

influence of dental caries in the os borne – Mendel and the Nih black rat // Arch. Oral. Biol. – 1965. – Vol. 10. – P. 663-668.

54. Michalowicz B.H. Genetic and heritable risk factors in periodontal disease (Review) // J. of Periodontology. – 1994. – Vol. 63, №3. – P. 479-488.

55. Morean J.L., Ndiane R., Dupiot M. Une hyperplasie gingivale indopathique congenitale observe chez un enfant de 6 ans // Rev. Stomat. Clin. maxillofac. – 1985. – Vol. 86, №3. – P. 192-194.

56. Morton N.E. Detection of major genes under additive continous variation // Amer. J. Hum. Genet. – 1967. – Vol. 19. – P. 23-35.

57. Muller G. Bedenting der humangenetischen Beratung von Gesichtsplantragern und ihren Familien // Stomat. DDR. – 1982. – Bd. 32, №12. – S. 861-867.

58. Penrose L.S., Ohara P.T. The development of the epidermal ridges // J. Med. Genet. – 1973. – №3. – P. 201-208.

59. Re-interpretation of the evidence for X-linked dominant inheritance of juvenile perodontitis / T.C. Hart, M.L. Marazita, H.A. Schenkein, S.R. Diehe // J. Periodontol. – 1992. – Vol. 63, №3. – P. 169-173.

60. Rojahn H. Familienuntersuchungen bei Parodontose //

Dis.-Hidelberg, 1952. – 185 s.

61. Saxen L. Heredity of juvenile periodontitis // J. Clin. Periodont. – 1980. – Vol. 7, №4. – P. 276-288.

62. Schudel E. Beitrag zur Kenntnis der Konstitutionellen Bedingtheit der Parodontopathie auf Grund der Durchforschung einer abgelegenen Schaffhauser gemende. – Diss Ziiring, 1948.

63. Scola S.M., Watts P.G. Dentinal dusplasia tipe I // Brit. J. Orthodont. – 1987. – Vol. 14, №3. – P. 175-179.

64. Sedano H.O., Kuba R., Gorling R.J. Autosomal dominant cemental dysplasia // Oral Surg. – 1982. – Vol. 54, №6. – P. 642-646.

65. Shapira L., Schlesinger M., Bimstein E. Possible autosomal-dominant inheritance of prepubertal periodontitis in an extended kindred // J. Clinic. Periodont. – 1997. – Vol. 24, №6. – P. 388-393.

66. Sell S. Immunology, immunopathology and immunity. – New York: Hagerstown, Maryland, 1972. – 260 p.

67. T.S. Hart Genetic risk factor of early periodontitis // J. Periodontal. (Suppl.). – 1996. – Vol. 67, №3. – P. 355-366.

Надійшла 14.01.2002 року.

УДК 618.14-006.6-089

Олійник Е.В., Сенютювич Р.В., Станкевич В.В.

Лікування ранніх стадій раку шийки матки

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії (зав. каф. – проф. Р.В.Сенютювич)

Буковинської державної медичної академії

Резюме. При ранніх стадіях раку шийки матки (T_{is} – T_{1a2}) показані органозберігаючі операції. При глибині інвазії 0-1 мм – конізація, 1-3 мм (без інвазії судин) – конізація, вагінальна гістеректомія, 1-3 мм з інвазією судин або 3-5 мм – конізація або вагінальна гістеректомія, обидва втручання з тазовою лімфаденектомією.

Ключові слова: рак, шийка матки, ранні стадії, лікування.

До ранніх стадій раку шийки матки (мікрокарциноми) відносять ураження типу T_{is} – T_{1a2} .

Наводимо класифікацію цих уражень паралельно за FIGO і TNM [2, 21].

TNM	Шийка матки	FIGO
T_{is}	Карцинома in situ	0
T_1	Карцинома, обмежена маткою	I
T_{1a}	Макроскопічно карцинома не виявляється (діагноз ставлять на основі гістологічного дослідження)	1a
T_{1a1}	Глибина інвазії < 3 мм, горизонтальне поширення < 7 мм	1a ₁
T_{1a2}	Глибина інвазії 3–5 мм, горизонтальне поширення > 7 мм	1a ₂

Групу мікрокарцином шийки матки виділяють в зв'язку з особливостями їх місцевого поширення. При такій глибині інвазії і горизонтального поширення, метастазування в лімфатичні вузли відбувається дуже рідко, що дозволяє виконувати органозберігаючі операції [4, 8, 13].

За даними метааналізу, проведеного Burghardt [5], частота уражень тазових лімфатичних вузлів при різних підстадіях мікрокарциноми шийки матки складає від 0,3 до 7,8% (див. таблицю 1).

Точний діагноз мікроінвазивної мікрокарциноми

Таблиця 1. Частота уражень лімфатичних вузлів в стадії 1a [5]

Стадія	Глибина інвазії	Число випадків	Уражені лімфовузли	
			Число	%
1a	0-1 мм	292	1	0,3
1a ₁	1-3 мм	414	8	1,9
1a ₂	3-5 мм	219	17	7,8

шийки матки можливий тільки після проведення адекватної конізації шийки матки, після точного метричного визначення глибини і поширення ураження [20]. Обов'язковим є маркірування конусу на рівні 12 годин [2].

Оскільки діатермоконізація не дозволяє належним чином оцінити краї розрізу через термічні пошкодження [2], перевагу слід надати її конізації з допомогою скальпеля. Гістологічні зрізи видаленого конусу проводяться в сагітальному напрямі.

Недоліками ножової конізації є значний процент ускладнень – кровотечі, інфекції, цервікальні стенози. Повторні кровотечі можливі у 10% [11]. Рецидиви після конізації спостерігаються в 3-6% [18].

Кращі результати дає лазерна конізація. Діатермоконізацію можна проводити в двох варіантах: Leetz – large loop excision of transformation zone (висічення зони трансформації петлею). Loop – loop electric excision procedure [20] (широке висічення електричною петлею).

Сучасні рекомендації щодо вибору методу лікування раннього раку шийки матки, яких дотримується більшість Західних онкологів, наведені в таблиці 2. [20].

Таблиця 2. Вибір методу лікування раннього раку шийки матки.

Стадії за FIGO	Глибина інвазії	Лікування
1a ₁	0-1 мм	Конізація
1a ₁	1-3 мм (без інвазії судин)	Конізація, гістеректомія
1a ₁	1-3 мм (з інвазією судин)	Конізація, гістеректомія, тазова лімфаденектомія
1a ₂	3-5 мм	Гістеректомія, тазова лімфаденектомія Конізація і тазова лімфаденектомія

Таблиця 4. П'ятирічна смертність хворих з раннім раком молочної залози. Дані метааналізу [3].

Стадія	Глибина інвазії	Число випадків	Померлі
1a ₁	0-1 мм	969	0,2
1a ₁	1-3 мм	582	1,2
1a ₂	3-5 мм	166	1,7

При виборі методу операції обов'язково враховується бажання жінки зберегти репродуктивну функцію. Передумовою органозберігаючого лікування є можливість постійного нагляду за хворою і, безумовно, безпека втручання. Тому, наприклад, при стадії 1a₂ (глибина інвазії 3-5 мм) обов'язково проводиться лапароскопічна тазова лімфаденектомія для виключення ураження регіонарних лімфатичних вузлів. Цей метод широко використовується як перший етап лікування з діагностичною метою при поширених формах раку шийки матки [10, 14, 17, 19], і як етап комбінованої лапароскопічної – трансвагінальної гістеректомії [1, 6].

Гістеректомії при ранньому раку шийки матки проводяться тільки трансвагінальним способом.

Видалення яйників при цьому не показано.

Ризик рецидивів при такій описаній тактиці за даними метааналізів, невеликий (таблиця 3).

Слід вказати, що місцеві рецидиви при 1a₂ стадіях добре виликовуються радикальними операціями.

П'ятирічні результати лікування ранніх стадій раку шийки матки цілком задовільні, про що свідчать дані метааналізу, наведені в таблиці 4.

В останні роки при стадіях 1a₂ з успіхом застосо-

Таблиця 5. Результати трахелектомії при ранньому раку шийки матки.

Число хворих	Shepherd [17]	Roy [16]	Covens [7]	Dargent [9]	Schneider [12]
Плоскоклітинний рак	8 (80%)	18 (60%)	14 (59%)	39 (83%)	11 (85%)
Аденокарцинома	2 (20%)	12 (20%)	13 (41%)	3 (6%)	2 (15%)
Інша гістологія	0	0	0	5 (11%)	0
pT _{1a1}	0	1		5	2
pT _{1a2}	0	7		13	2
pT _{1b1}	10	20		20	8
pT _{2a}	0	0		1	1
pT _{2a}		2		3	
Строки спостереження (в місяцях)	1-35	25	18	52	15
Рецидиви (n)	0	1	2	2	1
Вагітність (n)	4	6	4	13	4

Таблиця 3. Рецидиви у хворих з раннім раком шийки матки [5].

Стадія	Глибина інвазії	Число випадків	Рецидиви	
			Число	%
1a ₁	0-1 мм	969	7	0,7
1a ₁	1-3 мм	582	6	1,0
1a ₂	3-5 мм	166	10	6,0

вується операція трахелектомії [15]. Covens [7] застосовує її разом з лапароскопічною лімфаденектомією.

При цій операції видаляється верхня третина піхви, широко висікаються кардинальні зв'язки, видаляється шийка матки до внутрішнього отвору матки. Кукса матки анастомозується з куксою піхви [7].

Результати цієї операції обнадійливі, про що свідчать дані таблиці 5 [15].

Важливо, що після цієї операції жінка має можливість народити дитину.

В таблиці наведені дані і про застосування операції трахелектомії при 1a₂ стадії. Звертає на себе увагу значна частота вагітностей після радикального лікування раку шийки матки.

Таким чином, в останні роки зарубіжні онкологи радикально змінили свої підходи до лікування раннього раку шийки матки.

Наведені дані свідчать про високу ефективність розроблених нових підходів до оперативного лікування раннього раку шийки матки.

Лапаротомний доступ для оперативного лікування цього захворювання практично виключений. Вибором є конізація, ендовагінальна гістеректомія та лапароскопічна тазова лімфаденектомія. Передумовою такого лікування є точне топографоанатомічне і кількісне визначення поширеності процесу.

Українські онкологи сьогодні мають всі можливості для перебудови існуючої тактики лікування раннього раку шийки матки, впровадження менш травматичних та економічних методів лікування.

Література

- Altgassen C, Possover M, Krause N, Plaul K, Michels W, Schneider A. Establishing a new technique of laparoscopic pelvic cirid paraaortic lymphadenectomy. *Obstet Gynaecol* 2000; 95: 348-352.
- Baltzer J, Meerpohl HG, Bahnsen J. *Praxis der gynecologischen Onkologie. Konzepte für das differenzierte Vorgehen in Diagnostik, Therapie und Nachsorge*. Stuttgart New York: Thieme, 2000. S. 567.
- Benedeit JL, Andersen GH. Stage la carcinoma of the cervix revisited. *Obstet Gynaecol* 1996; 97: 1052-1059.
- Burghardt E, Holzer E. Diagnosis and treatment of microinvasive carcinoma of the cervix. *Obstet Gynaecol* 1977; 49: 641-652.
- Burghardt E, Pickel H, Girardi F. *Colposcopy cervical pathology, textbook and atlas*. Stuttgart: Thieme, 1998. S. 412.
- Carenza L, Villani C. Parametrial involvement and therapeutic programming in stage Ib cervical cancer. // *Baillieres. Clin Obstet Gynaecol* 1988; 2: 889-902.
- Covens AL, Shaw P. Is radical trachelectomy a safe alternative to radical hysterectomy for early stage Ib carcinoma of the cervix? *Gynecol Oncol* 1999; 72: 443-527.
- Creasman WT, Zaino RJ, Major FJ, Disaia HJ, Hatch KD, Homesley HD. Early invasive carcinoma of the cervix (3-5 mm

invasion): Risk factors and prognosis. A gynaecology oncology group study. *Amer J Obstet Gynaecol* 1998; 178: 62-65.

9. Dargent D, Ansquer Y, Mathevet P. Technical development and results of left extraperitoneal laparoscopic paraaortic lymphadenectomy for cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2000; 77: 87-92.

10. Goff BA, Muntz HG, Paley PJ, Tamini HK, Koh WJ, Greer BE. Impact of Surgical Staging in Women with Locally Advanced Cervical Cancer. *Gynecol Oncol* 1999; 74: 436-442.

11. Griffiths C, Silverstone H, Tobias J, Benjamin I. *Gynaecologic oncology*. London Baltimore: Mosby-Wolfe, 1997. S. 368.

12. Hertel H, Possover M, Krause N, Kühne-Heid R, Schneider A. Fertilität nach radikaler Trachelektomie bei Patientinnen mit frühem Zervixkarzinom. *Geburtsh Frauenheilkd* 2001; 61: 117-129.

13. Lohe KJ, Burghardt E, Hillemanns HG, Kaufmann C, Ober KG, Zander J. Early squamous cell carcinoma of the uterin cervix. Results of a cooperative study in the management of 419 patients with early stroma invasion and microcarcinoma. *Gynaecologic Oncology* 1978; 6: 31-50.

14. Plante M, Roy M. Operative laparoscopy prior to a pelvic exenteration in patients with recurrent cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1998; 69: 94-99.

15. Possover M, Krause N, Plaul K, Kühne-Heid R, Schneider A. Laparoscopic para-aortic and pelvic lymphadenectomy: experience with 150 patients and review of the literature. *Gynecol Oncol* 1998; 71: 19-28.

16. Roy M, Plante M, Renaud MC, Tetu B. Vaginal radical hysterectomy versus abdominal radical hysterectomy in the

treatment of early-stage cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1996; 62: 336-339.

17. Shepherd JH, Crawford RAF, Oram DH. Radical trachelectomy: a way to preserve fertility in the treatment of early cervical cancer. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 912-916.

18. Shingleton AN, Orr JW. *Cancer of the cervix*. Philadelphia: Lippincott, 1995. S. 488.

19. Vidaurreta J. Laparoscopic staging in locally advanced cervical carcinoma: A new possible philosophy? *Gynecol Oncol* 1997; 71: 366-371.

20. Winter R, Pickel H, Kapp K. *Präneoplasien und Neoplasien der Cervix uteri. Spezielle gynäkologische Onkologie*. München Jena: Urban und Fischer, 2001. S. 258.

21. Wittekind Ch, Wagner G. *TNM-Klassifikation maligner Tumoren*. Berlin Heidelberg New York: Springer, 1997. S. 86.

Oliynyk E.V., Senyutovych R.V., Stankewych W.W.

Treatment of the Early Stages of the Cervical Cancer

Summary. The organ-preserving operations are indicated in patients with the early stages of the cervical cancer (T_{is} – T_{1a1}). If the depth of the invasion is 0-1 mm – conisation is indicated, 1-3 mm (without invasion of vessels) – conisation, transvaginal hysterectomy, 1-3 mm (with the invasion of vessels) or 3-5 mm – conisation or transvaginal hysterectomy with pelvic lymphadenectomy or trachelectomy.

Key words: cancer, cervix uteri, early stages, treatment.

Надійшла 18.02.2002 року.