

**CLINICAL EVALUATION OF THE THERAPEUTIC EFFECT OF  
COMBINED RADIATION THERAPY OF CANCER RECESSES**

**Tillyashaykhov M.N.<sup>1</sup>, Mansurova G.B.<sup>2</sup> (Republic of Uzbekistan)**

**Email: Tillyashaykhov516@scientifictext.ru**

<sup>1</sup>*Tillyashaykhov Mirzagaleb Negmatovich - Doctor of Medicine (MD), Professor,  
Director;*

<sup>2</sup>*Mansurova Guli Bakhodyrovna - Head of Department,  
RADIOTHERAPY DEPARTMENT,  
REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL MEDICAL  
CENTER OF ONCOLOGY AND RADIOLOGY,  
TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

**Abstract:** *the main method of treating locally common processes of cervical cancer is still a combination of radiation therapy, which is in the process of continuous improvement. All directions of development are due to dissatisfaction with its long-term results. The current arsenal of tools and options for radiation treatment methods does not guarantee women from the development of relapses and metastases of this disease. The problems of long-term survival of patients and the processes of recurrence of malignant neoplasms are closely related.*

**Keywords:** *cancer, cervix, uterus, relapse, radiation therapy.*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА  
СОЧЕТАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВОВ РАКА  
Тилляшайхов М.Н.<sup>1</sup>, Мансурова Г.Б.<sup>2</sup> (Республика Узбекистан)**

<sup>1</sup>*Тилляшайхов Мирзагалеб Негматович - доктор медицинских наук,  
профессор, директор;*

<sup>2</sup>*Мансурова Гули Баходыровна - заведующая отделением,  
отделение радиотерапии,  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр онкологии и радиологии,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Аннотация:** *основным способом лечения местно-распространенных процессов рака шейки матки по-прежнему является сочетанная лучевая терапия, находящаяся в процессе постоянного совершенствования. Все направления развития обусловлены неудовлетворенностью ее отдаленными результатами. Имеющийся на сегодняшний день арсенал средств и вариантов методик лучевого лечения не гарантирует женщин от развития рецидивов и метастазов этого заболевания. Проблемы отдаленной выживаемости больных и процессов рецидивирования злокачественных новообразований тесно взаимосвязаны.*

**Ключевые слова:** *рак, шейка, матка, рецидив, лучевая терапия.*

Основным способом лечения местно-распространенных процессов рака шейки матки по-прежнему является сочетанная лучевая терапия, находящаяся в процессе постоянного совершенствования [1, 3]. Все направления развития обусловлены неудовлетворенностью ее отдаленными результатами. Имеющийся на сегодняшний день арсенал средств и вариантов методик лучевого лечения не гарантируют женщин от развития рецидивов и метастазов этого заболевания. Проблемы отдаленной выживаемости больных и процессов рецидивирования злокачественных новообразований тесно взаимосвязаны [2, 4, 5].

В связи с этим повышение эффективности лучевой терапии представляет важную задачу, и прежде всего, связано с изучением факторов прогноза рецидивирования рака шейки матки после сочетанной лучевой терапии.

**Цель.** Дать клиническую оценку терапевтического эффекта применения сочетанной лучевой терапии в лечении рецидивов рака шейки матки.

**Материалы и методы.** Исследование основано на обследовании и лечении 160 больных с РШМ, госпитализированных в отделение радиологии РОНЦ.

У всех обследованных больных диагноз РШМ был подтвержден данными морфологического исследования. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от рецидивирования РМШ. С целью получения адекватных результатов исследования группы были составлены из больных сопоставимого возраста, социальному статусу и стадии заболевания.

Группу сравнения составили 80 (50,0%) больных РШМ, у которых после комбинированного лечения рецидивы до 5 лет не наблюдались. Основная группа также состояла из 80 (50,0%) больных РШШ, у которых после комбинированного и комплексного лечения в течение различных сроков наблюдения (от 3 месяцев до 5 лет) развился рецидив РШМ.

Клиническая оценка терапевтического эффекта сочетанной лучевой терапии проводилась по следующим критериям:

- непосредственные и отдаленные результаты в сроки наблюдения от одного до пяти лет;
- рецидивы заболевания и сроки их выявления;
- ранние лучевые реакции и поздние лучевые повреждения, возникающие в процессе проведения лечения и после его завершения.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе непосредственных результатов СЛТ у больных с распространенным опухолевым процессом в малом тазу важным является оценка степени регрессии опухоли не только в области первичного очага, но и в зонах регионарного распространения на тазовую клетчатку и лимфатические узлы.

Изучение динамики регрессии опухоли в малом тазу под влиянием дистанционного облучения на 1 этапе курса лечения, показало, что при дозах порядка 30 Гр на область малого таза клинически у больных группы сравнения отмечено исчезновение болевого синдрома, общей слабости, снижение работоспособности, обильных белей, прекращение кровянистых выделений из половых путей, нормализация температуры тела, исчезновение отеков, восстанавливаются нарушенные функции кишечника, а также

мочевыделительной системы, а у больных основной группы нарушения у большинства больных сохраняются (табл. 1).

*Таблица 1. Жалобы, предъявляемые наблюдаемыми больными*

Жалобы	сроки	Основная группа (n=80)		Группа сравнения (n=80)	
		абс	%	абс	%
Общая слабость	До леч	68	85,0	18	22,5
	После леч	42	52,5	0	0
Повышенная утомляемость	До леч	71	88,8	23	28,8
	После леч	38	47,5	5	6,3
Снижение работоспособности	До леч	78	97,5	21	26,3
	После леч	51	63,8	9	11,3
Обильные бели	До леч	81	101,3	6	7,5
	После леч	38	47,5	0	0
Кровянистые выделения					
- при контакте	До леч	22	27,5	2	2,5
	После леч	22	27,5	0	0
- многократные	До леч	67	83,8	11	13,8
	После леч	0	0	0	0
- беспорядочно повторяющиеся	До леч	72	90,0	13	16,25
	После леч	32	40,0	0	0
Боли в области крестца, лона	До леч	56	70,0	27	33,75
	После леч	50	62,5	10	
Повышение температуры тела	До леч	42	52,5	2	2,5
	После леч	0	0	0	0
Отёк конечностей	До леч	66	82,5	15	18,75
	После леч	42	52,5	0	0
Нарушения работы кишечника	До леч	18	22,5	1	1,25
	После леч	18	22,5	0	0
Нарушения мочевыделительной системы	До леч	25	31,3	0	0
	После леч	11	13,8	0	0

Примечание: \* различия относительно данных группы сравнения значимы (\*\* -  $P < 0,01$ , \*\* -  $P < 0,001$ ).

Изучение динамики размеров и объема опухоли до и после лечения у наблюдаемых больных показало, что у больных группы сравнения в среднем

кратность регрессии составила - 10,8, а у больных основной группы – 1,9, видимо кратность регрессии после СЛТ является прогностическим критерием возникновения рецидивов (табл. 2).

*Таблица 2. Динамика размеров и объема опухоли до и после лечения у наблюдаемых больных*

Группы	сроки	Длина, мм	Толщина, мм	Ширина, мм	Объем, см <sup>3</sup>
Основная	До леч	62,3±1,8***	51±1,6***	54,2±1,5***	90,1±2,3***
	После	24,8±1,1***	18,2±0,09***	19,3±1,1***	46,3±1,8***
Сравнения	До леч	57,6±2,1***	49,1±1,2***	51,3±1,3***	75,9 ±2,2***
	После	12,0±0,2***	11,3±0,3***	10,0±0,4***	7,0±0,9***
Контрольная		33,8±1,9	31,2±1,2	34,2±1,7	18,8±2,1
Норма по Ю.Л. Скрыпкину, 1997)		27-47	26-35	26-37	9,5-31,7

Примечание: \* различия относительно данных контрольной группы значимы (\*\* - P<0,01, \*\* - P<0,001) ♦ - различия относительно данных до лечения значимы (♦ ♦ P<0,05, P<0,01, ♦♦♦ - P<0,001).

Частотный анализ динамики размеров и объема опухоли до и после лечения у наблюдаемых больных показал, что больных группы сравнения после лечения количество больных с объемом опухоли менее 50 см<sup>3</sup> превышала в 4 раза таковых в основной группе. А у 4 (5,0%) сохранился объем свыше 101 см<sup>3</sup>, то есть улучшение не наблюдалось (табл. 3).

Опухолевые инфильтраты параметральной клетчатки теряли отчетливость контуров при контрольном осмотре у больных III стадии, а резорбция достигала 40-50%. В случаях массивных инфильтратов при подведении дозы порядка 40 Гр.

*Таблица 3. Динамика размеров и объема опухоли до и после лечения у наблюдаемых больных*

Объем, см <sup>3</sup>	Сроки	Основная группа (n=80)		Группа сравнения (n=80)	
		абс	%	абс	%
Менее 50	До лечения	15	18,8***	61	76,3
	после	42	52,5***	78	97,5♦♦
От 51 до 100	До лечения	31	38,8**	23	28,8
	после	34	38,8	2	2,5♦♦♦
Более 101	До лечения	34	42,5	15	18,8

	после	4	5,0 <sup>***</sup>	0	0
--	-------	---	--------------------	---	---

Примечание: \* различия относительно данных контрольной группы значимы (\*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ ),

♦ - различия относительно данных до лечения значимы (♦ ♦  $P < 0,05$ , ♦ ♦ ♦  $P < 0,01$ , ♦ ♦ ♦ ♦ -  $P < 0,001$ )

При выявлении метастатического поражения парааортальных лимфатических узлов, использование современных методик конформного облучения позволяет осуществить планирование изодозного распределения одномоментно, включая малый таз и зону поражения парааортальных лимфатических узлов. Это позволило получить адекватный ответ опухолевого процесса в малом тазу и сокращения размеров пораженных лимфатических узлов до 50% уже к моменту проведения внутрисполостного облучения. К концу курса сочетанной ЛТ при поглощенных дозах в точке В 60 – 65 Гр в большинстве клинических наблюдений наступила полная регрессия опухолевых инфильтратов.

Оценивая непосредственный эффект курса сочетанной лучевой терапии через 2 месяца при сочетанной ЛТ, неудачи лечения отмечены за счет генерализации опухолевого процесса.

Полная регрессия наблюдалась в 68,8% случаев в основной группе и в 76,3% в группе сравнения (рис. 1).

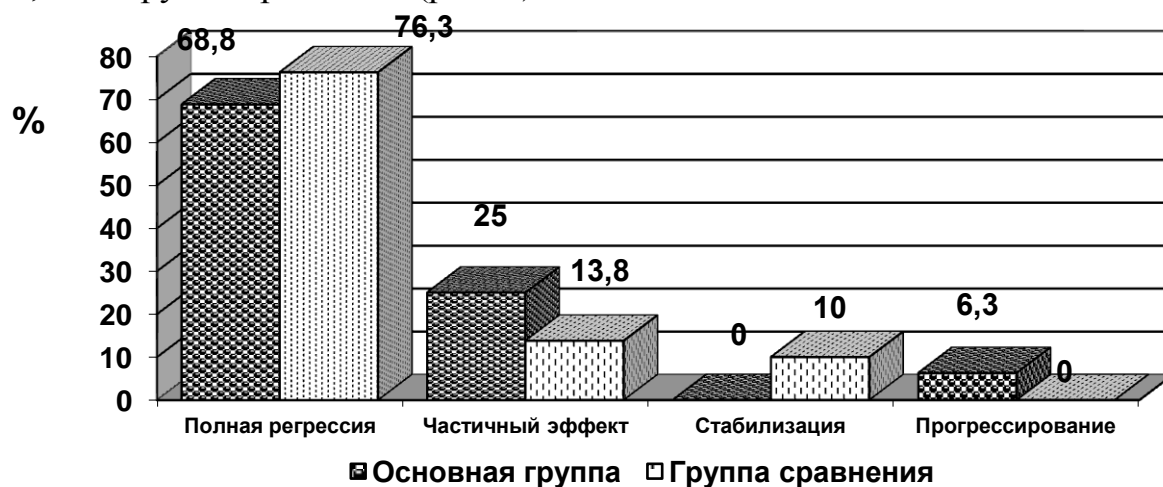


Рис. 1. Оценка эффективности СЛТ по классификации ВОЗ

Как показали наши данные, темпы регрессии опухоли в группе сравнения были более выражены, а кратность уменьшения объема на момент окончания СЛТ в среднем составляла 10,8. Наибольшие показатели регрессии были отмечены при экзофитных и смешанных формах опухоли. Регрессия опухоли в среднем достигала в 9,1 раза (минимальное уменьшение объема составило в 2,7 раза и максимальное - в 16 раз). Для эндофитных форм опухоли этот показатель составил только 3 (минимальное уменьшение объема зарегистрировано в 1,7 раза; максимальное – в 5,9 раза). При сопоставлении этих данных с результатами измерения объемов опухоли в

основной группе было констатировано, что кратность уменьшения объема непосредственно после окончания СЛТ в среднем составила 1,6, в том числе для экзофитных и смешанных форм опухоли – 3 раза (минимальное уменьшение объема достигало 1,2 раза, максимальное – 5 раз). Эндофитные формы опухоли демонстрировали к концу лучевой терапии показатель регрессии в 1,4 -1,6 раза.

Оценивая эффективность СЛТ, для определения состояния больного мы использовали шкалу Карновского. В основной группе после лечения в нормальном состоянии больных 46 (57,5%) не было, в группе сравнения - 76 (95,0%), что свидетельствует в то, что у больных у которых рецидивов не было больные через 2 месяца вернулись к нормальной жизни, а в основной группе состояние больных у 5 (6,3%) болезнь прогрессировала в течение 2 месяцев (табл. 4)

*Таблица 4. Состояние больных с раком шейки матки по шкале Карновского после СЛТ через 2 месяца*

Возможности больных	Основная группа (n=80)		Группа сравнения (n=80)		P
	абс	%	абс	%	
Нормальное состояние	46	57,5	76	95,0	<0,001
Способен к нормальной деятельности	16	20	4	5,0	<0,01
Нормальная активность с усилием	5	6,3	0	0	<0,05
Обслуживает себя самостоятельно, к активной работе не способен	4	5	0	0	<0,05
Нуждается	5	5	0	0	<0,05
Нуждается в значительной степени	3	3,8	0	0	>0,05
Тяжелая инвалидность	3	1,2	0	0	>0,05
Тяжелый больной	2	1,2	0	0	>0,05
Умиравший	0	0	0	0	>0,05

Аналогичная картина получилась по шкале ECOG ВОЗ (табл. 5).

*Таблица 5. Состояние больных с раком шейки матки по шкале Карновского после СЛТ по шкале ECOG ВОЗ через 2 месяца*

Возможности больных	Основная группа (n=80)		Группа сравнения (n=80)		P
	абс	%	абс	%	
Нормальная активность	46	57,5	72	90,0	<0,001
Симптомы заболевания	22	22,5	8	10,0	<0,05

Больше 50%	6	7,5	0	0	<0,05
Нуждается	7	8,8	0	0	<0,01
Не способен	3	3,8	0	0	>0,05

Анализ особенности состояния больных раком шейки матки после СЛТ показал, что у больных, у которых впоследствии в разные сроки развились рецидивы решающее значение в развитии рецидивов и метастазов имеет морфологическое строение опухоли.

Вывод. Изучение морфологической структуры опухоли показало, что у большинства больных группы сравнения выявлен плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки с ороговением и без ороговения, у больных основной группы чаще аденокарцинома.

### *Список литературы / References*

1. *Бежанова Е.Г.* Возможности хирургического стадирования в лечении рака шейки матки. Обзор литературы. / Е.Г. Бежанова, И.В. Берлев // Опухоли женской репродуктивной системы, 2017. Т. 13. № 1. С. 34-40.
2. *Бежанова Е.Г.* Возможности хирургического стадирования в лечении рака шейки матки. Обзор литературы. / Е.Г. Бежанова, И.В. Берлев // Опухоли женской репродуктивной системы, 2017. Т. 13. № 1. С. 34-40.
3. *Боровиков В.П.* Популярное введение в современный анализ данных в системе STATISTICA. Технология и методология современного анализа данных. М. Горячая линия-Телеком, 2013. 288 с
4. *Боровиков В.П.* Популярное введение в современный анализ данных в системе STATISTICA. Технология и методология современного анализа данных / В.П. Боровиков М. Горячая линия-Телеком, 2013. 288 с.
5. *Канаев С.В.* Использование аппаратной брахитерапии в онкогинекологии / С.В. Канаев, В.Г. Туркевич, С.Б. Баранов и др. // Вопросы онкологии, 2005. Т. 5. С. 523-532.