

Возможности агрессивной онкохирургии в лечении IIA – IIIB стадий рака шейки матки

Г. А. Хакимов^{1, 2}, М. Н. Ташметов¹, Г. Г. Хакимова^{1, 2}, Х. У. Мусурмонов^{1, 2}, Ш. Г. Хакимова^{2, 3}

¹ Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан

² Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

³ Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Несмотря на существующий стандарт в лечении местно-распространенных форм рака шейки матки (РШМ) (IIA – IIIB стадий), в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России за последние 10 лет отмечается тенденция к увеличению заболеваемости раком шейки матки. Предложенная нами методика хирургического лечения является методом выбора хирургического лечения пациенток с местно-распространенными формами РШМ.

Цель. Внедрение в клиническую практику метода хирургического лечения IIA – IIIB стадий рака шейки матки.

Материалы и методы. Исследованы отдаленные результаты лечения 155 пациенток с морфологически верифицированным раком шейки матки (IIA – IIIB). Больным проводили неоадьювантную химиотерапию (НАХТ) (n=110) и химиолучевую терапию (ХЛТ) (n=45). При достижении резектабельности больным проводили хирургическое лечение по новой методике. Оценивали результаты общей выживаемости (ОВ) и выживаемости без прогрессирования (ВБП).

Результаты. В период с 2017 по 2020 г. 155 больным раком шейки матки (IIA – IIIB) после НАХТ (n=110) – 1 группа и ХЛТ (n=45) – 2 группа выполнена комбинированно-расширенная экстирпация матки с придатками по запатентованному нами методу. Наиболее частыми послеоперационными осложнениями были нарушение мочеиспускания у 106 (67 – 60,9% и 19 – 42,2%) больных, лимфатические кисты у 30 (20 – 18,2% и 10 – 22,2%) больных и пузырно-вагинальный свищ у 7 больных (5 – 4,6% и 2 – 4,4%) соответственно. По результатам патоморфологического исследования наиболее частым ответом опухоли на НАХТ была III степень лечебного патоморфоза (ЛП) у 44 больных (40%) 1-й группы и у 21 больной

(2-й группы) – IV степень ЛП, составив 46,6%. Медиана наблюдения составила 28,7 мес. (от 3,6 до 51,1 мес.). За это время в обеих группах умерли 30 больных (17 – 15,5% и 13 – 28,9%) (p=0,047). Прогрессирование заболевания наступило у 16 (10,3%) больных (6 – 5,5% и 10 – 22,2%) (p=0,004) соответственно. Показатель 3-летней ОВ составил 83,8±3,7 и 71,0±6,8 (p=0,131), ВБП – 93,5±2,6 и 77,7±6,6 (p=0,006).

Заключение. Предлагаемая нами методика хирургического лечения IIA – IIIB стадий РШМ обладает новизной и может быть использована в практической деятельности онкогинекологов для хирургического лечения онкологических заболеваний при раке шейки матки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: местно-распространенный рак шейки матки, расширенная экстирпация матки с придатками, общая выживаемость, выживаемость без прогрессирования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской помощи.

Вклад авторов. Г. А. Хакимов: разработка дизайна исследования. М. Н. Ташметов, Х. У. Мусурмонов, Г. Г. Хакимова: получение данных для анализа, анализ полученных данных. Г. Г. Хакимова, Ш. Г. Хакимова: написание текста рукописи. Ш. Г. Хакимова: обзор публикаций по теме статьи.

Possibilities of aggressive oncosurgery in the treatment of IIA – IIIB stages of cervical cancer

G. A. Khakimov^{1, 2}, M. N. Tashmetov¹, G. G. Khakimova^{1, 2}, Kh. U. Musurmonov^{1, 2}, Sh. G. Khakimova^{1, 2}

¹ Tashkent city branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Tashkent, Uzbekistan

² Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

³ P. A. Herzen Moscow Cancer Research Institute – branch of the National Medical Research Center for Radiology, Moscow, Russia

SUMMARY

Arming gynecological oncology with modern chemotherapy schemes, elements of aggressive oncosurgery, it is possible to achieve an increase in the number of cured patients with locally advanced forms of cervical cancer (CC), providing an improvement in the immediate and long-term results of treatment. The proposed method of surgical treatment is the method of choice for the surgical treatment of patients with locally advanced forms of cervical cancer (stages IIA – IIIB).

Purpose. Introduction into clinical practice of the method of surgical treatment of IIA – IIIB stages of cervical cancer.

Material and methods. Long-term results of treatment of 155 patients with morphologically verified stage IIA – IIIB cervical cancer were studied. The patients underwent neoadjuvant chemotherapy (NACT) (n=110) and chemoradiotherapy (CRT) (n=45). When resectability was achieved, the patients underwent surgical treatment using a new technique. Overall survival (OS) and progression-free survival (PFS) outcomes were assessed.

Results. In the period from 2017 to 2020, 155 patients with stage IIA – IIIB cervical cancer after NACT (n=110) and CRT (n=45) underwent combined-extended extirpation of the uterus with appendages according to our patented method. The most frequent postoperative complications were urination disorders in 106 (67 – 60.9% and 19 – 42.2%) patients, lymphatic cysts in 30 (20 – 18.2% – and 10 – 22.2%) patients and vesicovaginal fistula in 7 patients (5 – 4.6% and 2 – 4.4%), respectively. According to the results of a pathomorphological study, the most frequent tumor response to NACT was III degree of therapeutic pathomorphosis (TP) in 44 patients (40%) of group 1 and in 21 patients – IV degree TP, amounting to 46.6%.

The median follow-up was 28.7 months. (from 3.6 to 51.1 months). During this time, 30 patients died in both groups (17 – 15.5% – and 13 – 28.9%) ($p=0.047$). Disease progression occurred in 16 (10.3%) patients (6 – 5.5% – and 10 – 22.2%) ($p = 0.004$) respectively. The 3-year OS was 83.8 ± 3.7 and 71.0 ± 6.8 ($p=0.131$), PFS – 93.5 ± 2.6 and 77.7 ± 6.6 ($p=0.006$).

Conclusion. The proposed method of surgical treatment of IIА – IIIB stages of cervical cancer has a novelty and can be used in practical medicine for the surgical treatment of oncology diseases in cervical cancer.

KEY WORDS: locally advanced cervical cancer, extended extirpation of the uterus with appendages, overall survival, disease-free survival.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Financing. The study was conducted without sponsorship.

Authors' contributions. G. A. Khakimov: study design development. M. N. Tashmetov, H. U. Musurmonov, G. G. Khakimova: obtaining data for analysis, analysis of the received data. G. G. Khakimova, Sh. G. Khakimova: writing the text of the manuscript. Sh. G. Khakimova: a review of publications on the topic of the article.

Введение

Рак шейки матки занимает четвертое место по распространенности среди злокачественных новообразований (6,5%) среди женщин в мире. Несмотря на достижения в области профилактики, скрининга, диагностики и лечения при РШМ, данное заболевание остается одной из важных проблем здравоохранения [1–3]. По данным GLOBOCAN2020, заболеваемость РШМ составляет 3,1% (604 новых случая) в мире, смертность – 3,4% (341 случай). В России за последние 10 лет отмечается тенденция к увеличению заболеваемости раком шейки матки (111,6 на 100 тыс. населения в 2009 г., 126,8 – в 2019 г.) (А. Д. Каприн, 2019). В России ранний РШМ встречается у 15,8% первичных больных, местно-распространенные и метастатические формы РШМ – у 39,5% соответственно. Стандартом лечения местно-распространенных и метастатических форм РШМ (IIВ – IVА) является химиолучевая терапия, улучшающая 5-летнюю выживаемость с 60 до 66%. При этом, согласно ряду публикаций, посвященных местно-распространенному РШМ, подтверждается актуальность хирургического лечения в составе комбинированного лечения данной патологии [4]. В исследовании Gong L. et al. с включением 800 больных РШМ, получивших неоадъювантную химиотерапию (НАХТ) с последующим хирургическим лечением (1-я группа) и получивших только хирургическое лечение (2-я группа), 5-летняя безрецидивная выживаемость (БРВ) и общая выживаемость (ОВ) составили 80,30 и 81,00% против 81,10 и 78,50% соответственно ($p>0,05$). Следует отметить, что во 2-й группе количество послеоперационных осложнений было в 2 раза больше (13,62% против 7,30%, $p=0,002$) [5]. В метаанализе 6 исследований III фазы с включением 1036 пациенток отмечено увеличение БРВ при проведении неоадъювантного лечения (95% доверительный интервал (ДИ) 0,62–0,94; $p=0,01$), что подтверждает преимущества НАХТ с последующим хирургическим лечением по сравнению только с хирургическим лечением [6, 7]. При анализе 333 больных РШМ (IIА, IIВ стадий) 1-й и 2-й групп (НАХТ + хирургическое лечение; ХЛТ), БРВ 1-й группы выше в сравнении со 2-й ($p=0,0001$) [8]. Соответственно пациенты с оптимальным ответом после НАХТ и хирургического лечения рака шейки матки II стадии по FIGO не нуждаются в дальнейшем лечении. Дополнительные циклы химиотерапии могут быть полезны для пациентов с субоптимальным ответом и остаточным внутришейным поражением шейки матки. Кроме того, G. Ferrandina и соавт. в своем клиническом исследовании подтвердили

безопасность и эффективность химиолучевой терапии как 1-го этапа в мультимодальном подходе в лечении местно-распространенного РШМ. Таким образом, представленный краткий обзор основных публикаций, посвященных комбинированному лечению РШМ, подтверждает вопрос о целесообразности сочетания различных методов лечения у данной категории больных. Разработанные нами методологические подходы хирургического лечения рака шейки матки как компонента комбинированного лечения обеспечивают высокую степень радикализма и являются одним из возможных вариантов увеличения показателей выживаемости пациенток.

Цель исследования – увеличение показателей выживаемости путем повышения степени радикальности хирургического лечения у больных РШМ (IIА – IIВ).

Материалы и методы

В исследование включено 155 больных РШМ (IIА – IIВ), проходивших лечение в Ташкентском городском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (ТГФ РСНПМЦОиР) в период с 2017 по 2020 г. В исследование вошли пациентки в возрасте от 26 до 73 лет (средний возраст $51,3 \pm 9,9$ года, медиана 51 год). 71 (45,8%) пациентка находилась в возрасте до 50 лет и 84 (54,2%) пациентки – старше 50 лет (рис. 1).

Сопутствующая патология в виде ишемической болезни сердца (ИБС) выявлена у 22 (14,2%) больных с досто-

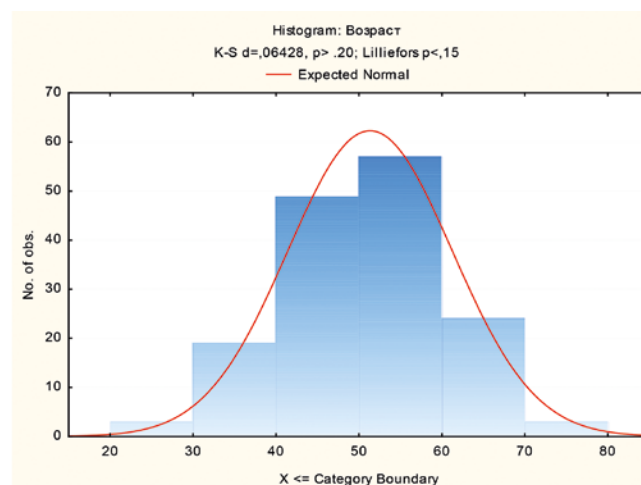


Рисунок 1. Распределение больных раком шейки матки по возрасту

Таблица 1
Сопутствующая патология в зависимости от возрастной группы

Сопутствующая патология	Возраст ≤50 лет (n=71)	Возраст >50 лет (n=84)	P – value	Всего (n=155)
ИБС	6 (13,1%)	16 (29,5%)	0,048	22 (14,2%)
Сахарный диабет I типа	2 (4,4%)	–	–	2 (1,3%)
Сахарный диабет II типа	2 (4,4%)	7 (13%)	–	9 (5,8%)
Ожирение 1-й ст.	2 (4,4%)	2 (3,7%)	–	4 (2,6%)
Ожирение 2-й ст.	4 (8,7%)	5 (9,2%)	–	9 (5,8%)
Ожирение 3-й ст.	–	3 (5,5%)	–	3 (1,9%)

верным преобладанием у пациенток старшей возрастной группы – 16 (19,1%) против 6 (8,5%) пациенток до 50 лет ($p=0,048$). Сахарный диабет встречался у 11 (7,1%) пациенток, ожирение – у 16 (10,3%) без существенного различия между возрастными группами (табл. 1).

Стадирование рака шейки матки осуществлялось на основании классификации TNM (8-е издание, 2016 г.). Всем больным проведено комплексное обследование: оценка жалоб, сбор анамнеза, гинекологический осмотр, морфологическое и ультразвуковое исследование (УЗИ), цистоскопия, ректоскопия, магнитно-резонансная томография (МРТ) брюшной полости и малого таза, компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки.

Больные были разделены на 2 группы. В 1-й группе ($n=110$) больным на 1-м этапе проведено 2–3 курса химиотерапии с внутривенной инфузией цитостатиков (паклитаксел в дозе 175 мг/м²) внутривенно капельно на фоне стандартной премедикации; карбоплатин (AUC 6) внутривенно капельно каждые 21 день. При достижении эффекта больным выполняли хирургическое лечение. Во 2-й группе ($n=45$) больным проводили химиолучевую терапию (дистанционная лучевая терапия до суммарной очаговой дозы (СОД) 14–50 Гр – в среднем $45,2 \pm 5,2$ Гр на точку А с радиомодификацией цисплатином 1 раз в неделю в дозе 40 мг/м²) с последующим хирургическим лечением. Возраст пациенток двух групп статистически не отличался ($51,9 \pm 10,3$ и $49,9 \pm 8,9$ года соответственно, $p=0,262$). У большинства больных – 139 (89,7%) – гистологически РШМ представлен плоскоклеточным неороговевающим раком (99 – 90% и 40 –

88,9% соответственно), у 16 (10,3%) пациенток – аденокарциномой. По степени дифференцировки в 70 (45,1%) случаях встречался умеренно-дифференцированный тип (48 – 43,6% и 22 – 48,9% соответственно). В 1-й группе в 2 раза преобладали высокодифференцированные опухоли, составив 29 (26,4%) и 6 (13,3%) в обеих группах соответственно, с тенденцией к достоверности ($p=0,057$). РШМ ПА стадии был диагностирован у 35 (22,5%) больных (20 – 12,9% и 15 – 9,6%), ПВ – у 102 (65,8%) (78 – 50,3% и 24 – 15,5%), ПША – 16 (10,3%) (12 – 7,7% и 4 – 2,6%) в обеих группах, ПВ у 2 (1,3%) больных из 2-й группы соответственно, т.е. преобладали стадии ПВ и ПША. Оценку эффекта осуществляли по окончании 2–3 курсов ПХТ по системе RECIST1.1. Критерием резектабельности считали достижение регрессии опухоли более 60%, отсутствие инфильтрации в параметрий и уменьшение парааортальных лимфатических узлов до 1 см. Далее пациентки в обеих группах были прооперированы в объеме расширенной экстирпации матки с придатками по запатентованному нами методу. Ниже приводятся основные этапы хирургического лечения. Рассекая брюшину под круглой связкой матки выполняется ее мобилизация на всем протяжении. Далее выполняется иссечение клетчатки с лимфатическими узлами и сосудами по ходу круглой связки матки, где нижней границей диссекции является нижняя надчревная артерия. Круглая связка матки пересекается и лигируется. Острым путем рассекается поддерживающая связка яичника и широкая связка матки для доступа к забрюшинному пространству. Выполняется поэтапная диссекция клетчатки с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами с наружной и внутренней поверхности подвздошных артерий и вен (рис. 2). Воронко-тазовая связка яичника мобилизуется на всем протяжении, пересекается и лигируется. Далее приступают к диссекции поясничной, парааортальной клетчатки с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами (рис. 3). При этом обнажается левая подвздошная артерия, нижняя брыжеечная артерия, левый мочеточник, большая поясничная мышца, левая почечная вена. Острым путем выполняется лимфодиссекция клетчатки с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами по ходу внутренней подвздошной артерии и вены. Выполняется диссекция в области запирающей ямки, латерально-крестцовой, окологреческой, паравагинальной, верхней и нижней ягодичной клетчатки с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами (рис. 4).



Рисунок 2. Вид после диссекции клетчатки с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами с наружной и внутренней поверхностей подвздошных сосудов слева

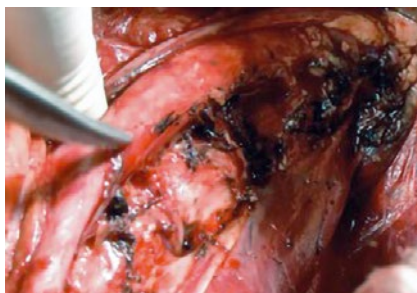


Рисунок 3. Вид после парааортальной диссекции клетчатки с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами слева

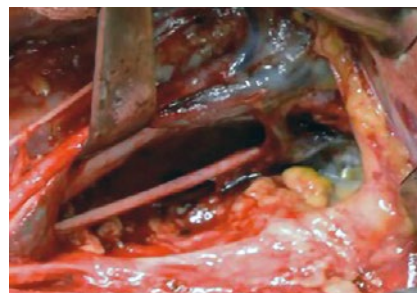


Рисунок 4. Вид после диссекции клетчатки с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами запирающей ямки слева

Кардинальная связка непосредственно у стенок таза коагулируется и пересекается. Маточная артерия у места отхождения от внутренней подвздошной артерии пересекается и лигируется. Выполняется дальнейшая мобилизация мочеточника до места впадения в мочевой пузырь с одномоментным иссечением окружающей клетчатки. Острым путем рассекается брюшина по пузырно-маточной складке и выполняется отсепаровка мочевого пузыря до нижней трети влагалища. Далее матку отводят к лону, рассекается задний листок широкой маточной связки, острым путем отсепаровывается передняя стенка прямой кишки. При этом хорошо визуализируется параректальное пространство, которое с латеральных сторон ограничено крестцово-маточными связками. Затем выполняется аналогичный объем диссекции справа. Отличительной особенностью справа является диссекция поясничной и паракавальной клетчатки с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами, покрывающей общую подвздошную и нижнюю полую вены. По завершении этапа диссекции справа и слева накладываются швы на боковые стенки нижней трети влагалища для окончательного гемостаза из ветвей влагалищной артерии. Выполняется экстирпация матки с придатками на границе средней и нижней трети влагалища. Перитонизация культи влагалища осуществляется с использованием заднего листка широкой маточной связки и брюшины мочевого пузыря. Средняя продолжительность операции и госпитализации составила 168 ± 30 минут и 10 ± 5 дней. Эффективность предоперационного лечения оценивали по степени лечебного патоморфоза в операционном материале. Послеоперационная химиотерапия проведена 90 (58,1 %) из 155 больных РШМ – 61 больной 1-й группы (39,4 %) в рамках периперационной химиотерапии (3–4 курса по прежней схеме, общее число курсов 6) и 29 больным 2-й группы (18,7 %) (6 курсов адьювантной химиотерапии).

Статистическая обработка результатов исследования. Полученные результаты обрабатывали стандартным пакетом STATISTICA v.10 и SPSSv.21. Непрерывные переменные представляли как среднее значение $\pm$ стандартное отклонение, качественные – в виде абсолютных значений и %. Анализ распределений изучаемых признаков проводили с помощью критерия согласия Колмогорова – Смирнова. Достоверность различий между количественными показателями вычисляли по *t*-критерию Стьюдента для нормально распределенных величин или по непараметрическому критерию Манна – Уитни. Для сравнения качественных параметров применяли точный критерий Фишера и χ^2 с учетом непараметрических данных и нормального распределения Пуассона. Различия признавали значимыми при $p < 0,05$. Меру линейной связи оценивали с помощью коэффициента корреляции Пирсона и непараметрического коэффициента корреляции рангов Спирмена. Показатели выживаемости пациентов оценивали по методу Kaplan – Meier, различия выживаемостей в группах определяли с помощью log-rank теста. Показатели выживаемости рассчитывали от начала лечения до момента завершения исследования или смерти для общей выживаемости, а также до регистрации прогрессирования заболевания для выживаемости без прогрессирования.

Результаты и обсуждение

Время наблюдения за пациентами составило в среднем $27,4 \pm 10,1$ года (от 3,6 до 51,1 мес., медиана 28,7 мес.). Прогрессирование заболевания наступило у 16 больных (10,3 %), составив 6 (5,5 %) больных в 1-й группе и 10 (22,2 %) больных во 2-й группе ($p=0,004$) соответственно. Среди наиболее частых послеоперационных осложнений у пациенток наблюдались осложнения мочевыделительной системы, лимфатические кисты и свищи. Нарушения мочеиспускания наблюдалось у 78 (50,3 %) и 31 (20 %) в 1-й и 2-й группах соответственно. Лимфокисты встречались у 20 (18,2 %) больных 1-й группы и 10 (22,2 %) больных 2-й группы соответственно. Пузырно-влагалищный свищ зарегистрирован у 7 больных, в 1-й группе – у 5 (4,6 %); во 2-й группе – 2 (4,4 %). Лимфорея наблюдалась у 2 больных (1 – 0,9 % и 1 – 2,2 %) соответственно. Длительность лимфореи в среднем составила $23,1 \pm 4,9$ дня и продолжалась от 5 до 35 дней (в 1-й группе $22,8 \pm 5,2$, во 2-й группе – $23,5 \pm 4,2$, $p=0,432$). Во 2-й группе встречались специфические осложнения после ХЛТ, такие как цистит у 15 (33,3 %) и ректит у 8 (17,8 %) соответственно. Указанные осложнения купировались и не влияли на последовательность этапов лечения и сроки госпитализации. После неoadьювантного лечения при оценке степени лечебного патоморфоза в удаленном гистопрепарате чаще отмечена III и IV степень лечебного патоморфоза. У 44 (40 %) и 17 (37,8 %) 1-й и 2-й групп зарегистрирована III степень ЛП; у 36 (32,7 %) и 21 (46,6 %) обеих групп – IV степень ЛП соответственно. Эффективность различных вариантов лечения ПА – ПИВ стадии РШМ оценена на основании показателей ОВ, ВБП. За время наблюдения умерли 30 (19,4 %) больных РШМ. Причем 1/3 из них – 10 (33,3 %) – умерли от осложнений хирургического этапа лечения, составив 7 (41,2 %) и 3 (23,1 %) больных в обеих группах соответственно. Осложнениями, приведшими к летальному исходу, явились: ТЭЛА у 2 (1,8 %) и 1 (2,2 %), некроз мочевого пузыря у 1 (0,9 %) больного 1-й и 2-й групп, кишечный свищ у 1 (2,2 %) больного 2-й группы, перфорация прямой кишки, перитонит у 1 (2,2 %) больного 1-й группы, тромбоз нижних конечностей у 1 (0,9 %) больного 2-й группы, сепсис у 3 (2,7 %) 1-й группы. На рисунках 5 и 6 приведены общая выживаемость и выживаемость без прогрессирования больных ПА – ПИВ стадий РШМ.

3-летняя ОВ больных РШМ хуже во 2-й группе в сравнении с 1-й группой, составляет $83,80 \pm 3,7$ % и $71,0 \pm 6,8$ %, однако различия достоверно не значимы ($p=0,131$).

В исследовании Оводенко Д. Л. и др. с включением 173 пациенток с плоскоклеточным раком шейки матки стадий IB2, IIB и IIIB, 3-летняя ВБП достоверно ниже у больных ПА – ПИВ стадий РШМ, получавших ХЛТ с последующим хирургическим лечением, составив $77,7 \pm 6,6$ % в сравнении с пациентами после НАХТ и хирургического лечения, составив $93,5 \pm 2,6$ ($p=0,006$). Радикальные операции после НАХТ выполнены 160 (92,5 %) пациенткам. У 55 (34,4 %) больных адьювантная лучевая терапия не проводилась в связи с отсутствием факторов высокого и среднего риска при патоморфологическом исследовании. Это позволяет сохранить возможность

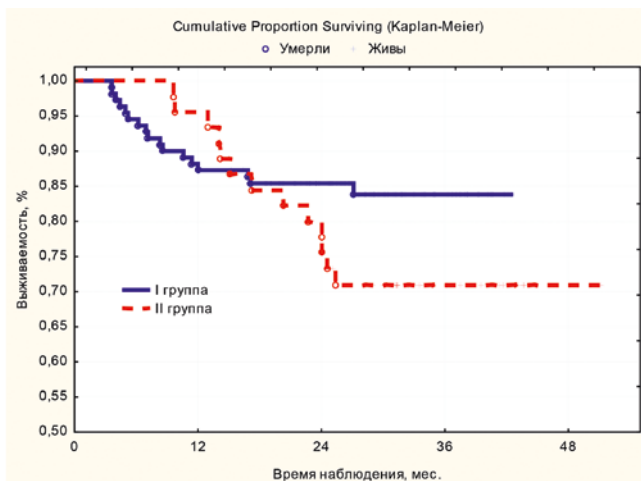


Рисунок 5. ОВ больных раком шейки матки

ее применения при рецидиве заболевания. Показатель 5-летней безрецидивной выживаемости составил 79,6% [9]. Пилотное исследование в оценке осложнений больных РШМ после операции Вертгейма – Мейгса опубликовано в 1994 г. Показанием к выполнению данной операции является инвазивная карцинома шейки матки IB, IIA стадии. В исследовании Jesus P. et al. 168 женщинам после операции Вертгейма – Мейгса у 19 пациенток (11,3 %) были обнаружены метастазы в тазовые лимфатические узлы и у 149 лимфатические узлы были интактными. Частота рецидивов составила 21 % в «положительных» лимфатических узлах и 6 % у пациентов с «отрицательными» лимфатическими узлами. Осложнения возникли у 35 пациенток (20,83 %) и составили: атония мочевого пузыря у 9,52 %; свищи у 5,59 %; недержание мочи – 4,76 %; стеноз мочеточника у 2,97 %; расхождение у 2,38 % и лимфедема у 1,19 %. Интраоперационные осложнения возникли в 4,76 % случаев и включали повреждения мочевого пузыря, мочеточника и магистральных сосудов [10]. В работе С. Frutuoso et al. 58 больным (I – 94,8 %; II – 5,2 %) была выполнена операция Вертгейма – Мейгса, где тазовая лимфаденэктомия была выполнена у 70 % пациентов, а парааортальные узлы были иссечены у остальных 30 %. Среднее количество иссеченных лимфатических узлов составило 17 ± 9 . Инвазия тазовых узлов была обнаружена в 9 % парааортальных [11]. В нашем исследовании всем 155 больным выполнялась диссекция тазовых и парааортальных лимфатических узлов, тогда как пораженные парааортальные лимфатические узлы были у 47 (30 %) больных, составив 17 (11 %) и 30 (19 %) больных в обеих группах (IIA – 5 (3,2 %) и 3 (1,9 %) в 1-й и 2-й группах, IIB – 12 (7,8 %) в 1-й группе, IIIA – 27 (17,1 %) во 2-й группе) соответственно. Пораженные тазовые лимфатические узлы были у 62 (40 %) больных, составив 25 (16 %) и 37 (24 %) больных в обеих группах (IIA – 4 (2,6 %) и 10 (6,5 %) в 1-й и 2-й группах, IIB – 12 (7,7 %) и 21 (13,6 %) в 1-й группе, IIIA – 9 (5,7 %) и 4 (2,6 %) в 1-й и 2-й группах, IIIB – 2 (1,3 %) во 2-й группе соответственно). Количество исследованных лимфатических узлов доходило от 42 до 68. При этом лимфодиссекция при операции Вертгейма – Мейгса заключается

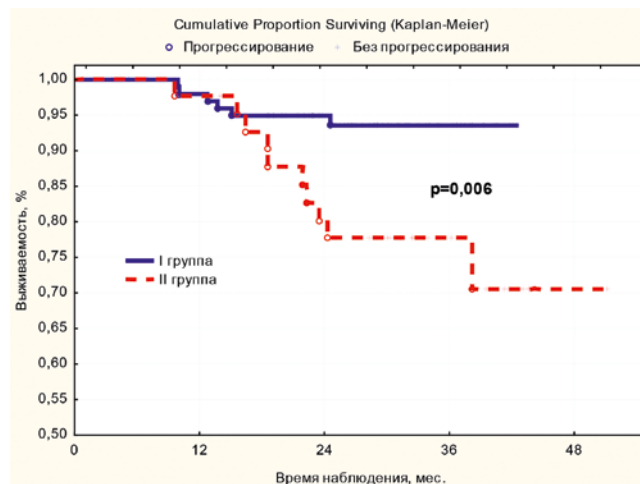


Рисунок 6. ВБП больных раком шейки матки ($p=0,006$)

в иссечении пораженных лимфатических узлов. Основной задачей разработанного нами метода хирургического лечения является тотальное иссечение тазовой клетчатки, парааортальной клетчатки с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами у всех больных с IIA – IIIB стадиями РШМ. Таким образом, данная методика позволила выполнить радикальную онкологическую операцию с точки зрения онкохирургии и расширила показания к ее проведению. Данный способ комбинированного лечения местно-распространенных форм рака шейки матки № FAP01612 зарегистрирован в государственном реестре полезных моделей Республики Узбекистан от 24.04.2021.

Закключение

Краткий анализ работ, посвященных комбинированному лечению больных РШМ (IIA – IIIB), и собственные клинические наблюдения позволяют сделать вывод о его эффективности и безопасности. Предложенная нами методика хирургического лечения позволяет радикально оперировать больных РШМ даже при местно-распространенных формах, тогда как классическая операция Вертгейма – Мейгса применяется при ранних стадиях.

Список литературы / References

1. Moshkovich O., Lebrun-Harris L., Makaroff L. et al. Challenges and Opportunities to Improve Cervical Cancer Screening Rates in US Health Centers through Patient-Centered Medical Home Transformation. *Adv. Prev. Med.* 2015; 2015: 182073. doi: 10.1155/2015/182073
2. Ferlay J., Colombet M., Soerjomataram I. et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int. J. Cancer.* 2019 Apr 15; 144(8):1941–1953. doi: 10.1002/ijc.31937
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). М., 2018. 250 с. Kaprin A.D., Starinsky V.V., Petrova G.V. Malignant neoplasms in Russia in 2017 (morbidity and mortality). М., 2018. 250 p.
4. Рейес Сантьяго Д.К., Хаджимба А.С., Соболев И.В. и др. Результаты комбинированного лечения рака шейки матки IIA–IIIB стадий. *Опухоли женской репродуктивной системы.* 2018; 14(4):50–5. Ryeyes Santiago D.K., Khadzhibba A.S., Sobolev I.V. et al. Results of combined treatment of cervical cancer uterus stages IIA–IIIB. *Tumors of the female reproductive system* 2018; 14(4):50–5.
5. Gong Lin M.D., Zhang Jia-Wen M.D., Yin Ru-Tie M.D. et al. Safety and efficacy of neoadjuvant chemotherapy followed by radical surgery versus radical surgery alone in locally advanced cervical cancer patient. *Int. J. Gynecol. Cancer* 2016; 26(4):722–8. PMID: 26905330. DOI: 10.1097/IGC.0000000000000658.
6. Park J. Y., Kim D. Y., Kim J. H. et al. Comparison of outcomes between radical hysterectomy followed by tailored adjuvant therapy versus primary chemoradiation therapy in IB2 and IIA2 cervical cancer. *J. Gynecol. Oncol.* 2012; 23(4):226–34. PMID: 23094125. DOI: 10.3802/jgo.2012.23.4.226

7. Katsumata N., Yoshikawa H., Kobayashi H. et al. Phase III randomised controlled trial of neoadjuvant chemotherapy plus radical surgery vs radical surgery alone for stages IB2, IIA2, and IIB cervical cancer: a Japan Clinical Oncology Group trial (JCOG 0102). *Br. J. Cancer.* 2013;108(4):1957–63. PMID: 23640393. DOI: 10.1038/bjc.2013.179
8. Landoni F., Sartori E., Maggino T. et al. Is there a role for postoperative treatment in patients with stage Ib2–IIb cervical cancer treated with neo-adjuvant chemotherapy and radical surgery? An Italian multicenter retrospective study. *Gynecol. Oncol.* 2014;132(3):611–7. DOI: 10.1016/j.ygyno.2013.12.010.
9. Оводенко Д. Л., Хабас Г. Н., Крейнина Ю. М. и др. Рак шейки матки стадий IB2 – IIIB: неoadъювантная химиотерапия, радикальные операции и выживаемость пациенток // Сибирский онкологический журнал. 2021;20(3):82–89. doi: 10.21294/1814-4861-2021-20-3-82-89

Ovodenko D. L., Khabas G. N., Kreinina Yu. M. et al. Cervical cancer stages IB2 – IIIB: neoadjuvant chemotherapy, radical surgery and patient survival. *Siberian journal of oncology.* 2021;20(3):82–89. doi: 10.21294/1814-4861-2021-20-3-82-89

10. Sao Paulo Medical Journal/RPM 112(2) Apr/May/Jun 1994.

11. Frutuoso C., Amaral N., Marques C. et al. [Wertheim-Meigs procedure, 10-year results]. *Acta Med Port.* 1997 Oct;10(10):631–6. Portuguese. PMID: 9477585

Статья поступила / Received 04.07
Получена после рецензирования / Revised 11.07
Принята в печать / Accepted 13.07

Сведения об авторах

Хакимова Гулноз Голибовна, к.м.н., врач-онколог отделения химиотерапии¹, ассистент кафедры онкологии, детской онкологии². E-mail: hgg_doc@mail.ru. ORCID: 0000-0002-4970-5429

Хакимов Голиб Абдуллаевич, д.м.н., профессор, директор¹, заведующий кафедрой онкологии, детской онкологии². E-mail: khakimov_g@mail.ru. ORCID: 0000-0002-9686-9346

Ташметов Мурод Насруллаевич, врач-онколог отделения онкогинекологии¹. E-mail: m.88tashmetov@gmail.com

Мусурмонов Хаёт Улугбекович, врач-онколог отделения онкогинекологии¹. E-mail: hayot.musurmonov@mail.ru. ORCID: 0000-0002-6984-4389

Хакимова Шахноз Голибовна, к.м.н., стажер отделения реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и кожи³, доцент кафедры онкологии, детской онкологии². E-mail: shahnoz_hakimova@mail.ru ORCID: 0000-0002-9491-0413

¹ Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан

² Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

³ Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва

Автор для переписки: Хакимова Гулноз Голибовна. E-mail: hgg_doc@mail.ru

About authors

Khakimova Gulnoz G., PhD Med, oncologist at Dept of Chemotherapy¹, assistant of Dept of Oncology, Pediatric Oncology². E-mail: hgg_doc@mail.ru. ORCID: 0000-0002-4970-5429

Khakimov Golib A., DM Sci (habil.), professor, director¹, head of Dept of Oncology, Pediatric Oncology². E-mail: khakimov_g@mail.ru. ORCID: 0000-0002-9686-9346

Tashmetov Murod N., oncologist at Dept of Oncogynecology¹. E-mail: m.88tashmetov@gmail.com

Musurmonov Khaet U., oncologist at Dept of Oncogynecology¹. E-mail: hayot.musurmonov@mail.ru. ORCID: 0000-0002-6984-4389

Khakimova Shakhnoz G., PhD Med, intern at Dept of Reconstructive Plastic Surgery of Breast and Skin Cancer³; associate professor of Dept of Oncology, Pediatric Oncology². ORCID: 0000-0002-9491-0413

¹ Tashkent city branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Tashkent, Uzbekistan

² Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

³ P. A. Herzen Moscow Cancer Research Institute – branch of the National Medical Research Center for Radiology, Moscow, Russia

Corresponding author: Khakimova Gulnoz G. E-mail: hgg_doc@mail.ru

Для цитирования: Хакимов Г. А., Ташметов М. Н., Хакимова Г. Г., Мусурмонов Х. У., Хакимова Ш. Г. Возможности агрессивной онкохирургии в лечении IIA – IIIB стадий рака шейки матки. Медицинский алфавит. 2022; (24): 54–59. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-24-54-59>.

For citation: Khakimov G. A., Tashmetov M. N., Khakimova, G. G., Musurmonov Kh. U., Khakimova Sh. G. Possibilities of aggressive oncosurgery in the treatment of IIA – IIIB stages of cervical cancer. *Medical alphabet.* 2022; (24): 54–59. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-24-54-59>.

Цикл научно-практических конференций

«Женщина в центре Вселенной»



13 сентября

Владивосток
(online)

20 октября

Казань / ПФО
(online)

16 ноября

Воронеж / ЦФО
(online)

9 декабря

Санкт-Петербург / СЗФО
(online)



ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
РАДИОЛГИИ, ОНКОЛОГИИ
И ПЕРИНАТОЛОГИИ
ИМЕНИ ВАСИЛИИ
В. Ж. КУЛАКОВСКИХ» МЗ РФ

