ %) и низкодифференцированной ($61,4 \pm 1,7$ %), что оказалось статистически значимо ($p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,001$).

Существенная разница была обнаружена между 5-летней выживаемостью больных РТМ I стадии с низкодифференцированной ($76,1 \pm 2,3$ %) и высокодифференцированной ($85,3 \pm 1,2$ %) ЭАК ($p<0,001$), а также между умереннодифференцированной ($84,2 \pm 1,2$ %) и низкодифференцированной карциномами ($p<0,001$). При низкодифференцированном РТМ II стадии показатель 5-летней выживаемости составил $62,1 \pm 3,1$ %, что значительно ниже, чем при высокодифференцированной ($77,1 \pm 1,8$ %) и умереннодифференцированной ($76,2 \pm 1,6$ %) ЭАК ($p<0,001$). У больных РТМ III–IV стадий показатели 5-летней выживаемости при различной степени дифференцировки опухоли оказались практически одинаковыми (III стадия – $42,0 \pm 4,2$ %, $40,7 \pm 3,2$ %, $41,9 \pm 4,4$ % ($p>0,05$); IV стадия – $14,2 \pm 4,7$ %, $19,0 \pm 3,8$ %, $21,5 \pm 4,6$ % ($p>0,05$)).

Выводы

1. Эффективность лечения РТМ зависит от гистологической структуры опухоли: при светлоклеточной карциноме 5-летняя выживаемость на 13,2 %, при недифференцированной – на 16,5 %, при плоскоклеточной – на 21,4 %, ниже, чем при ЭАК.

2. Низкая степень дифференцировки ЭАК является неблагоприятным фактором прогноза только при лечении больных РТМ I–II стадий, в то время как запущенные формы заболевания на результаты лечения не влияют.