

МОЖЛИВОСТІ ХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З РЕЦИДИВАМИ ТА МЕТАСТАЗАМИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ



Л.І. Воробйова, С.В. Неспрядько, І.В. Гончарук, С.А. Лялькін

Адреса:
Гончарук Ірина Вікторівна
Національний інститут раку
03022, Київ, вул. Ломоносова, 33/43
Тел.: (044) 259-01-73
E-mail: goncharuk_irina@i.ua

70

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 225 пацієнок із рецидивами і метастазами раку шийки матки (РШМ). Встановлено, що більшість рецидивів (78,1%) виникає у хворих із місцево-поширеними формами РШМ (II–III стадія), 70% рецидивів локалізуються в ділянці малого таза. Майже 65% розвиваються протягом перших 2 років після лікування. Проаналізовано виживаність хворих із рецидивами та метастазами РШМ залежно від локалізації рецидивної пухлини та методів лікування. Отримано незадовільні показники виживаності пацієнок із рецидивами РШМ (половина хворих помирають до року, медіана — 11,1 міс).

Рак шийки матки (РШМ) залишається актуальною проблемою онкології, незважаючи на досягнення у діагностиці та удосконалення методів лікування хворих. У структурі онкогинекологічної захворюваності жіночого населення України РШМ займає 2-ге місце, а серед жінок працездатного віку (від 15 до 54 років), хворих на онкологічну патологію, — 1-ше рангове місце, що визначає РШМ не лише як медичну, але й соціальну проблему. За даними Національного канцер-реєстру України, у 2010 р. зареєстровано 5217 хворих на РШМ, із них 15,9% не прожили й року після діагностування захворювання, загальна кількість померлих становила 2170 осіб [16].

Клінічними дослідженнями встановлено, що 30–45% хворих на РШМ помирають протягом перших 5 років через прогресування основного захворювання, причиною смерті пацієнок у таких випадках є розвиток місцевих рецидивів і віддалених метастазів [2–4, 9, 17].

Лікування хворих на РШМ з рецидивами й метастазами становить значні труднощі та потребує застосування різних лікувальних підходів.

Роль хірургічного компонента у підвищенні ефективності лікування пацієнок із рецидивами і метастазами РШМ відносно невелика. Застосування променевої терапії (ПТ) у хворих з рецидивами і метастазами РШМ досить обмежене, а її можливості на цьому етапі вже вичерпано.

Отже, стає очевидним, що хворі з дисемінованими формами РШМ потребують проведення системного лікування, тобто хіміотерапії (ХТ). Методи медикаментозної терапії у даного контингенту пацієнтів перебувають у фазі клінічних досліджень. Крім того, ефективність більшості цитостатиків обмежена, що зумовлено різними меха-

нізмами генетичної та цитогенетичної стійкості пухлинних клітин, вираженим фіброзом після ПТ, порушенням функції сечостатевої системи тощо [1, 5–30].

Мета дослідження — вивчити особливості клініки та порівняти ефективність різних методів лікування хворих з рецидивами і метастазами РШМ.

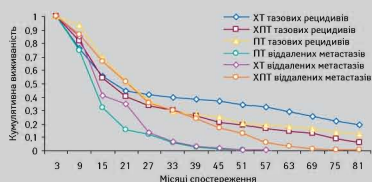
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для ретроспективного аналізу результатів лікування хворих на РШМ проаналізовано історії хвороби 225 пацієнок із рецидивами і метастазами, які проходили обстеження та лікування в Національному інституті раку (НІР) за період 1979–2009 рр. Із 225 хворих 187 (83%) отримали первинне лікування в НІР, решта 38 (17%) — в інших клініках України.

Вік хворих коливався в межах від 21 до 77 років і становив у середньому $45,9 \pm 0,8$, медіана — 45,0 року. Серед 225 осіб із РШМ з рецидивами та метастазами I стадію діагностовано у 37 (16,6%) хворих, II стадію — у 61 (27,4%) пацієнтки, III стадію — у 115 (50,7%), IV стадію — у 12 (5,3%) хворих. Тобто, найбільшу кількість становили хворі на РШМ II і III стадії — 176 (78,1%).

За морфологічною будовою переважали плоскоклітинні форми раку — 197 (87,6%) випадків, аденокарциноми ідентифіковано у 24 (10,6%), аденосквамозний рак — у 4 (1,8%) пацієнок. Серед випадків плоскоклітинної карциноми ступінь диференціювання пухлини визначено у 65 хворих (високодиференційований рак (G1) — у 4, помірnodиференційований (G2) — у 29, низькодиференційований (G3) — у 32 хворих).

Після закінчення первинного лікування рецидиви та метастази в процесі спостереження реєстрували при клінічному обстеженні за допомогою додаткових методів: морфологічного досліджен-



ня біопсійного матеріалу, цитологічного дослідження мазків із кульги піхви або шийки матки, ультрасонографічних досліджень (трансабдомінальної та трансагінальної сонографії, ультразвукового дослідження), комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії, рентгенологічних досліджень, сцинтиграфії, ендоскопічних досліджень (цистоскопії, ректороманоскопії).

ХТ застосовували у 133 (59,1%) хворих із 225 з рецидивами і метастазами РШМ. Різні методи ХТ у хворих із рецидивним РШМ подано у табл. 1. Частіше ХТ застосовували як самостійний метод лікування — у 71 (53,4%) пацієнтки, у 56 (42,1%) — у поєднанні з ПТ, у 6 (4,5%) — після хірургічного лікування. Використовували різні методи введення хіміопрепаратів: системну (внутрішньовенну) ХТ — у 80 (61%), внутрішньоартеріальну поліхіміотерапію (ПХТ) — у 38 (29%), лімфотропну ПХТ — у 13 (9,9%), внутрішньо (*per os*) — у 8 (6,1%) хворих.

Таблиця 1. Методи ХТ у лікуванні хворих з рецидивами і метастазами РШМ

Методи ХТ	Кількість хворих			
	п	%		
ХТ	Системна (в/в)	34	71	53,4
	Внутрішньоартеріальна ПХТ	33		
	Лімфотропна	4		
	Per os	8		
ХТ+ПТ	Системна (в/в)	37	56	42,1
	Внутрішньоартеріальна ПХТ	4		
	Лімфотропна	7		
	Per os	8		
Хірургічний метод+ХТ	Системна (в/в)	3	6	4,5
	Внутрішньоартеріальна ПХТ	1		
	Лімфотропна	2		
Усього		133	100,0	

Примітка: в/в – внутрішньовенна.

Схеми ПХТ, які застосовували в лікуванні хворих з рецидивами та метастазами РШМ, представлено у табл. 2.

Таблиця 2. Схеми ПХТ, які застосовували в лікуванні хворих з рецидивами та метастазами РШМ

Схема	Кількість хворих, n=131
САР	4
СР+Bleomycin	10
СМФ	14
СР+5FU	13
PVB	1
ВЕР	1
Gemcitabine+Carboplatin	2
Paclitaxel+Carboplatin	8
Саресітабіну у монорежимі	8
5FU	4
Cisplatin+5FU+MTX	3
СР+MTX	1
С+MTX+Bleomycin	1
Cisplatin+5FU+MTX+Bleomycin	3
Cisplatin+5FU+Bleomycin	3
Cisplatin+5FU+Doxorubicin	1
Paclitaxel+Cisplatin+Ifoflamide	7
Torotescan у монорежимі	1
Bleomycin у монорежимі	1
5FU+Doxorubicin	1

Статистичну обробку одержаних результатів проводили з використанням стандартного пакету програм Statistica 6.0. Значимість відмінностей між окремими групами оцінювали за критерієм Ст'юдента і вважали їх статистично достовірними при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Хворі з рецидивами та метастазами РШМ скаржилися на болі різного ступеня інтенсивності (n=133; 60%), кров'янисті виділення з піхви (n=36; 16,1%), слабкість (n=24; 10,3%), лімфостаз нижніх кінцівок (n=25; 11,2%), дизуричні симптоми (n=8; 3,6%). Рідше (n=13; 5,8%) констатували наступні скарги: збільшення лімфатичних вузлів, гіпертермія, нудота, втрата маси тіла, кашель, збільшення живота. Слід зазначити, що 42 (18,8%) пацієнтки мали обтяжливий онкологічний анамнез.

Розподіл хворих за локалізацією рецидивів показано в табл. 3.

Таблиця 3. Розподіл хворих за локалізацією рецидивів РШМ

Локалізація рецидивного процесу	Кількість пацієнток	
	п	%
1 Локальний (тазовий)	154	68,5
2 Віддалений метастаз	12	5,3
3 Змішані форми (локальний рецидив + віддалений метастаз)	59	26,2
Усього	225	100,0

Найчастіше виявляли локальні (тазові) рецидиви — у 68,5% хворих, рідше — змішані форми (локальний рецидив + віддалений метастаз) — у 26,2% пацієнток. Віддалені метастази зареєстровано лише у 5,3% хворих. Локалізація віддалених метастазів була різною: найбільш часті — у віддалені лімфатичні вузли (23,3%), легені (13,7%), кістки (15,1%), печінку (9,6%) тощо.

Тазові рецидиви проявлялися у вигляді пухлинного інфільтрату в ділянці параметральної клітковини (n=120; 54%), пухлинних розростань у піхві (n=89; 40%), ураження тазових лімфатичних вузлів, лімфостазу нижніх кінцівок (n=24; 11%). За даними комп'ютерної томографії, ультразвукового дослідження, рентгенологічних досліджень виявляли метастази в легенях, печінці, кістках, лімфатичних вузлах. Проростання пухлини в сечовий міхур (n=18) і пряму кишку часто ускладнене прямокишковими (n=4; 1,8%) і міхурово-вагінальними норицями (n=5, 2; 2%).

Рецидивний процес у хворих на РШМ виявляли у різні строки — від 6 до 60 міс і більше (табл. 4).

За узагальненими даними (див. табл. 4), більшість рецидивів РШМ (64,9%) виникали протягом перших 2 років після спеціального лікування, що узгоджується з даними інших дослідників [5, 8, 13, 61]. Разом

з тим частота рецидивів була однаковою на 1-му (31,6%) і 2-му (33,3%) роках спостереження. Протягом наступних 2 років частота рецидивів РШМ знижується в 4,4 рази і становить 14,7%. Незважаючи на суттєве зниження цього показника протягом наступного періоду з 64,9% у перші 2 роки до 4,4% на 5-му році спостереження, ризик виникнення рецидиву РШМ зберігається навіть після 5-річного періоду. Після 5 років розвивається значна кількість рецидивів — 16%.

Аналіз результатів вторинного лікування хворих на рецидивний РШМ проведено диференційовано з урахуванням методів лікування та характеристик рецидивного процесу. Пацієнток розподілено на 2 групи. У I групу включено 154 хворих із тазовими рецидивами РШМ, у II групу — 71 пацієнтку, з яких 12 мали віддалені метастази і 59 — змішані форми рецидивів, оскільки щодо них застосовано однаково тактику лікування.

Серед 225 хворих, які лікувалися з приводу рецидиву РШМ, 72 (32,3%) отримали ПТ, 69 (30,9%) — ХТ, у тому числі внутрішньоартеріальну ПХТ — 38 (17,9%) хворих, 56 (25,1%) — хіміопроменеву терапію (ХПТ), 14 (6,3%) — хірургічне лікування з наступною ПТ та/або ХТ, решта — симптоматичну терапію (табл. 5).

У групі хворих із тазовими рецидивами (I група) хірургічний компонент застосовано у 6 пацієнток (2,7%). ПТ одержали 55 (24,7%) хворих, 49 (22%) — лише ХТ, 34 (15,2%) — ХПТ, решта пацієнток (10; 4,5%) — симптоматичне лікування.

У групі пацієнток з віддаленими метастазами (II група) хірургічний компонент застосовано у 8 (3,6%), 17 (7,6%) осіб отримали ПТ, 22 (9,9%) — ХПТ, 20 (8,9%) — тільки ХТ, 2 (1,0%) — симптоматичне лікування.

За вищезазначеними даними слід зробити висновок про обмежене застосування хірургічного методу при лікуванні хворих з рецидивами РШМ. При цьому види хірургічних втручань були різними й залежали від локалізації рецидивної пухлини та розповсюдження пухлинного процесу на сусідні органи.

Обмежене застосування хірургічних втручань у хворих з рецидивами і метастазами РШМ пояснюється наступним чином: операцію в радикальному обсязі неможливо провести при параметральних інфільтратах, які розповсюджуються до стінок таза та біологічно не виправдані при множинних віддалених метастазах. Згідно з результатами лікування хірургічне втручання може бути показано хворим з центральними рецидивами РШМ після ПТ.

Аналіз виживаності 225 пацієнток з рецидивами й метастазами РШМ залежно від локалізації рецидивної пухлини узагальнено в табл. 6.

Як видно, медіана виживаності для 3 груп становила 11,1 міс, а середня

виживаність — 24,9±0,1 міс. Цей показник достовірно різнився ($p < 0,05$) у досліджуваних груп і коливався в межах від 11,7±0,7 міс у хворих з віддаленими метастазами до 29,3±0,26 міс — у хворих з тазовими рецидивами.

Застосування ПТ було найефективнішим при терапії хворих із тазовими рецидивами РШМ — медіана виживаності становила 18,4 міс.

При лікуванні пацієток зі змішаними формами та віддаленими метастазами кращу виживаність спостерігали при ХПТ, медіана в цій групі становила 14,1 міс, хоча середня виживаність була майже однаковою — 21,1±0,7 і 20,7±0,9 міс ($p > 0,05$).

Аналіз кумулятивної виживаності показав, що застосування ХТ в лікуванні тазових рецидивів РШМ більш ефективне. У хворих з віддаленими метастазами кращу виживаність відзначено при комбінації ПТ+ХТ. Кумулятивну виживаність представлено на **рисунку**.

За результатами проведеного дослідження, переважна більшість рецидивів і метастазів виникає у хворих з місцево-поширеними формами РШМ (II–III стадія).

Одержані результати свідчать, що хворі на рецидивний РШМ становлять досить гетерогенну групу з погляду розповсюдженості та локалізації рецидивів і виживаності, та вказують на необхідність індивідуалізованого підходу до лікування пацієток з рецидивами й метастазами. Клінічна гетерогенність хворих з різним ступенем дисемінації пухлинного процесу зумовлює різну виживаність. На підставі цього інтенсивна симптоматична терапія має бути індивідуалізованою для забезпечення задовільної якості життя. З іншого боку, поряд з невилікованістю дисемінованих пухлин і підвищенням виживаності за допомогою сучасної терапії слід уникати «перелікування» хворих і погіршення таким чином якості їх життя. Очевидно, лікування цих пацієнтів варто проводити не тільки з метою покращення якості життя, але й реальної можливості збільшення тривалості життя. Така терапія має бути комплексною, з урахуванням загального стану хворої та локалізації метастазів.

Лікування дисемінованих форм РШМ має паліативний характер, основним завданням якого є невилікувати пацієнта (що практично неможливо), а зменшити вираженість симпто-

мів захворювання і подовжити життя. Ми вважаємо, що цього можна досягнути шляхом раціонального поєднання протипухлинного та симптоматичного лікування хворих.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що більшість рецидивів (78,1%) виникає у пацієток з місцево-поширеними формами РШМ (II–III стадія), при цьому 50% — у хворих на РШМ III стадії. 70% рецидивів РШМ локалізуються в ділянці малого таза, 5,3% становлять віддалені метастази, 25,6% — змішані форми.

2. Виявлено, що найбільша кількість рецидивів РШМ (64,9%) виникає протягом перших 2 років після закінчення лікування. Після 5 років частота рецидивів РШМ становить 16%. Це диктує необхідність ретельного спостереження за хворими на РШМ протягом тривалого періоду.

3. У групі хворих із тазовими рецидивами кращі показники виживаності констатовано при застосуванні ПТ: медіана виживаності становила 18,4 міс, а середня виживаність — 40,8±0,9 міс. У групі пацієток з віддаленими метастазами і змішаними формами кращі показники виявлено при застосуванні ХПТ: медіана виживаності становила 14,1 міс, а середня виживаність — 20,7±0,9 міс.

4. Незадовільні показники виживаності хворих із рецидивами РШМ (половина хворих помирають до року, медіана — 11,1 міс) спонукають клініцистів до пошуку не лише нових методів лікування цього контингенту пацієнтів, але й до визначення критеріїв прогнозу можливого розвитку рецидивів захворювання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Алешикова О.И. (2007) Лучевые и молекулярно-биологические критерии оценки эффективности неoadjuвантной химиотерапии местно-распространенного рака шейки матки (IIВ–IIIВ стадий): автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.00.14. Москва, 25 с.
- Баженов А.Г., Гусейнов К.Д., Хаджимба А.В. и др. (2009) Результаты лечения рецидивов рака шейки матки. *Вопр. онкологии*, 55 (3): 319–326.
- Болтенко А.И. (2007) Лучевое и лекарственное лечение рецидивов и метастазов рака шейки матки: автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.00.19. Москва, 26 с.
- Бохман Я.В. (2002) Руководство по онкогинекологии. СПб.: Фолиант, 464 с.
- Верморкен Я. (2009) Химиотерапия рака шейки матки. Современные аспекты онкогинекологии: Европейская школа онкологии. Семинар на Красной площади (Москва, 5–7 апреля 2009 г.): учеб. материал., Москва, 83–92.
- Винницька А.Б. (2005) Рак шейки матки: оптимізація програм комбінованого лікування: автореф. дис. ...д-ра мед. наук : 14.01.07. Київ, 32 с.
- Воробьева Л.И., Винницкая А.Б., Югринов О.Г. и др. (2004) Внутривенная полихимиотерапия в лечении тазовых рецидивов рака шейки матки. *Здоровье женщины*, 2(18), ч. 2: 66–67.
- Воробьева Л.И., Федоренко З.П. (2009) Стан онкогинекологической помощи та вплив на демографічну ситуацію в Україні. *Здоровье женщины*, 7(43), ч. 2: 4–6.
- Девятченко Т.Ф., Филатова Н.С., Коротина Л.А. и др. (1995) Особенности локализации и динамики рецидивов рака шейки матки. Частные вопросы практической онкологии: сб. докл. Волгоград, 51, вып. 3: 50–53.
- Ермакова Н.А. (2002) Роль химиотерапии на различных этапах лечения рака шейки матки. *Практ. онкология*, 3 (3): 211–219.

Таблиця 4. Розподіл хворих за термінами виникнення рецидивів РШМ

Усього хворих	Термін виникнення, міс					
	6–12	13–24	25–36	37–48	49–60	>60
225	71	75	20	13	10	36
100%	31,6	33,3	8,9	5,8	4,4	16,0
	146 (64,9%)		33 (14,7%)		10 (4,4%)	36 (16,0)

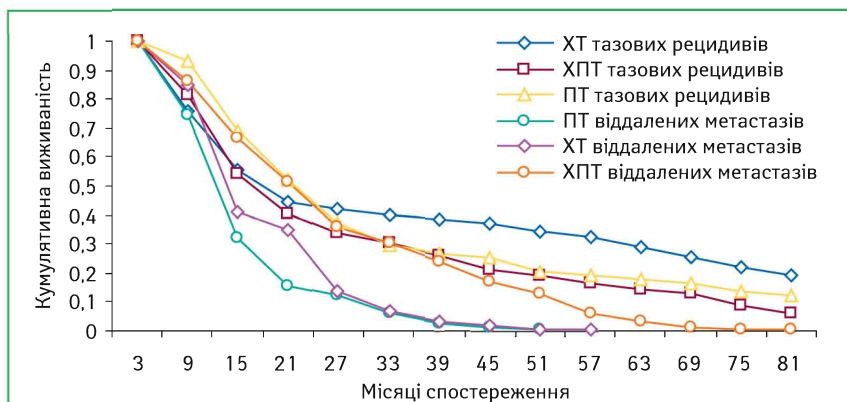
Таблиця 5. Розподіл хворих з рецидивами і метастазами РШМ за методами лікування

Групи хворих	Методи лікування і кількість хворих, п (%)					
	ХЛ	ПТ	ХТ+ПТ	ХТ	СЛ	Усього
I З тазовими рецидивами	6 (2,7)	55 (24,7)	34 (15,2)	49 (22,0)	10 (4,5)	154 (69,0)
II З віддаленими метастазами та змішаними формами	8 (3,6)	17 (7,6)	22 (9,9)	20 (8,9)	2 (1,0)	71 (31,0)
Усього	14 (6,3)	72 (32,3)	56 (25,1)	69 (30,9)	12 (5,4)	225 (100,0)

Примітка: ХЛ — хірургічне лікування; СЛ — симптоматичне лікування.

Таблиця 6. Виживаність хворих на РШМ залежно від локалізації рецидивної пухлини

Групи хворих	Кількість хворих, п	Медіана виживаності, міс	Середня виживаність, міс	p
I З тазовими рецидивами	154	13,4	29,3±0,26	$p < 0,052,3$
II З віддаленими метастазами	12	8,4	11,7±0,7	$p < 0,051$
III Зі змішаними формами	59	9,7	15,9±0,2	$p < 0,051$
Усього	225	11,1	24,9±0,1	



Рисунк. Кумулятивна виживаність хворих з рецидивами РШМ залежно від локалізації рецидивної пухлини та методу лікування

11. Кайряк О.В. Семикоз Н.Г. (2000) Исследование результатов эндолимфатической терапии иммунологического мониторинга в лечении рецидивов и метастазов рака шейки матки. Укр. радіол. журн., 8(4): 423.
12. Лекции по онкогинекологии: учеб. для студентов (2009) / Под общ. ред. акад. РАН и РАМН М.И. Давыдова, проф. В.В. Кузнецова; под. ред. В.М. Нечушкиной. Москва: МЕДпресс-информ, 432 с.
13. Моисеенко В.М., Орлова Р.В. (2004) Современные возможности лекарственного лечения больных диссеминированным РШМ. Вопр. онкологии, 50(3): 304–310.
14. Родионова О.Г. (2004) Лечение рецидивов рака шейки матки после сочетанной лучевой терапии с использованием параметрального введения смесей цитостатиков: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.14. Ростов-на-Дону, 25 с.
15. Тюляндин С.А. (2001) Интеграция паллиативной помощи в онкологическую практику. Практик. онкология, 1(5): 3–4.
16. Щепотін І.Б., Федоренко З.П., Гайсенко А.В. та ін. (2011) Рак в Україні, 2009–2010. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Націон. канцер-ресстру України, 12: 118 с.
17. Филатова Н.С. Винокуров В.Л., Ефимов Д.А. (1997) Результаты лечения рецидивов рака шейки матки. Казан. мед. журн., 3: 211–212.
18. Харитонова Т.В. (2004) Рак шейки матки: актуальность проблемы, принципы лечения. Современ. онкология, 6(2): 55–61.
19. Харитонова Т.В. (2005) Возможности лекарственной терапии рака шейки матки. Современ. онкология, 7(3): 135–141.
20. Чехун В.Ф. (2009) Метастазирование — quo vadis? Онкология, 11(2(40)): 84–85.
21. Chitapanarux J., Tonusin A. (2003) Phase II clinical study of irinotecan and cisplatin as first-line chemotherapy in metastatic or recurrent cervical cancer. Gynecol. Oncol., 89: 402–407.
22. Chen J.R., Yang Y.C., Chen T.C. et al. (2008) Salvage chemotherapy in recurrent cervical cancer with biweekly pegylated liposomal Doxorubicin (lipo-dox). Taiwan. J. Obstet. Gynecol., 47(3): 322–326.
23. Dimopoulos M.A., Papadimitriou C.A. (2002) Combination of ifosfamide, paclitaxel and cisplatin for the treatment of metastatic and recurrent carcinoma of the uteri cervix: a phase II study of the Hellenic Cooperative Oncology Group. Gynecol. Oncol., 85: 476–482.
24. Fiorica J.V., Blessing J.A., Punekey L.V. et al. (2009) A phase II evaluation of weekly topotecan as a single agent second line therapy in persistent or recurrent carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. Gynecol. Oncol., 115(2): 285–289.
25. Grigsby P.W. (2004) Prospective phase I/II study of irradiation and concurrent chemotherapy for recurrent cervical cancer after radical hysterectomy. Int. J. Gynecol. Cancer., 14: 860–864.
26. Haasbeek C.J., Uitterhoeve A.L., van der Velden J. et al. (2008) Long-term results of salvage radiotherapy for the treatment of recurrent cervical carcinoma after prior surgery. Radiother. Oncol., 89(2): 197–204.
27. Kamnerdsupaphon P., Chitapanarux I., Th-aravichitkul E. et al. (2009) The study of cisplatin and vinorelbine in metastatic uterine cervical cancer. J. Med. Assoc. Thai., 92(6): 836–840.
28. Lai C.-H. (2004) Management of recurrent cervical cancer. Chang. Gung. Med. J., 27(10): 711–717.
29. Pectasides D., Fountzilas G., Papaxoinis G. et al. (2009) Carboplatin and paclitaxel in metastatic or recurrent cervical cancer. Int. J. Gynecol. Cancer, 19(4): 777–781.
30. Rose P.G., Blessing J.A. (1999) Paclitaxel and cisplatin as first-line therapy in recurrent and advanced squamous cell carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study. J. Clin. Oncol., 17: 2676–2680.

Возможности химиотерапии у больных с рецидивами и метастазами рака шейки матки

Л.И. Воробьева, С.В. Неспрыдко, И.В. Гончарук, С.А. Лялкин
Национальный институт рака, Киев

Резюме. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 225 больных с рецидивами и метастазами рака шейки матки (РШМ). Установлено, что большинство рецидивов (78,1%) возникает у пациенток с местно-распространенными формами РШМ (II–III стадия), 70% локализуется в области малого таза. Почти 65% рецидивов развиваются в течение первых 2 лет после лечения. Проанализирована выживаемость больных с рецидивами и метастазами РШМ в зависимости от локализации рецидивной опухоли и методов лечения. Получены неудовлетворительные показатели выживаемости пациенток с рецидивами и метастазами РШМ (половина больных умирают до года, медиана — 11,1 мес).

Ключевые слова: рак шейки матки, рецидив, отдаленный метастаз, полихимиотерапия.

Chemotherapy for the treatment patients with relapses and metastasis of cervical cancer

L.I. Vorobjova, S.V. Nespryadko, I.V. Goncharuk, S.A. Lyalkin
National Cancer Institute, Kyiv

Summary. The retrospective analysis had been done at 225 patients with relapses and metastasis of cervical cancer. The greatest amount of relapses of cervical cancer (78,1%) appeared at the patients with local advanced cervical cancer (II–III stage). Almost 70% of relapses are allocated in the area of small pelvis. 65% relapses appeared during the first 2 year after the treatment. The survival of the patients with relapses and metastasis of cervical cancer was analyzed in depend the location relapses tumor and methods of treatment. Survival rates of all patients with relapses and metastasis of cervical cancer were unsatisfactory: (half of the patients had died up to the year, median — 11,1 months)

Key words: cervical cancer, local relapses, distant metastasis, polychemotherapy.