

рионэпителиома. Кроме того, наши наблюдения показывают, что гистологическая картина при пузырьном заносе может симулировать картину хорионэпителиомы.

Только всестороннее обследование больных с применением всех известных диагностических методов позволит врачам избежать диагностических ошибок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдова М. А. Казанский мед. журн., 1960, 2.— 2. Николаев И. Н. Казанский мед. журн., 1959, 4.— 3. Петрова Е. Н. Гистологическая диагностика заболеваний матки. М., 1959.

Поступила 16 февраля 1960 г.

РЕЦИДИВЫ И МЕТАСТАЗЫ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПЕРВОЙ СТАДИИ

Р. А. Родкина

Акушерско-гинекологическая клиника (зав.— проф. И. Т. Мильченко) Куйбышевского медицинского института и областной онкологический диспансер (главврач — Н. Н. Родионова)

Предупреждение рецидивов и метастазов рака шейки матки I стадии как после операции, так и после лучевой терапии является весьма серьезной проблемой, чему посвящена довольно обширная литература (А. И. Серебров, А. П. Зими́на, Е. П. Иваницкая, М. В. Монасыпова и др.).

В нашем предыдущем сообщении (1959) освещен вопрос о частоте рецидивов и метастазов у 698 больных раком шейки матки I стадии, лечившихся с 1948 по 1954 гг. комбинированным (оперативно-лучевым) и сочетанно-лучевым (глубокая рентгенотерапия + кюритерапия) методами. Изложены подробная методика и варианты лечения. Отдаленные результаты прослежены до 1 января 1957 г.

В данной статье детальному анализу подвергнута группа больных с рецидивами и метастазами после лечения. Из 262 подвергшихся комбинированному методу лечения рецидивы и метастазы возникли у 51 женщины (19,5%), а из 436 лечившихся сочетанно-лучевым методом — у 54 (12,4%).

Рецидивы в большинстве случаев возникали в течение первых двух лет после лечения. В последующие 3—5 лет в группе подвергшихся лечению по комбинированному методу процент больных с рецидивами и метастазами колебался от 7,9 до 13,7, а среди лечившихся сочетанным методом — от 1,9 до 9,3.

Из приведенного видно, что через 2 года после окончания курса сочетанно-лучевой терапии вероятность возникновения рецидивов и метастазов меньшая, чем при комбинированном методе лечения.

Мы изучили частоту рецидивов по локализации, разделив их на 6 групп. К первой отнесены местные рецидивы шейки и культы влагалища, ко второй — метастатические параметральные рецидивы, к третьей — метастатические лимфатические рецидивы, к четвертой — метастазы с распространением процесса в сторону влагалища, мочевого пузыря, прямой кишки и других органов, к пятой — множественные рецидивы, когда имелаась комбинация нескольких из вышеуказанных локализаций, к шестой — случаи с неуточненной локализацией.

Среди больных, лечившихся комбинированным методом, как и в группе леченных сочетанно-лучевым методом, наибольшее количество

рецидивов локализовалось в параметральной клетчатке и лимфатических узлах. В группе леченных по комбинированному методу они составили 66,5%, а по сочетанно-лучевому — 57,5%.

Местные рецидивы после комбинированного лечения составили 5,9%, после сочетанно-лучевой терапии их не было.

Мы выявили, что частота возникновения рецидивов и метастазов значительно зависит от формы роста опухоли.

Наибольшее количество рецидивов при обоих методах лечения встречается при эндофитной форме и раке цервикального канала: после комбинированного лечения — в 32,8%, после сочетанно-лучевого — в 14,1%. Эти данные подтверждают, что наиболее благоприятные результаты лечения обоими методами достигаются при эрозионных и экзофитных опухолях, наименее благоприятные — при инфильтрирующих эндофитных формах.

Среди подвергнутых комбинированному лечению наибольшее количество рецидивов наблюдается при плоскоклеточном неороговевающем раке в 26,5%, при плоскоклеточном ороговевающем раке — в 16,5%.

В группе лечившихся сочетанно-лучевым методом мы не смогли установить какой-либо определенной связи между возникновением рецидива и гистологической структурой опухоли. При различной гистологической структуре опухоли рецидивы в среднем имелись в 12,4%.

Сопоставление данных о частоте рецидивов и метастазов в зависимости от гистологического строения опухоли среди лечившихся комбинированным и сочетанно-лучевым методами позволило установить, что показатель частоты рецидивов в группе лечившихся комбинированным методом в 1,5 раза выше, чем среди лечившихся сочетанно-лучевым методом. Так же и гистологически различным формам опухолей свойственна различная частота рецидивов. При комбинированном методе процент рецидивов у больных плоскоклеточным ороговевающим раком только на 2,7 выше, чем при сочетанно-лучевом методе. У больных плоскоклеточным неороговевающим раком он выше вдвое, у больных недифференцированным раком, наоборот, в 2 раза ниже, чем при сочетанно-лучевом методе. Поэтому при выборе метода лечения необходимо учитывать частоту рецидивов при различных гистологических структурах опухоли, присущую тому или иному методу лечения.

Что касается частоты рецидивов у больных разных возрастных групп, то, как показали наши наблюдения, среди женщин в возрасте до 44 лет, лечившихся комбинированным методом, рецидивов было 18%, а старше 44 лет — 21,4%. Среди больных в возрасте до 44 лет, лечившихся сочетанно-лучевым методом, рецидивы отмечены у 11,3% больных, старше 45 лет — у 13,3%.

Частота рецидивов зависела и от последовательности лучевой терапии.

Из 223 подвергнутых после операции глубокой рентгенотерапии и радиотерапии рецидивы отмечены у 42 (18,7%), в то же время среди 37 получивших лучевую терапию до операции рецидивы отмечены у 9 (24,3%). Таким образом, предоперационное облучение не дало более благоприятных результатов, если судить о них по количеству возникших рецидивов.

Большой зависимости между частотой рецидивов и величиной дозы глубокой рентгенотерапии при сочетанно-лучевом методе не имеется. Так, среди 143 получивших при глубокой рентгенотерапии от 10 001 до 12 000 r рецидивы и метастазы отмечены у 20 (14%), а среди 138 получивших от 8 001 до 10 000 r — у 16 (11,6%).

Касаясь вопроса о зависимости возникновения рецидивов и метастазов от дозировки кюритепии при сочетанно-лучевом методе, мы отмечаем, что после небольших доз (до 5 000 мг/часов) было почти в 3 раза больше рецидивов (35%), чем после доз свыше 5 000 мг/часов

(11,3%). Таким образом, при кюритепии дозы меньше 5000 мг/часов явно недостаточны для предупреждения метастазов и рецидивов рака шейки матки.

При изучении случаев возникновения рецидивов в группе лечившихся оперативно-лучевым методом в части из них имели место отсутствие должной абластики во время операции, несвоевременное начало послеоперационного облучения, а также недостаточность доз рентгенотерапии.

Среди лечившихся сочетанно-лучевым методом мы смогли отметить, что неблагоприятным моментом, препятствующим плановому проведению лучевого лечения, являлись осложнения (параметриты), возникшие в процессе лечения, из-за чего облучения проводились с большими перерывами.

Таким образом, возникновение рецидивов может быть связано и с недостаточной дозой сочетанно-лучевого лечения и перерывами между курсами рентгено-радиевой терапии (до 1,5—2 месяцев), связанными с осложнениями.

Лечение рецидивов рака шейки матки представляет большие трудности. Из 51 женщины с рецидивами после оперативно-лучевого лечения 29 подвергнуты рентгеновскому облучению и кюритепии. Местные рецидивы лечились преимущественно радиом, метастатические (в тазовых лимфатических узлах и параметральной клетчатке) — глюкозой рентгенотерапией.

Из 54 женщин с рецидивами после сочетанно-лучевой терапии повторную глубокую рентгенотерапию получили 16 больных. Доза колебалась от 3000 до 6000 r.

Дальнейшее наблюдение за больными обеих этих групп показало, что среди больных с рецидивами после оперативно-лучевого лечения умерло 36 женщин (14,1%), после же сочетанно-лучевого лечения умерло 45 женщин (10,3%).

После оперативно-лучевого лечения умерли на 1 году 18 больных, на 2 — 11, на 3 и 4 году — 7, тогда как после сочетанно-лучевого лечения через 1 год умерли 19, через 2 года — 23, более 2 лет прожили только 3 женщины.

На основании приведенных наблюдений следует прийти к выводу, что ни один из двух примененных методов лечения рецидивов не имеет больших преимуществ.

Наибольшее значение имеет предупреждение рецидивов при лечении больных раком шейки матки I стадии, которое должно основываться на максимальном использовании всего современного комплекса терапии раковой болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зимина А. П. В кн.: Вопр. эксп. и клин. онкол., М., 1953.—
2. Иваницкая Е. П. Тез. докл. 10 Всесоюзн. съезда акуш. и гинек., М., 1957.—
3. Монасыпова М. В. Тез. докл. 7 Всесоюзн. съезда рентгенол. и радиол., Саратов, 1958.—
4. Родкина Р. А. Казанский мед. журн. 1959, 6.—
5. Серебров А. И. Рак матки, Л., 1957.

Поступила 28 ноября 1959 г.