DOI: 10.33667/2078-5631-2022-31-50-54

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

Г. А. Хакимов[1,2], М. Н. Ташметов[1], 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 Минздрава РУ, г. Ташкент, Узбекистан
[2]Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан
[3]Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Введение. *Несмотря на существующий стандарт в лечении местнораспространенных 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 местнораспространенными формами РШМ.*

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

Материал и методы. *Исследованы отдаленные результаты лечения 155 пациенток с морфологически верифицированным раком шейки матки (IIA–IIIB). Больным проводили неоадъювантную 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. *С 2017 по 2020 год 155 больным раком шейки матки (IIA–IIIB) после НАХТ (n = 110) и ХЛТ (n = 45) 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-влагалищный 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 (40,0%) больных 1-й группы и у 21 больного – IV степень ЛП, составив 46,6%. Медиана наблюдения составила 28,7 (от 3,6 до 51,1) месяца. За это время в обеих группах умерло 30 (17 [15,5%] и 13 [28,9%]) больных (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: *местнораспространенный 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.*

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

G. A. Khakimov[1,2], M. N. Tashmetov[1], G. G. Khakimova[1,2], H. U. Musurmonov[1,2], Sh. G. Khakimova[2,3]

[1]Tashkent City Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Centre for Oncology and Radiology, Tashkent, Uzbekistan
[2]Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan
[3]Moscow Research Institute n.a. P. A. Herzen – a Branch of the National Medical Research Centre of Radiology, Moscow, Russia

SUMMARY

Introduction. *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 of the study. *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 (40.0%) patients of group 1 and in 21 patients – IV-degree TP, amounting to 46.6%. The median follow-up was 28.7 (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).*

Conclusions. *The proposed method of surgical treatment of IIA–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.*

KEYWORDS: *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.*

Funding. *The study was conducted without sponsorship.*

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 GLOBOCAN 2020, заболеваемость РШМ составляет 3,1 % (604 127 новых случаев) в мире, смертность – 3,4 % (341 831 случай). В России за последние 10 лет отмечается тенденция к увеличению заболеваемости раком шейки матки (111,6 на 100 тысяч человек в 2009, 126,8 – в 2019 году) (А. Д. Каприн, 2019). В России ранний РШМ встречается у 15,8 % первичных больных, местнораспространенные и метастатические формы РШМ – у 39,5 % соответственно. Стандартом лечения местнораспространенных и метастатических форм РШМ (IIB–IVA) является химиолучевая терапия, улучшающая 5-летнюю выживаемость с 60 до 66 %. При этом, согласно ряду публикаций, посвященных местнораспространенному РШМ, подтверждается актуальность хирургического лечения в составе комбинированного лечения данной патологии [4]. В исследовании Gong L. *et al.* с включением 800 пациенток РШМ, получивших неоадъювантную химиотерапию (НАХТ) с последующим хирургическим лечением (I группа) и получивших только хирургическое лечение (II группа), 5-летняя безрецидивная выживаемость (БРВ) и общая выживаемость (ОВ) составили 80,30 и 81,00 % против 81,10 и 78,50 % соответственно ($p > 0{,}0500$). Следует отметить, что во II группе количество послеоперационных осложнений было в 2 раза больше (13,62 против 7,30 %; $p = 0{,}0020$) [5]. В метаанализе шести исследований III фазы с включением 1036 пациенток отмечено увеличение БРВ при проведении неоадъювантного лечения (95 %-ный доверительный интервал [ДИ]: 0,62–0,94; $p = 0{,}0100$), что подтверждает преимущества НАХТ с последующим хирургическим лечением по сравнению с только хирургическим лечением [6, 7]. При анализе 333 больных РШМ (IIA–IIB стадий) I и II групп (НАХТ + хирургическое лечение; ХЛТ), БРВ I группы выше в сравнении со II ($p = 0{,}0001$) [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 первого этапа в мультимодальном подходе в лечении местнораспространенного 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 (IIA–IIIB).

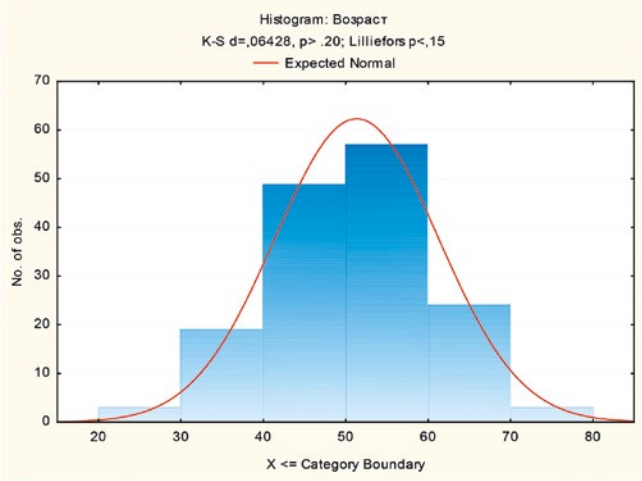

Рисунок 1. Распределение больных раком шейки матки по возрасту.

Материалы и методы

В исследование включено 155 больных РШМ (IIA–IIIB), проходивших лечение в Ташкентском городском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (ТГФ РСНПМЦОиР) с 2017 по 2020 год. В исследование вошли пациентки в возрасте от 26 лет до 73 лет (средний возраст – 51,3 ± 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 достоверным преобладанием у пациенток старшей возрастной группы – 16 (19,1 %) против 6 (8,5 %) пациенток до 50 лет ($p = 0{,}0480$). Сахарный диабет встречался у 11 (7,1 %) пациенток, ожирение – у 16 (10,3 %) без существенного различия между возрастными группами (см. *табл.*).

Стадирование рака шейки матки осуществлялось на основании классификации TNM (8-е издание, 2016). 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 две группы. В I группе ($n = 110$) больным на первом этапе проведено 2–3 курса химиотерапии с внутривенной инфузией цитостатиков (паклитаксел

Таблица

Сопутствующая патология в зависимости от возрастной группы

Сопутствующая патология	Возраст до 50 лет ($n = 71$)	Возраст старше 50 лет ($n = 84$)	p	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 I степени	2 (4,4 %)	2 (3,7 %)	–	4 (2,6 %)
Ожирение II степени	4 (8,7 %)	5 (9,2 %)	–	9 (5,8 %)
Ожирение III степени	–	3 (5,5 %)	–	3 (1,9 %)

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

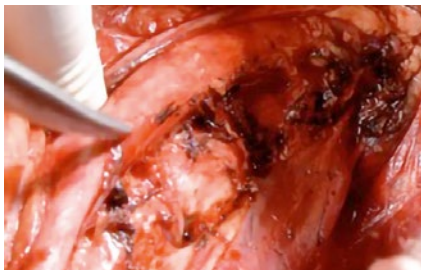

Рисунок 3. Вид после парааортальной диссекции клетчатки с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами слева.

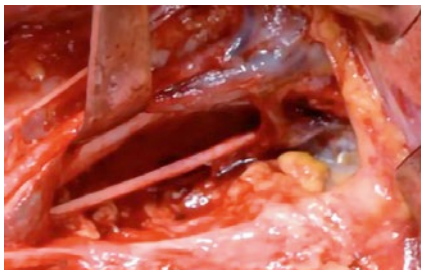

Рисунок 4. Вид после диссекции клетчатки с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами запирательной ямки слева.

в дозе 175 мг/м^2, внутривенно капельно на фоне стандартной премедикации; карбоплатин (AUC 6) внутривенно капельно каждые 21 день. При достижении эффекта больным выполняли хирургическое лечение. Во II группе (n = 45) больным проводили химиолучевую терапию (дистанционная лучевая терапия до суммарной очаговой дозы (СОД) 14–50 Гр (в среднем 45,2 ± 5,2 Гр) на точку А с радиомодификацией цисплатином раз в неделю в дозе 40 мг/м^2) с последующим хирургическим лечением. Возраст пациенток двух групп статистически не отличался (51,9 ± 10,3 и 49,9 ± 8,9 года соответственно; p = 0,2620). 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 умереннодифференцированный тип (48 [43,6%] и 22 [48,9%] соответственно). В I группе в 2 раза преобладали высокодифференциированные опухоли, составив 29 (26,4%) и 6 (13,3%) в обоих группах соответственно с тенденцией к достоверности (p = 0,0570). РШМ IIA стадии был диагностирован у 35 (22,5%) больных (20 [12,9%] и 15 [9,6%]), IIB – у 102 (65,8%) (78 [50,3%] и 24 [15,5%]), IIIA – 16 (10,3%) (12 [7,7%] и 4 [2,6%]) в обеих группах, IIIB – у 2 (1,3%) больных из II группы соответственно, то есть преобладали стадии IIB и IIIA. Оценку эффекта осуществляли по окончании 2–3 курсов ПХТ по системе RECIST 1.1. 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*). Воронкотазовая 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 обнажаются 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 запирательной ямки, латерально-крестцовой, околошеечной, паравагинальной, верхней и нижней ягодичной клетчатки с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами (*рис. 4*).

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 одновременным 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 (39,4%) больной I группы в рамках периоперационной химиотерапии (3–4 курса по прежней схеме. Общее число курсов: шесть и 29 (18,7%) больным II группы шесть курсов адъювантной химиотерапии.

Статистическая обработка результатов исследования. Полученные результаты обрабатывали стандартными пакетами Statistica 10 и SPSS 21. Непрерывные переменные представляли как среднее значение ± стандартное отклонение,

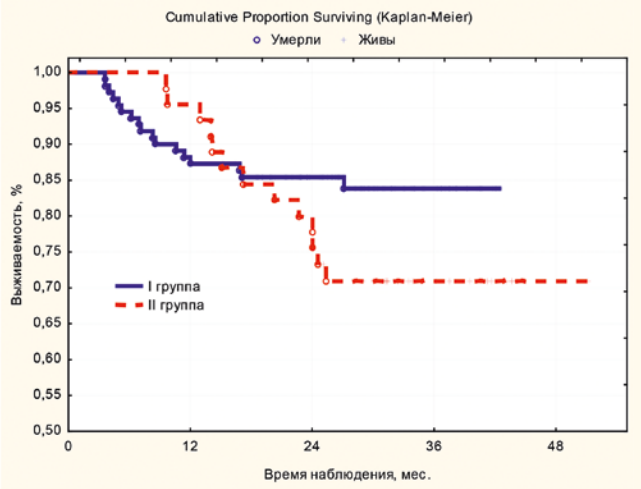

Рисунок 5. ОВ больных раком шейки матки.

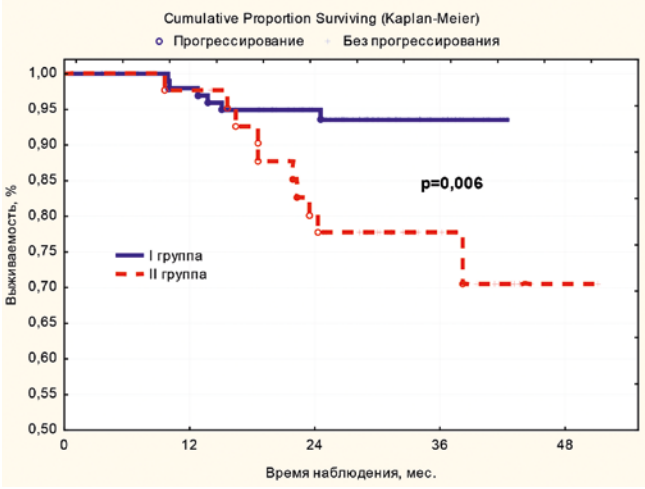

Рисунок 6. ВБП больных раком шейки матки (p = 0,0060).

качественные – в виде абсолютных значений и процентов. 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 прогрессии.

Результаты и обсуждение

Время наблюдения за пациентами составило в среднем 27,4 ± 10,1 года (от 3,6 до 51,1 месяца; медиана 28,7 месяца). Прогрессирование заболевания наступило у 16 (10,3%) больных, составив 6 (5,5%) больных в I группе и 10 (22,2) больных во II 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 (20,0%) пациенток в I и II группах соответственно. Лимфокисты встречались у 20 (18,2%) больных I группы и 10 (22,2%) больных II группы соответственно. Пузырно-влагалищный свищ зарегистрирован у 7 больных, в I группе – у 5 (4,6%); во II группе – 2 (4,4%). Лимфорея наблюдалась у 2 (1 [0,9%] и 1 [2,2%]) больных соответственно. Длительность лимфореи в среднем составила 23,1 ± 4,9 дня и продолжалась от 5 до 35 дней (в I группе – 22,8 ± 5,2, во II группе – 23,5 ± 4,2; p = 0,4320). Во II группе встречались специфические осложнения после ХЛТ, такие как цистит у 15 (33,3%) и ректит у 8 (17,8%) пациенток соответственно. Указанные осложнения купировались и не влияли на последовательность этапов лечения и сроки госпитализации. После неоадъювантного лечения при оценке степени лечебного патоморфоза в удаленном гистопрепарате наиболее чаще отмечена III и IV степень лечебного патоморфоза. У 44 (40,0%) и 17 (37,8%) больных I и II групп зарегистрирована III степень ЛП; у 36 (32,7%) и 21 (46,6%) обеих групп – IV степень ЛП соответственно. Эффективность различных вариантов лечения IIA–IIIB стадии РШМ оценена на основании показателей ОВ, ВБП. За время наблюдения умерло 30 (19,4%) больных РШМ. Причем 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 I и II групп, кишечный свищ у 1 (2,2%) больного II группы, перфорация прямой кишки, перитонит у 1 (2,2%) больного I группы, тромбоз нижних конечностей у 1 (0,9%) больного II группы, сепсис у 3 (2,7%) I группы. На *рисунках 5* и *6* приведены общая выживаемость и выживаемость без прогрессирования больных IIA–IIIB стадии РШМ.

Трехлетняя ОВ больных РШМ была хуже во II группе в сравнении с I группой, составив 83,8 ± 3,7% и 71,0 ± 6,8%, однако различия достоверно незначимы (p = 0,1310).

Трехлетняя ВБП достоверно ниже у больных IIA–IIIB стадий РШМ, получавших ХЛТ с последующим хирургическим лечением, составив 77,7 ± 6,6%, в сравнении с пациентами после НАХТ и хирургического лечения, составив 93,5 ± 2,6 (p = 0,0060). В исследовании Д. Л. Оводенко и соавт. с включением 173 пациенток с плоскоклеточным раком шейки матки стадий IB2, IIB и IIIB радикальные операции после НАХТ выполнены 160 (92,5%) пациенткам. У 55 (34,4%) больных адъювантная лучевая терапия не проводилась в связи с отсутствием факторов высокого и среднего риска при патоморфологическом исследовании. Это позволяет сохранить возможность ее применения при рецидиве заболевания. Показатель 5-летней безрецидивной выживаемости составил 79,6% [9]. Пилотное исследование в оценке осложнений больных РШМ после операции Вертгейм – Мейигса опубликовано в 1994 году. Показанием к выполнению данной операции является инвазивная карцинома шейки матки стадии IB, IIA. В исследовании P. Jesus *et al*. 168 женщинам после операции Вертгейма – Мейигса у 19 (11,3%) пациенток

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 (20,83%) пациентов и составили: атония мочевого пузыря – у 9,52%; свищи – у 5,59%; недержание мочи – у 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 C. Frutuoso *et al*. 58 (I – 94,8%; II – 5,2%) больным была выполнена операция Вертгейма – Мейигса, 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 I и II группах, IIB – 12 [7,8%] в I группе, IIIA – 27 [17,1%] во II 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 I и II группах, IIB – 12 [7,7%] и 21 [13,6%] в I группе, IIIA – 9 [5,7%] и 4 [2,6%] в I и II группах, IIIB – 2 [1,3%] во II группе) соответственно. Количество исследованных лимфатических узлов доходило от 42 до 68. При этом лимфодиссекция при операции Вертгейма – Мейигса заключается 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 стадией РШМ. Таким образом, данная методика позволила выполнить радикальную онкологическую операцию, с точки зрения онкохирургии, и расширила показания к ее проведению. Данный способ комбинированного лечения местнораспространенных форм рака шейки матки за номером FAP01612 зарегистрирован в Государственном реестре полезных моделей Республики Узбекистан от 24.04.2021.

Заключение

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 местнораспространенных формах, тогда как классическая операция Вертгейма – Мейигса 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). M., 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.*
   Reyes Santiago D.K., Khadzhimba A.S., Sobolev I.V. et al. Results of combined treatment of stage IIA–IIIB cervical cancer. 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: неоадъювантная 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. 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: 07.06.22
Получена после рецензирования: 25.08.22
Принята в печать: 01.11.22

Сведения об авторах

Хакимов Голиб Абдуллаевич, *д.м.н., проф., директор[1], зав. кафедрой онкологии, детской онкологии[2]. ORCID: 0000–0002–9686–9346*

Ташметов Мурод Насруллаевич, *врач-онколог отделения онкогинекологии[1]. E-mail: m.88tashmetov@gmail.com*

Хакимова Гулноз Голибовна, *к.м.н., врач-онколог отделения химиотерапии[1], ассистент кафедры онкологии, детской онкологии[2]. ORCID: 0000–0002–4970–5429*

Мусурмонов Хает Улугбекович, *врач-онколог отделения онкогинекологии[1]. E-mail: hayot.musurmonov@mail.ru*

Хакимова Шахноз Голибовна, *к.м.н., доцент кафедры онкологии, детской онкологии[2], стажер отделения реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и кожи[3]. E-mail: shahnoz_hakimova@mail.ru. ORCID: 0000–0002–9491–0413*

[1]*Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Минздрава РУ, г. Ташкент, Узбекистан*
[2]*Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. 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

Khakimov Golib A., *DM Sci, professor, CEO[1], head of Dept of Oncology, Pediatric Oncology[2]. ORCID: 0000–0002–9686–9346*

Tashmetov Murod N., *oncologist at Dept of Oncogynecology[1]. E-mail: m.88tashmetov@gmail.com*

Khakimova Gulnoz G., *PhD Med, oncologist at Dept of Chemotherapy[1], assistant at Dept of Oncology, Pediatric Oncology[2]. ORCID: 0000–0002–4970–5429*

Musurmonov Khaet U., *oncologist at Dept of Oncogynecology[1]. E-mail: hayot.musurmonov@mail.ru*

Khakimova Shakhnoz G., *PhD Med, associate professor at Dept of Oncology, Pediatric Oncology[2], intern at Dept of Reconstructive Plastic Surgery of the Breast and Skin[3]. E-mail: shahnoz_hakimova@mail.ru. ORCID: 0000–0002–9491–0413*

[1]*Tashkent City Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Centre for Oncology and Radiology, Tashkent, Uzbekistan*

[2]*Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan*

[3]*Moscow Research Institute n.a. P. A. Herzen – a Branch of the National Medical Research Centre of 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; (31): 50–54. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-31-50-54.

For citation: Khakimov G.A., Tashmetov M.N., Khakimova G.G., Musurmonov H.U., Khakimova Sh.G. Possibilities of aggressive oncosurgery in treatment of IIA–IIIB stages of cervical cancer. *Medical alphabet.* 2022; (31):50–54. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-31-50–54.