

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, Kьhne-Heid R, Schneider A. Fertilitьt nach radikaler Trachelektomie bei Patientinnen mit frьhem 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, Kьhne-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. Rьdneoplasien und Neoplasien der Cervix uteri. Spezielle gynьkologische Onkologie. Mьnchen 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.

УДК 618.14-006.6-089

Сенютович Р.В., Станкевич В.В., Олійник Е.В.

Оперативне лікування поширених стадій раку шийки матки

Кафедра онкології, променевої діагностики і променевої терапії (зав. каф. – проф. Р.В. Сенютович) Буковинської державної медичної академії

Резюме. Оперативне лікування поширених стадій раку шийки матки (Ib-IIa-IIb) слід починати із лапароскопічної тазової, а при виявленні метастазів – парааортальної лімфаденектомії. При наявності метастазів в тазових лімфовузлах показана неад'ювантна променева терапія з наступною операцією. При ураженні парааортальних вузлів оптимальний метод лікування не визначений.

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

Дані гістопатологічних досліджень показують значну частоту уражень параметральної клітковини та регіонарних лімфатичних вузлів при поширеному раку шийки матки. Клінічні стадії раку прямо відповідають ураженню параметральних структур. В стадії Ib у 16,1% жінок в параметрії знаходять злоякісні клітини, в 2,1% знаходять безперервний і 1,3% – етапний ріст пухлини в параметрії. Ураження лімфатичних судин спостерігається в 3,4%, вузлів – 14,1%. При стадії IIa параметрії уражений в 25%. В стадії IIb метастази в лімфатичні вузли параметрію знаходять в 22,7%, а пряме пророс-

тання пухлини (при наявності клінічних інфільтратів) – тільки в 31,9% (2). Однак клінічне перевищення стадій при оцінці стадії IIb (ураження параметрію) спостерігається в 2/3 випадках. Ще донедавна цим хворим відмовляли в оперативному лікуванні (2).

Велике значення має величина пухлини і т.зв. співвідношення тумор-шийка. Параметральне проростання пухлини спостерігається при співвідношенні тумор-шийка 0-20% у 4,8%, при 20-40% – 10,1%

Таблиця 1. Ураження лімфатичних вузлів при поширеному раку шийки матки.

Тазові лімфовузли		
Стадії	% ураження	Автори
Ib	19 (9,2-30,7)	[6, 12, 27, 39]
IIa	28 (6,7-50)	[6, 12, 22, 27, 40]
IIb	32 (16,0-57,0)	[6, 12, 22, 27, 40, 41]
III	51 (40,9-80,2)	[4, 6, 9]
Парааортальні вузли		
I	5,3	[6, 12, 16, 39]
II	17,4	
III	31,0	

Таблиця 2. Результати виявлення сторожових вузлів при раку шийки матки ІІВ за Heilman et al (2001) (10)

Автор	Рік	% виявлення сторожових вузлів	Чутливість негативного маркера (%)	Метод детекції вузлів
O'Boyle et al [23]	2000	20	60	Lymphazurin 4 мл
Dargent et al [5]	2000	26	77	Patentblau 2 мл
Dargent et al [6]	2000	35	89	Patentblau 2 мл
Levenback [21]	2001	30	100	Тс і синька
Edward et al [8]	2001	13	100	Тс

і при 40-60% – 24,2% (2). Ці дані привели ряд онкологів до думки, про можливі зменшення об'єму видаленого параметрію (до 50%) при стадіях Іb₁ (пухлина < 4 см, за FIGO). Однак за даними Giardi [14] при стадіях Іb₁ в 44,4% знаходять метастази у лімфовузлах біля шийки, в 30,1% – біля стінок тазу і в 17,5% на бокових стінках тазу.

Частота ураження тазових і парааортальних лімфатичних вузлів при різних стадіях раку молочної залози представлені в таблиці 1 [6].

Оперативне лікування раку шийки матки в даний час в більшості зарубіжних клінік стандартизоване [2, 10, 25].

Оперативні втручання при раку шийки матки класифікують за Piver на 3 групи (25).

Клас І за Piver. Тотальна екстрафасціальна абдомінальна гістеректомія. Видалення шийки, мінімальної частки параметрію і дуже малої частки піхви. Сечовід не мобілізується. При стадіях Іb і вище не застосовується.

Клас ІІ за Piver. Манжета піхви, що резектується, складає 1-2 см, частково мобілізується сечовий

Таблиця 3. П'ятирічне виживання після оперативного лікування раку шийки матки стадії Іb-ІІb [2].

5-річне виживання	%	Автори
Стадії		
Іb	87 (70,1-93,5)	[1, 2, 11, 12, 16, 17]
Іа	71 (37,7-94,6)	[2, 17, 20]
ІІb	69 (59-78,3)	[11, 12, 13, 17, 20]
FIGO стадії		
Іb	56 (28-73)	[2, 11]
ІІb	17,4	[2, 13, 17]

міхур і пряма кишка. Сечовід відтягується назовні, не виділяється з тунелю. Пубовезикальні зв'язки не пересікаються. Видаляється біля 50% параметральної клітковини.

Клас ІІІ за Piver. А. uterina перев'язується біля місця її відходження від а. іліаса interna. Сечовід повністю мобілізується з параметральної клітковини і lig. pubovesicale аж до його місця входження в сечовий міхур. Lig. sacrouterinum пересікається в ділянці крижової кістки. Клітковина висікається на рівні стінок тазу. При цьому виконується білатеральна тазова лімфаденектомія. Виділяються вузли в ділянці а. іліаса communis, obturatorні вузли і пресакральні вузли. За рекомендаціями FIGO лімфаденектомія вважається адекватною, коли видалено не менше 20 лімфовузлів [2].

На основі накопиченого досвіду в останні роки розроблена схема оперативного лікування раку шийки матки, яка стала загальноприйнятою в економічно розвинутих країнах (10). Оперативне лікування починається з лапароскопічної тазової лімфаденектомії. При відсутності метастазів в тазові лімфовузли виконується радикальна гістеректомія (найчастіше комбінованим – лапароскопічним-трансвагінальним шляхами) [3, 9, 22, 26, 27]. При наявності метастазів в тазові лімфатичні вузли виконується парааортальна лімфаденектомія. При відсутності метастазування в ці вузли хвора одержує доопераційну променеву терапію (ДГТ, 45 Гр), після чого їй виконується радикальна операція.

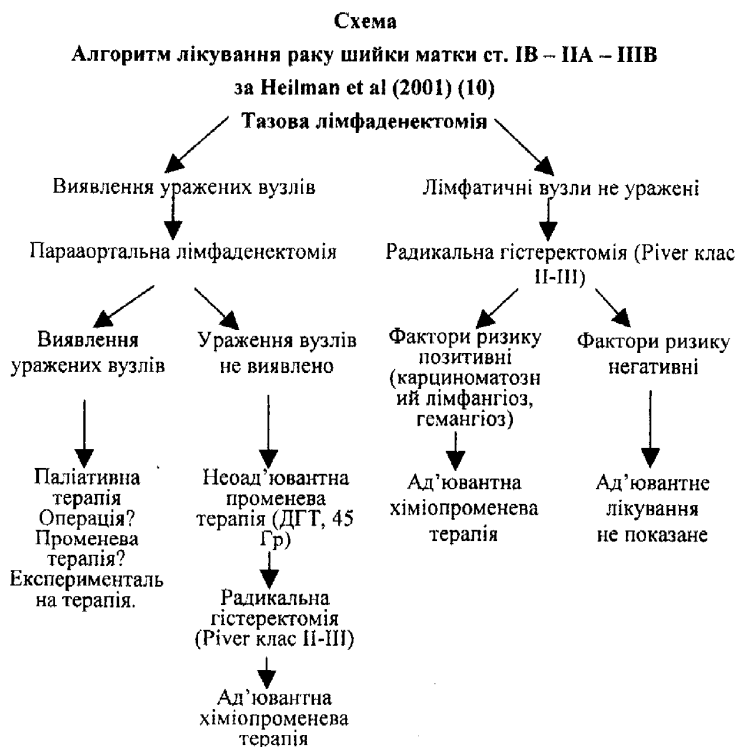
В післяопераційному періоді хвора продовжує променеву терапію до 60-70 Гр. Перевагою цієї схеми є чітке визначення груп хворих, які повинні одержати доопераційну променеву терапію.

Наводимо схему сучасного лікування поширеного раку шийки матки (Іb-Іа-ІІb) за Heilman et al (2001) (10).

В останні роки при проведенні лапароскопічної лімфаденектомії реалізується концепція сторожової лімфаденектомії, суть якої полягає у негайному гістологічному дослідженні першого етапу дренажних вузлів. При відсутності метастазів в сторожовому вузлі лімфаденектомія не повинна проводитися. Як показали, однак, дослідження, проведені в 2000 році, метод сторожової лімфаденектомії не є надійним (див таблицю 2).

5-річне виживання після оперативного лікування раку шийки матки в стадіях Іb-ІІb представлено в таблиці 3 [2].

В рамках даного повідомлення ми не



Таблиця 4. 5-річне виживання після променевого лікування раку шийки матки.

Стадії за FIGO	Розширені радикальні операції Стадії, підтверджені	Первинна променева терапія	Автори
Ib	83,4 – 86,7	84 (72-92)	[15, 18, 19]
Ib ₂		64 (60-78)	[4, 25]
IIa	74,0 – 85,4	74 (70-89)	[15, 18]
IIb	75,3 – 62,7	62 (56-69)	[24]
III		34 (25-64)	
IVa		27 (19-34)	[18]

обговорюємо ролі первинної променевої терапії і показань до її проведення. Відмітимо лише, що за даними багатьох авторів, результати оперативного лікування і променевої терапії майже аналогічні (див. таблицю 4).

Наведені матеріали свідчать про суттєві і принципові різниці в лікуванні раку шийки матки в Україні та в економічно розвинутих країнах Заходу. Принципова відмінність полягає у використанні лапароскопічної лімфаденектомії і лапароскопічно асистованих вагінальних гістеректоміях.

Щодо характеру і строків неoad'ювантної та ад'ювантної хіміопроменевої терапії – це питання залишається спірним і вимагає проведення додаткових кооперованих рандомізованих досліджень.

Література

1. Benedet JL, Turko M, Boyes DA, Nickerson KG, Bienkowska BT. Radical hysterectomy in the treatment of cervical cancer. // *Am J Obstet Gynecol.* 1980.- 137.- P.254-262.
2. Burghardt E. *Surgical Gynecologic Oncology: Stuttgart.- New-York.- 1991.- S. 450.*
3. Childers JM, Hatch K, Surwit EA. The role of laparoscopic lymphadenectomy in the management of cervical carcinoma. // *Gynecol Oncol.* 1992.- 47.- P.38-43.
4. Coleman DL, Gallup DG, Wolcott HD, Otken LB, Stock RJ. Patterns of failure of bulky-barrel carcinomas of the cervix. // *Am J Obstet Gynecol.* 1992.- 166.- P.916-920.
5. Dargent D, Martin X, Mathevet P. Laparoscopic assessment of the sentinel lymph node in early stage cervical cancer. // *Gynecol Oncol.* 2000.- 79.- P.411-415.
6. Dargent D, Martin X, Roy M, Mathevet P. Identification of sentinel node with laparoscopy in cervical cancer. // *31 Meet Soc Gynecol Oncol.* 2000.- 41.- P.241-242.
7. Di Re F, Fonanelli R, Raspagliesi F, Di Re E. Surgery in the treatment of Stage Ib-II cervical cancer. // *Cervix.* 1990.- 8.- P.89-98.
8. Edwards RP, Comerci JT, Kanbourshakir A, Sumkin J, Makhija S, Colonello K, Cost M, Rohan L. Identification of the sentinel node in cervix cancer. // *SGO.* 2001.- 119.- P.90-91.
9. Fowler JM, Carter JR, Carlson JW, Maslonkowski R, Byers LJ, Carson LF, Twiggs LB. Lymph node yield from laparoscopic lymphadenectomy in cervical cancer: a comparative study. // *Gynecol Oncol.* 1993.- 51.- P.187-192.
10. Friedberg V, Beck TH. Ergebnisse operativer Therapie des Zervixkarzinoms im Stadium II b. // *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1989.- 49.- P.782-786.
11. Friedberg V. Operative therapy for stage II b cervical cancer. // *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* 1988.- 2.- P.973-980.
12. Giardi F, Lichtenegger W, Tamussino K, Haas J. The importance of parametrial lymph nodes in the treatment of cervical cancer. // *Gynecol Oncol.* 1989.- 34.- P.206-211.
13. Helman V., Kreiberg R. Therapie der fortgeschrittenen stadien des invasiven Zervix karcinoms // *Oncologie.* 2001.- 7.- 864-874.
14. Hepp H, Scheidel P, Monaghan JM.

Lymphonodektomie in der gynkologischen Onkologie. Mnchen: Urban und Schwarzenberg.- 1988.- P.49-56.

15. Horiot JC, Pigneux J, Pourguier H. Radiotherapy alone in carcinoma of the intact uterine cervix according to GH Fletcher Guidelines: A French Cooperative study of 1383 cases. // *Int J Radioat Oncol Biol Phys.* 1989.- 14.- P.605-611.
16. Hoyer M, Ljungstroem B, Nylandlv I, Jakobson A. Radical hysterectomy in cervical carcinoma stage Ib. // *Eur J Gynaecol Oncol.* 1990.- 11.- P.13-17.
17. Inoue T, Okumura M. Prognostic significance of parametrial extension in patients with cervical carcinoma Stages I b, II a and II b: a study of 628 cases treated by radical hysterectomy and lymphadenectomy with or without postoperative irradiation. // *Cancer.* 1984.- 54.- P.1714-1719.
18. Kataoka M, Kuwamura M, Nishiyama Y, Hamada K, Hamamoto K, Matsu-Ura. Results of the combination of external-beam and high-dose rate intracavitary irradiation for patients with cervical carcinoma. // *Gynecol Oncol.* 1992.- 44.- P.48-52.
19. Lanciano RM, Won M, Coja RJ. Pre-treatment and treatment factors associates with improves outcome of the uterine cervix: a final report of 1973 and 1978 Patterns of Care Studies. // *Int J Radioat Oncol Biol Phys.* 1990.- 14.- P.126-129.
20. Lee YN, Wang KL, Lin MH et al. Radical hysterectomy with pelvic lymph node dissection for treatment of cervical cancer: a clinical review of 854 cases. // *Gynecol Oncol.* 1989.- 32.- P.135-142.
21. Levenback C, Coleman R, Burke TW, Delpassd ES, Wie-Chien ML, Erdman WA, Johnston T. Lymphatic mapping and sentinel node identification in patients undergoing radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy. // *SGO.* 2001.- 27.- P.58-59.
22. Nezhad CR, Burrell MO, Nezhad FR, Benigno BB, Welander CE. Laparoscopic radical hysterectomy with paraaortic and pelvic nodal dissection. // *Am J Obstet Gynecol.* 1992.- 166.- P.864-865.
23. O'Boyle JD, Coleman RL, Bernstein SG, Lifshitz S, Muller CY, Miller DS. Intraoperative lymphatic mapping in cervix cancer patients undergoing radical hysterectomy: A pilot study. // *Gynecol Oncol.* 2000.- 79.- P.238-243.
24. Perez CA, Camel HM, Walz BJ. Radiation therapy alone in the treatment of carcinoma of the uterine cervix. A 20 year experience. // *Gynecol Oncol.* 1986.- 23.- P.127-140.
25. Piver MS, Rutledge FN, Smith JP. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. // *Obstet Gynecol.* 1974.- 44.- P.265-270.
26. Querleu D. Laparoscopically assisted radical vaginal hysterectomy. // *Gynecol Oncol.* 1993.- 51.- P.248-254.
27. Reich H, McGlynn F, Wilkie W. Laparoscopic management of stage I ovarian cancer. // *J Reprod Med.* 1990.- 35.- P.601-605.
28. Sevin BU, Avrette HE. Staging laparotomy and radical hysterectomy for cancer of the cervix. // *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* 1988.- 2.- P.761-768.
29. Tulusan AH, Egger H, Lang N, Ober KG. Surgery for cervical cancer. // *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* 1988.- 2.- P.981-985.

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

The Treatment of Advanced Stages of the Cervical Carcinoma

Summary. The operative treatment of the cervical carcinoma stages Ib-IIa-IIb begins with diagnostic laparoscopic pelvic lymphadenectomy. Paraaortic lymphadenectomy is performed in patients with pelvic metastases. If pelvic lymph nodes are positive – neoadjuvant radiation therapy is indicated with next radical operation. If the paraaortic lymph nodes are positive, the optimal treatment is not established.

Key words: cancer, cervix, advanced stages, operative treatment.

Надійшла 18.-2.2002 року.