

Клинико-морфологические факторы прогноза и результаты лечения рака культи шейки матки

Л.Ш.Усманова¹, В.В.Кузнецов¹, Е.А.Мустафина^{✉1}, В.В.Баринов¹, И.И.Бокин², Р.И.Князев², М.Д.Ахмедова¹

¹ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина» Минздрава России. 115478, Россия, Москва, Каширское ш., д. 23;

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. 123995, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1

✉ekaterina.mustafina.78@mail.ru

Цель исследования: проанализировать особенности течения рака культи шейки матки (РКШМ), выявить клинические и морфологические факторы, влияющие на прогноз заболевания. Изучить результаты лечения РКШМ в зависимости от исследуемых факторов прогноза.

Материалы и методы. В работе проведен анализ результатов лечения 150 больных РКШМ 0–IIIB стадий по классификации FIGO. Пациентки находились на лечении в ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина» в период с 1977 по 2010 г.

Результаты. Установлено, что статистически достоверными неблагоприятными факторами прогноза РКШМ являются метастазы в регионарных лимфатических узлах, глубина инвазии опухоли в строму культи шейки матки более 1 см, стадия заболевания, смешанная форма анатомического роста опухоли и наличие раковых эмболов в лимфатических сосудах (щелях) культи шейки матки. Отмечается тенденция к ухудшению выживаемости больных с гистологически верифицированной аденокарциномой и распространением опухоли на всю культю шейки матки.

Заключение. Выявленные нами неблагоприятные факторы прогноза при РКШМ аналогичны таковым при раке шейки матки.

Ключевые слова: рак культи шейки матки, морфологические факторы прогноза, выживаемость.

Для цитирования: Усманова Л.Ш., Кузнецов В.В., Мустафина Е.А. и др. Клинико-морфологические факторы прогноза и результаты лечения рака культи шейки матки. Современная Онкология. 2017; 19 (2): 37–41.

Review

Clinico-morphological predictors and treatment outcomes in cervical stump cancer

L.Sh.Usmanova¹, V.V.Kuznetsov¹, E.A.Mustafina^{✉1}, V.V.Barinov¹, I.I.Bokin², R.I.Knyazev², M.D.Akhmedova¹

¹N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center of the Ministry of Health of the Russian Federation. 115478, Russian Federation, Moscow, Kashirskoe sh., d. 23;

²Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation. 123995, Russian Federation, Moscow, ul. Barrikadnaia, d. 2/1

✉ekaterina.mustafina.78@mail.ru

Abstract

The aim of the study is to analyze the characteristics of cervical stump cancer (CSC), identify the clinical and morphological factors influencing prognosis of the disease. Another aim is to study the results of CSC treatment according to the predictive factors.

Materials and methods. We have analyzed the treatment results of 150 patients with FIGO stage 0–IIIB metastatic CSC (mCSC). Patients were treated in N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center, over the period from 1977 to 2010.

Results. We showed that statistically significant predictive factors of mCSC were regional lymph node metastases, stromal invasion greater than 1 cm in depth, stage of disease, the mixed form of tumor growth and the presence of lymph vessel tumor emboli. We also identified that the survival of the patients with histologically verified adenocarcinoma and with the spread of the tumor to the cervical stump was poor.

Conclusion. We showed that the risk factors in case of mCSC were the same as in case of cervical cancer.

Key words: cervical stump cancer, morphological predictors, survival.

For citation: Usmanova L.Sh., Kuznetsov V.V., Mustafina E.A. et al. Clinico-morphological predictors and treatment outcomes in cervical stump cancer. Journal of Modern Oncology. 2017; 19 (2): 37–41.

Рак культи шейки матки (РКШМ) до настоящего времени остается одним из наиболее редко встречающихся злокачественных новообразований женской половой сферы. Частота РКШМ составляет 0,9–19% от общего числа больных раком шейки матки (РШМ) [6, 7, 26] и 0,14–4,7% – от больных, перенесших надвлагалищную ампутацию матки (НАМ) [13, 19].

Особенности клинического течения РКШМ связаны с топографо-анатомическими нарушениями в малом тазу, формирующимися после удаления матки по поводу различных гинекологических заболеваний, в основном миом матки.

В связи с этим отмечаются расстройства крово- и лимфообращения, смещение соседних с маткой органов, которые приводят к изменению путей метастазирования злокачественной опухоли, быстрому вовлечению в неопластический процесс прямой кишки и мочевого пузыря. В связи с относительной редкостью РКШМ и отсутствием достаточного опыта лечения этой категории больных во многих онкологических учреждениях последнее осуществляется по методикам терапии РШМ.

В литературе условно разделяют РКШМ на «истинный» и «ложный»: РКШМ считается «истинным», если заболевание

диагностируют через 2 года и более после надвлагалищной ампутации матки с придатками (НАМП)/НАМ, если менее 2 лет – «ложным» [11, 14, 18].

В случае если РКШМ обнаружен в течение 1-го года после НАМП (НАМ), следует думать о наличии инвазивного РШМ еще до операции. При выявлении РКШМ в ближайšie 2 года после гинекологической операции можно предположить, что в момент хирургического вмешательства не был выявлен микроинвазивный или преинвазивный рак, а в лучшем случае – тяжелая дисплазия.

При решении вопроса о выполнении НАМП (НАМ) недостаточно тщательно изучаются состояние шейки матки и возможность возникновения злокачественной опухоли, что приводит к развитию инвазивного РКШМ.

Известно, что в большинстве наблюдений показанием к НАМП (НАМ) является миома матки [6, 7, 10]. Часто этому заболеванию сопутствует различная патология эндометрия.

Учитывая, что РКШМ относительно редкое заболевание, приведенные в литературе данные, касающиеся клинического течения, лечения и отдаленных результатов, охватывают, как правило, небольшое количество наблюдений.

По данным ряда авторов, общая 5-летняя выживаемость (5-ОВ) после комбинированного лечения больных РКШМ составила 60,9% независимо от стадии заболевания. При I стадии она достигла 88,2%, при II – 53,8%, при III – 42,8% [7, 13, 18, 26]. Приведенные данные показывают, что отдаленные результаты комбинированного лечения больных РКШМ не хуже, чем у больных РШМ [13, 25].

К известным прогностически неблагоприятным факторам при РШМ клиницисты относят аденокарциному цервикального канала, глубокую инвазию в строму шейки матки, большой размер опухоли, инфильтрацию параметриев (степень местного распространения опухоли), наличие метастазов в лимфатических узлах и раковых эмболов в лимфатических щелях [9, 20, 23]. Вместе с тем при РКШМ эти вопросы изучены недостаточно.

В литературе не существует единого мнения о влиянии анатомической формы роста опухоли на прогноз как плоскоклеточного РШМ, так и РКШМ. Ряд авторов [8, 10, 23] считают, что смешанная форма анатомического роста опухоли шейки матки и кульги шейки матки менее благоприятна для прогноза заболевания.

Одним из наиболее значимых прогностических факторов является размер опухоли. Основное его значение связывают с прямо пропорциональным увеличением частоты обнаружения метастазов опухоли в регионарных лимфатических узлах при увеличении ее размера [5, 26, 27]. При увеличении размера опухоли на 1 см частота метастатического поражения увеличивается практически вдвое [2, 12].

Помимо этого одним из наиболее важных факторов прогноза является глубина инвазии опухоли в строму шейки матки [2, 4, 5]. Глубина инвазии при РКШМ, как и при РШМ, оказывает влияние на частоту метастатического поражения регионарных лимфатических узлов, а также на вовлечение в процесс параметральной клетчатки [3, 4, 12, 16].

При наличии параметральных инфильтратов 5-ОВ составляет 69%, а при их отсутствии – 95% [8, 17, 21]. При одновременном поражении параметральной клетчатки и наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах 5-ОВ снижается до 39–42% [13, 16]. При одностороннем поражении правого параметрия у больных РШМ отмечается худший прогноз, чем при вовлечении левого параметрия [12].

До настоящего времени остается спорным вопрос, является ли обнаружение раковых эмболов в лимфатических сосудах (щелях) кульги шейки матки фактором неблагоприятного прогноза. Одни авторы [11, 17, 25] отмечают снижение 5-ОВ до 50–70% при наличии опухолевых эмболов, при их отсутствии 5-ОВ достигает 90%. Другие авторы [1, 4, 27] не установили значимой разницы в выживаемости больных этих категорий.

Одним из неблагоприятных факторов прогноза является наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах. При РШМ и РКШМ преобладает лимфогенный путь метастазирования, реже гематогенный (в легких, печени, костях скелета) [22, 24, 26].

При метастазах в общих подвздошных лимфатических узлах 5-ОВ больных РШМ составляет около 25%, при метастазах в наружных, внутренних подвздошных лимфатических узлах – 65%. При одностороннем поражении лимфатических узлов таза 5-ОВ составляет 59–70%, а при двустороннем снижается до 22–40% [15, 17, 20, 24].

Таким образом, данные литературы указывают на несомненную актуальность изучения клинических и морфологических факторов, позволяющих прогнозировать отдаленные результаты лечения у больных РКШМ.

Нами на большом клиническом материале проанализированы особенности клинического течения РКШМ, выявлены основные факторы, влияющие на прогноз заболевания, которые позволяют индивидуализировать лечение больных этой категории.

В работе проведен анализ результатов лечения 150 пациенток с гистологически верифицированным РКШМ 0–IIIВ стадий, которым проведено лечение в РОНЦ им. Н.Н.Блохина за период с 1977 по 2010 г.

Частота РКШМ составила 3,2% от общего числа больных РШМ (4742 пациентки), получивших лечение за этот период времени.

Стадирование больных РКШМ проведено в соответствии с классификациями Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO) 2009 г. и TNM 7-го пересмотра для РШМ. Все больные РКШМ были распределены по стадиям: 0–20 (13,3%), IA1 – 12 (8%), IB1 – 38 (25,4%), IB2 – 4 (2,7%), IA – 14 (9,3%), IB – 36 (24%), IIIВ – 26 (17,3%). Таким образом, среди больных РКШМ преобладали пациентки IB и IBВ стадий заболевания.

Возраст больных варьировал от 32 до 77 лет, средний возраст составил 55,7±3,1 года.

Большинство больных (72%) находились в возрасте 50 лет и старше. Половина пациенток (50,7%) были в постменопаузе.

Наиболее частым клиническим признаком заболевания являются кровянистые выделения из половых путей, которые отмечены у 84 (56%) пациенток.

Каждая 4-я пациентка с РКШМ (24%) перед гинекологической операцией не подвергалась обследованию с целью исключения патологии шейки матки, однако нам удалось выяснить, что основным фоновым заболеванием, предшествующим РКШМ, являлась эрозия шейки матки, которая была диагностирована у 24 (16%) пациенток.

Всем больным ранее была выполнена НАМП или НАМ.

В большинстве наблюдений показанием к НАМП (НАМ) явилось наличие миомы матки – у 119 (79,3%) больных, у 13 (8,7%) – доброкачественных опухолей яичников, у 18 (12%) больных – другие гинекологические заболевания, в том числе у 3 (2,0%) – кровотечение в родах.

Важным фактором является определение периода времени с момента выполнения НАМП или НАМ до обнаружения первичной опухоли в кульге шейки матки. В течение 1-го года после НАМП (НАМ) у 13 (8,7%) пациенток обнаружен РКШМ, что свидетельствует о возможном наличии инвазивного РШМ уже при выполнении гинекологической операции. В ближайšie 2–3 года после выполнения НАМП (НАМ) у 21 (14%) больной выявлен РКШМ. В связи с этим можно предположить, что в момент хирургического вмешательства у больных не были выявлены микроинвазивный или преинвазивный рак либо тяжелая дисплазия шейки матки.

Анализ распространенности опухолевого процесса показал, что у 38 (25,3%) больных опухоль локализовалась в цервикальном канале, у 30 (20%) – в экзоцервиксе или поражала всю кульгу шейки матки – 47 (31,3%) пациенток. Размер опухоли до 4 см обнаружен у 42 (28%) пациенток, более 4 см – у 76 (50,7%). Опухоль поражала кульгу шейки матки у 74 (49,4%) пациенток, у 76 (50,6%) больных распространялась на влагалище и параметрии. Смешанная форма анатомического роста опухоли РКШМ определена у 73 (48,7%) пациенток.

При изучении гистологического строения опухоли у 83 (55,3%) пациенток диагностирован плоскоклеточный ороговевающий рак. Аденокарцинома выявлена у 22 (14,7%) больных, в равной степени как и плоскоклеточный неоро-

Таблица. 1. 5-ОВ и 5-БРВ больных РКШМ в зависимости от стадии заболевания

Стадии заболевания (FIGO)	Выживаемость, %	
	5-ОВ	5-БРВ
0	100	100
1A1	100	100
IB	91,6±4,6	90,9±5,0
IB1	93,6±4,3	92,6±5,0
IB2	75±21,6	75±21,6
IIA	85,1±9,7	83,5±10,7
IIВ	55,6±8,5	54,1±8,8
IIIB	44,6±10,9	41,8±11,5

говевающий рак – у 22 (14,7%) и с-г in situ – у 20 (13,3%) пациенток. Железисто-плоскоклеточный рак диагностирован у 3 (2%) больных.

Высокий процент аденокарциномы РКШМ возможно обусловлен тем, что у большинства больных на фоне миомы матки отмечалась выраженная гиперэстрогения, которая в свою очередь способствовала развитию гиперплазии эпителия цервикального канала. Из 22 больных аденокарциномой культи шейки матки у 6 (27,3%) пациенток диагноз верифицирован менее чем через 3 года после НАМП (НАМ). На основании этого можно предположить, что у этих больных на момент выполнения гинекологической операции уже существовала патология эндометрия, т.е. нельзя исключить возможность распространения аденокарциномы тела матки на цервикальный канал шейки матки.

Глубина инвазии опухоли в строму культи шейки матки до 1 см установлена у 26 (33,8%) пациенток, более 1 см – у 31 (40,4%) больной.

Раковые эмболы в лимфатических сосудах (щелях) первичной опухоли обнаружены у 6 (7,8%) из 77 пациенток, которым выполнено хирургическое вмешательство.

Учитывая данные морфологического исследования операционных препаратов, метастазы РКШМ в регионарных лимфатических узлах таза выявлены у 5 (12,8%) из 39 пациенток, которым была выполнена расширенная экстирпация культи шейки матки с придатками (РЭКШМП) или без придатков (РЭКШМ).

В зависимости от метода лечения все больные разделены на 3 группы. Первую группу составили 33 (22%) пациентки, которым было проведено хирургическое лечение в объеме экстирпации культи шейки матки с придатками (ЭКШМП) или без придатков (ЭКШМ) и РЭКШМП (РЭКШМ). Во вторую группу включены 44 (29,3%) пациентки, которым было проведено комбинированное лечение: лучевая терапия + операция, операция + лучевая терапия, лучевая терапия + операция + лучевая терапия. Третью группу составили 73 (48,7%) пациентки, для которых сочетанная лучевая терапия (СЛТ) явилась самостоятельным методом лечения.

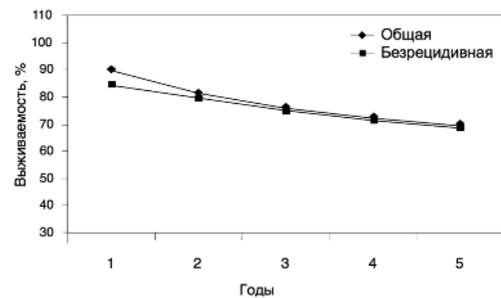
Общая 5-ОВ и безрецидивная 5-летняя выживаемость (5-БРВ) больных РКШМ IB–IIIB стадий составила 69,5±4,5 и 68,5±4,9% соответственно (рис. 1).

Вопрос о факторах прогноза при РКШМ неоднозначен. Как известно, основными факторами прогноза, определяющими течение болезни и отдаленные результаты лечения больных РКШМ, являются стадия заболевания и наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах. Немаловажными факторами являются также гистологическое строение опухоли, форма анатомического роста и размер опухоли, ее локализация, глубина инвазии опухоли в строму шейки матки, степень распространенности процесса.

В рамках нашего исследования все больные РКШМ были распределены по стадиям заболевания вне зависимости от методов лечения, в пределах стадии рассмотрены вышеперечисленные факторы и результаты лечения (табл. 1).

Из представленной таблицы следует, что при 0 стадии 5-ОВ больных РКШМ составила 100%, IA1 – 100%, IB1 – 93,6±4,3%, IB2 – 75±21,6%, IIA – 85,1±9,7%, IIВ – 55,6±8,5%, IIIB – 44,6±10,9%, а показатели 5-БРВ: 0 стадия – 100%, IA1 –

Рис. 1. 5-ОВ и 5-БРВ больных РКШМ IB–IIIB стадий.



100%, IB1 – 92,6±5,0%, IB2 – 75±21,6%, IIA – 83,5±10,7%, IIВ – 54,1±8,8%, IIIB – 41,8±11,5%.

Таким образом, при сравнении 5-ОВ больных РКШМ в зависимости от стадии заболевания получены следующие результаты: при IB стадии 5-ОВ составила 91,6±4,6% и при IIA стадии – 85,1±9,7%, статистически достоверного различия не получено ($p>0,05$).

При сопоставлении 5-ОВ при IB и IIВ стадиях, которая составила 91,6±4,6 и 55,6±8,5% соответственно, установлено статистически достоверное различие ($p<0,05$). При сравнении 5-ОВ у больных с IB стадией (91,6±4,6%) и IIIB стадией (44,6±10,9%) также получено статистически достоверное различие ($p<0,05$).

При сравнении 5-ОВ больных РКШМ IIA и IIВ стадий, которая составила 85,1±9,7 и 55,6±8,5% соответственно, данные статистически достоверны ($p<0,05$). Сопоставляя показатели 5-ОВ при IIA стадии (85,1±9,7%) и при IIВ стадии (44,6±10,9%), также выявлено статистически достоверное различие ($p<0,05$).

Оценивая 5-ОВ при IIВ стадии (55,6±8,5%) и при IIIB стадии (44,6±10,9%), статистически достоверного различия не получено ($p>0,05$).

При сравнении 5-БРВ больных РКШМ в зависимости от стадии заболевания получены следующие данные: при IB стадии она составила 90,9±5,0%, а при IIA стадии – 83,5±10,7% ($p>0,05$).

При сопоставлении 5-БРВ при IB и IIВ стадиях, которая составила 90,9±5,0 и 54,1±8,8% соответственно, установлено статистически достоверное различие ($p<0,05$). 5-БРВ при IB стадии составила 90,9±5,0%, а при IIВ стадии – 41,8±11,5%, данные статистически достоверны ($p<0,05$).

Изучая показатели 5-БРВ больных РКШМ IIA и IIВ стадий (83,5±10,7 и 54,1±8,8% соответственно), получено статистически достоверное различие ($p<0,05$). Также выявлено статистически достоверное различие 5-БРВ ($p<0,05$) при IIA стадии (83,5±10,7%) и IIВ стадии (41,8±11,5%). 5-БРВ при IIВ стадии составила 54,1±8,8%, а при IIВ стадии – 41,8±11,5% ($p>0,05$).

Также проанализировано влияние различных клиникo-морфологических факторов на результаты лечения больных РКШМ IB–IIIB стадий.

5-ОВ больных РКШМ IB–IIIB стадий в зависимости от формы анатомического роста следующая: при экзофитной форме анатомического роста – 84,1±8,4%, при эндофитной – 80,6±7,1%, при смешанной – 63,5±6%. При экзофитной и эндофитной формах анатомического роста опухоли 5-ОВ больных РКШМ достоверно выше, чем при смешанной ($p<0,05$).

5-БРВ больных РКШМ IB–IIIB стадий с учетом формы анатомического роста составила: при экзофитной форме анатомического роста – 83,8±8,5%, при эндофитной – 80±7,3%, при смешанной – 62,1±6,2%. Показатели 5-БРВ при экзофитной и эндофитной формах анатомического роста опухоли у больных РКШМ достоверно выше, чем при смешанной ($p<0,05$).

При анализе 5-ОВ больных РКШМ в зависимости от формы анатомического роста опухоли и стадии заболевания получены следующие результаты: при экзофитной форме

Таблица. 2. 5-ОВ и 5-БРВ больных РКШМ IB–IIIВ стадий в зависимости от гистологического строения опухоли

Гистологическое строение опухоли	Выживаемость больных РКШМ IB–IIIВ стадий, %	
	5-ОВ	5-БРВ
Плоскоклеточный рак	78,1±3,4	76,2±4,6
Аденокарцинома	74,1±10	68±10,9

Рис. 2. 5-ОВ больных РКШМ IB–IIIВ стадий в зависимости от глубины инвазии опухоли в строму культы шейки матки.

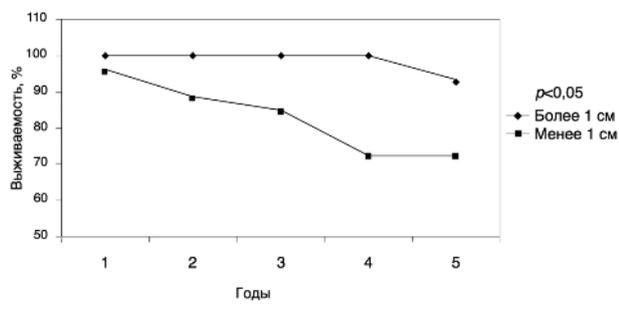


Рис. 3. 5-ОВ больных РКШМ IB–IIIВ стадий в зависимости от наличия раковых эмболов в лимфатических щелях культы шейки матки.

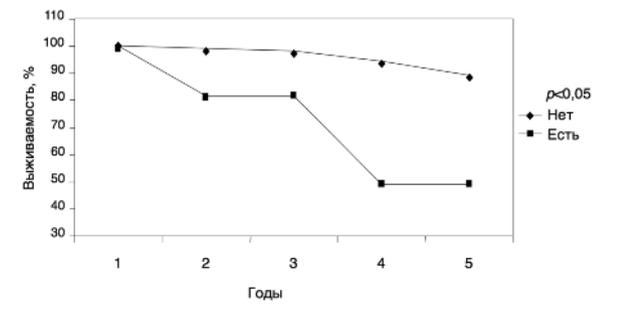
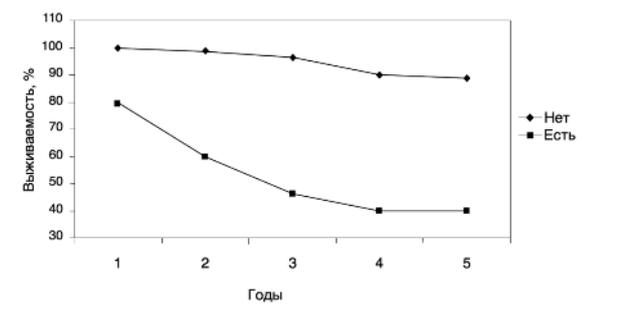


Рис. 4. 5-ОВ больных РКШМ IB–IIIВ стадий в зависимости от наличия метастазов в регионарных лимфатических узлах.



IB1 стадии 5-ОВ составила 91,6±7,9%, при эндофитной – 100%, при смешанной – 87,5±8,2%. Статистически достоверного различия между выживаемостью больных в данной группе не получено ($p > 0,05$). Однако отмечается тенденция к снижению выживаемости пациенток, у которых диагностирована смешанная форма анатомического роста по сравнению с теми, у которых выявлена экзофитная или эндофитная формы роста опухоли.

У пациенток с IIA стадией 5-ОВ составила: при экзофитной форме роста – 100%, при эндофитной – 75±21,6%, при смешанной – 87,5±11,6%. Из представленных данных следует, что при экзофитной форме анатомического роста опухоли выживаемость выше, чем при эндофитной форме. Различия статистически достоверно ($p < 0,05$).

При IIB стадии заболевания 5-ОВ составила 60±17,8% при экзофитной форме анатомического роста, 75±21,6% – при

эндофитной и 51,9±10% – при смешанной. 5-ОВ при IIIВ стадии: при эндофитной форме – 30±23,8%, при смешанной – 48,3±12,2%. Проведя сравнение представленных показателей, статистически достоверного различия в обоих случаях не получено ($p > 0,05$).

5-ОВ больных РКШМ IB–IIIВ стадий при плоскоклеточном раке составила 78,1±3,4%, при аденокарциноме – 74,1±10%. Различия статистически недостоверно – $p > 0,05$ (табл. 2).

Оценивая 5-БРВ пациенток РКШМ IB–IIIВ стадий, получены следующие данные: при плоскоклеточном раке выживаемость составила 76,2±4,6%, при аденокарциноме – 68±10,9%. Различия статистически недостоверно ($p > 0,05$).

Проанализированы показатели 5-ОВ больных РКШМ в зависимости от гистологического строения опухоли, степени дифференцировки опухоли и стадии заболевания. При IB1 стадии и наличии плоскоклеточного ороговевающего рака данный показатель составил 89,7±6,8%, а при плоскоклеточном неороговевающем раке – 100%, различие в выживаемости больных недостоверно ($p > 0,05$). При сравнении 5-ОВ при плоскоклеточном раке и аденокарциноме культы шейки матки показатели составили 94,1±4,8 и 90,4±9,0% соответственно ($p > 0,05$).

При IIA стадии плоскоклеточного ороговевающего рака 5-ОВ составила 80,2±12,6%, при плоскоклеточном неороговевающем – 100%. Различия статистически недостоверно ($p < 0,05$). Отмечается тенденция к улучшению выживаемости пациенток, у которых верифицирован плоскоклеточный ороговевающий рак. Аденокарцинома диагностирована у одной пациентки, которая умерла через 38 мес.

Выявлено, что при IIB стадии показатели 5-ОВ составили 68,1±10,7 и 33,3±15,7% при наличии плоскоклеточного ороговевающего и неороговевающего рака соответственно ($p < 0,05$). При сопоставлении уровней 5-ОВ при плоскоклеточном раке (48,3±11,1%) и аденокарциноме (36,8±23%) различия статистически недостоверно ($p > 0,05$).

При анализе 5-ОВ пациенток с IIIВ стадией плоскоклеточного ороговевающего и неороговевающего РКШМ (46,3±13,2 и 50% соответственно) статистически достоверного различия не получено ($p > 0,05$). Ни одна больная с верифицированной аденокарциномой РКШМ IIIВ стадии не дожила до 5 лет.

Нами проведен анализ 5-ОВ больных РКШМ в зависимости от локализации опухоли и стадии заболевания.

При IB1 стадии и поражении только экзоцервикса 5-ОВ составила 83,5±15,2%, при вовлечении цервикального канала – 89,4±10%, при вовлечении всей культы шейки матки – 90±9,5% ($p > 0,05$).

При IIA стадии 5-ОВ составила 100% и 71,4±17,0% – при вовлечении в неопластический процесс экзоцервикса и культы шейки матки соответственно. Отмечается тенденция к улучшению выживаемости больных, у которых опухоль локализуется в экзоцервиксе, по сравнению с пациентками, у которых опухоль распространяется на всю культю шейки матки.

Получены следующие показатели 5-ОВ при IIB стадии: при поражении экзоцервикса – 46,1±15%, цервикального канала – 50%, всей культы шейки матки – 62,7±11,1% ($p > 0,05$).

При IIIВ стадии 5-ОВ составила 33,3% при локализации опухоли только на экзоцервиксе и 45,8±12,5% – при вовлечении всей культы шейки матки ($p > 0,05$).

В зависимости от глубины инвазии опухоли в строму культы шейки матки 5-ОВ больных РКШМ IB–IIIВ стадий при глубине инвазии менее 1 см составила 93,5±6,6%, более 1 см – 72,4±4,1%. Различия в выживаемости между данными группами пациенток статистически достоверно ($p < 0,05$); рис. 2.

При изучении результатов 5-БРВ больных РКШМ IB–IIIВ стадий в зависимости от глубины инвазии опухоли в строму культи шейки матки получены следующие статистически достоверные данные: при глубине инвазии менее 1 см – 93,1±6,2%, более 1 см – 69,1±9,8 ($p<0,05$); см. рис. 2.

Для IB1 стадии 5-ОВ больных РКШМ при глубине инвазии опухоли в строму культи шейки матки менее 1 см составила 100%, более 1 см – 81,1±6,4% ($p<0,05$). В аналогичных группах больных 5-БРВ – 100 и 80,9±7,1% соответственно. Обнаружено статистически достоверное различие между данными группами пациентов ($p<0,05$).

При анализе результатов лечения больных РКШМ IB–IIIВ стадий в зависимости от наличия раковых эмболов в лимфатических сосудах (щелях) культи шейки матки 5-ОВ составила 49±7,2%, при их отсутствии – 89,2±6,8%. Различия в выживаемости больных статистически достоверно ($p<0,05$); рис. 3.

Получены данные, что 5-БРВ больных РКШМ IB–IIIВ стадий в зависимости от наличия раковых эмболов в лимфатических сосудах (щелях) культи шейки матки составила 27,2±11,1%, при их отсутствии – 85,1±7,0%. Различия в выживаемости больных также статистически достоверно ($p<0,05$).

5-ОВ больных РКШМ при метастатическом поражении регионарных лимфатических узлов составила 40±9,1%, при отсутствии метастазов – 88,6±6,8% ($p<0,05$); рис. 4.

Выполненный анализ позволил выявить, что 5-БРВ больных РКШМ с метастазами в регионарных лимфатических узлах составила 27,1±10,2%, при отсутствии последних – 86,2±7,1%. Различия в показателях выживаемости статистически достоверно ($p<0,05$).

Обобщая результаты, полученные при анализе клинико-морфологических характеристик, нами установлены статистически достоверные неблагоприятные факторы прогноза у больных РКШМ: метастазы в регионарных лимфатических узлах, глубина инвазии опухоли в строму культи шейки матки более 1 см, стадия заболевания, смешанная форма анатомического роста опухоли и наличие раковых эмболов в лимфатических сосудах (щелях) культи шейки матки. Отмечается тенденция к ухудшению выживаемости больных с гистологически верифицированной аденокарциномой и распространением опухоли на всю кулю шейки матки.

Все изложенное свидетельствует, что выявленные нами неблагоприятные факторы прогноза при РКШМ аналогичны таковым при РШМ.

Основываясь на результатах нашего исследования, следует отметить, что только плодотворное сотрудничество клиницистов и морфологов приведет к улучшению прогнозирования течения заболевания, планирования лечения и, вследствие этого, отдаленных результатов терапии РКШМ.

Литература/References

- Бейшенова АР. Плоскоклеточный рак шейки матки 1В стадии (комбинированное лечение, факторы прогноза). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. / Beisbenova AR. Ploskokletochnyi rak sheiki matki 1V stadii (kombinirovannoe lechenie, faktory prognoza). Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2000. [in Russian]
- Бохман ЯВ. Руководство по онкогинекологии. М.: Медицина, 1989. / Bokhman YaV. Rukovodstvo po onkoginekologii. M.: Meditsina, 1989. [in Russian]
- Киселева ЕС. Сочетанное лучевое лечение больных раком культи шейки матки. Методические рекомендации. М., 1990. / Kiseleva ES. Sochetannoe luchevoe lechenie bol'nykh rakom kul'ti sheiki matki. Metodicheskie rekomendatsii. M., 1990. [in Russian]
- Лактионов КТ, Зотиков АИ, Марфина ЛА и др. Плоскоклеточный рак шейки матки 1В стадии: комбинированное лечение. Факторы прогноза. Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. 2001; 4: 38–43. / Laktionov KT, Zotikov AI, Mar'ina LA i dr. Ploskokletochnyi rak sheiki matki 1V stadii: kombinirovannoe lechenie. Faktory prognoza. Vestnik RONTs im. NN.Blokhina RAMN. 2001; 4: 38–43. [in Russian]
- Лебедев АИ. Лучевая терапия в комбинированном лечении рака шейки матки IB–II стадий. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003. / Lebedev AI. Luchevaya terapiya v kombinirovannom lechenii raka sheiki matki IB-II stadii. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 2003. [in Russian]
- Ревазишвили ТВ. Профилактика и лечение рака культи шейки матки. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1988. / Revazishvili TV. Profilaktika i lechenie raka kul'ti sheiki matki. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. L., 1988. [in Russian]
- Barillot I, Horiot JC, Cuisenier J et al. Carcinoma of the cervical stump: a review of 213 cases. Eur J Cancer 1993; 29 A (9): 12–31–6.
- Chai Y et al. Radical hysterectomy with adjuvant radiotherapy versus radical radiotherapy for FIGO stage IIB cervical cancer. BMC Cancer 2014; 14: 63.
- Figat M et al. Clinical and histopathological factors in patients with cervical cancer allowing to identify candidates for less radical surgery. Ginecol Poi 2012.
- Goodman HM, Niloff JM, Buttlar CA et al. Adenocarcinoma of the cervical stump. Oncol 1989; 35 (2): 188–92.
- Grabiec M et al. Multiple skin metastases to vulva from carcinoma of the cervical stump Ginecol Pol 2010; 81 (2): 140–3.
- Hale RJ, Wiicox FL, Buskley C et al. Prognostic factors in uterine cervical carcinoma; A clinicopathological analysis. Int J Gynecol Cancer 1991; 1: 1923.
- Hellstrom AC et al. Carcinoma of the cervical stump: fifty years of the experience. Oncol Rep 2011.
- Hilger WS et al. Removal of the retained cervical stump. Am J Obstet Gynecol 2005; 193: 2117–21.
- Hsu CT, Cheng YS, Su SC. Prognosis of uterine cervical cancer with extensive lymph node metastasis. Am J Obstet Gynecol 1992; 114: 954–62.
- Inoue T, Okumura M. Prognosis significance of parametrial extension in patients with cervical carcinoma stages Ib, Ila and IIb. Cancer 1994; 54: 1714–9.
- Inoue T, Chihara T, Morita K. Postoperative extended field irradiation in patients with pelvic and/or common iliac node metastasis from cervical carcinoma stages IB to IIB. Gynecol Oncol 1996; 25: 234–43.
- Jian S. Carcinoma of the cervical stump. Clinic analysis of 10 cases. Art In Chinese 1992; 27 (4): 227–9, 251.
- Kbo RM et al. Removal of the retained cervical stump after supracervical hysterectomy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2011; 25: 153–6.
- Mabuchi S et al. Comparison of the prognoses of FIGO stage I to stage II adenocarcinoma and adenocarcinoma of the uterine cervix treated with radical hysterectomy. Int J Gynecol Cancer 2012.
- Michel G, Caslaigne D, Monce P, Duwillard P. Systematic pelvic and paraaortic lymphadenectomy in stage IB/II cervical cancer: prognostic and therapeutic value. Int J Gynecol Cancer 1997; 7: 121.
- Nakayama K, Hirai Y, Chen JT et al. Cervical cancer after subtotal hysterectomy (so called «stump cancer») – clinical studies on 226 cases. Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi 1989; 41 (6): 702–6.
- Pickel H, Haas JL, Labousen M. Prognostic factors in cervical cancer. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997; 71: 209–13.
- Pilleron J, Durand J, Hamelin J. Prognostic value of node metastases in cancer of the uterine cervix. Am J Obstet Gynecol 1994; 119: 458–62.
- Pricop M, Cocos M, Aursulesei D et al. Cancer of the cervical stump. (In Romanian). Rev Med Chir Soc Nat Iasi 1999; 103 (1–2): 161–2.
- Rechberger T et al. Carcinoma of the cervical stump-multicenter study. Ginecol Pol 2014.
- Silva CS et al. Cervical stump cancer: a study of 14 cases. Arch Gynecol Obstet 2004; 270: 126–8.

Сведения об авторах

Усманова Людмила Шералиевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отд-ния радиохирургии отд. радиационной онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина»

Кузнецов Виктор Васильевич – д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр. гинекологического отд-ния ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина»

Мустафина Екатерина Александровна – канд. мед. наук, науч. сотр. гинекологического отд-ния ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина». E-mail: ekaterina.mustafina.78@mail.ru

Баринов Владимир Васильевич – д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр. гинекологического отд-ния ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина»

Бокин Иван Игоревич – канд. мед. наук, доц. каф. онкологии ФГБОУ ДПО РМАНПО

Князев Ростислав Игоревич – канд. мед. наук, ассистент каф. онкологии ФГБОУ ДПО РМАНПО

Ахмедова Макнуна Давроновна – канд. мед. наук, врач отд-ния ультразвуковой диагностики ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина»