

**К.Н. ТАЖИБАЕВА^{1,3}, А.Д. САДЫКОВА³, Д.Т. ТАСБОЛТАЕВА¹,
А.Н. ОРМАНОВ^{1,2}, Г.Е. КАЛДЫГОЗОВА²**

¹Қазақстан Республикасы Шымкент қалалық онкологиялық орталық, Шымкент, Қазақстан Республикасы;

²Х.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент, Қазақстан Республикасы;

³Әл-Фараби атындағы ҚазҰУ, Алматы, Қазақстан Республикасы

Қатерлі ісікті диагностикалауды жақсарту жолдары және жатыр мойны обырының дамуы мен қайталануының қауіпін анықтау

Өзектілігі: Жатыр мойны обыры (КК) дүние жүзінде әйелдер арасында өлім себептері арасында төртінші және қатерлі ісіктердің даму құрылымында үшінші орында.

Мақсаты: күрделі емнен (неоадъювантты химиотерапия + радикалды гистерэктомия + аралас сәулелік терапия) жатыр мойны обыры бар науқастарда асқыну және қайталану басталғанға дейінгі қауіп факторларын және уақыт аралығын анықтау.

Әдістер: 2011-2021 жылдар аралығында Шымкент қаласындағы қалалық онкологиялық диспансерде есепте тұрған жатыр мойны обырының IB-IIA сатысы бар науқастарға ретроспективті жағдай-бақылау зерттеуі жүргізілді (n=883). Барлық науқастарға ≥ 40 г дозада жамбас лимфа түйіндерін кесу және кіші жамбастың сәулелік терапиясымен радикалды гистерэктомия жасалды. Зерттеудің 10 жылында жасына, аурудың сатысына және ісіктің морфологиялық құрылымына байланысты өмір сүрудің қауіп факторларын және қайталану қаупі талданған.

Нәтижелері: Аурудың сатысы неғұрлым жоғары болса, қайталану кезеңі соғұрлым қысқа болады. Көбінесе прогрессияның кезеңі 5 айдан 6 айға дейін созылады. Жатыр мойны обырының асқыну жағдайларының 68,7% және қайталану жағдайларының 63,1% емдеу аяқталғаннан кейін бір жарым жыл ішінде орын алды, сондықтан бұл кезең қайталану қаупі жоғарылаған кезде ең «қауіпті» болып саналады. 19 айдан 24 айға дейінгі кезеңде рецидив 5,3%-да, ал 2 жылдан астам - жатыр мойны обыры бар науқастардың 31,5%-ында байқалды.

Қорытынды: Жатыр мойны обыры бар 883 науқастың 74 (10,6%) әйелде асқыну, 19-ында (3,0%) қайталау болды. Жатыр мойны обырының қайталануы 45-50 жас (28,4%) және 50-60 жас (26,3%) жастағы әйелдерде жиі байқалды.

Түйінді сөздер: жатыр мойны обыры (КК), қауіп факторы, прогрессия, рецидив.

Өзектілігі: Жатыр мойнының қатерлі ісігі әйелдер арасындағы өлім-жітімнің төртінші себебі болып табылады және ауру бойынша және қатерлі ісіктер арасында үшінші орында, бұл бүкіл әлемде әйелдер арасында жиі кездеседі [1].

2012 жылға арналған қатерлі ісіктің жаһандық статистикасына сәйкес, жыл сайын жатыр мойны обырының 528 000 жаңа жағдайы анықталады және тек 2012 жылы 266 000 науқас қайтыс болады [2,3]. Алдыңғы зерттеулер хабарланғандай, тиісті ем қабылдаған жатыр мойны обырының ерте сатысындағы (IA-IB) науқастардың көпшілігі оң нәтижеге қол жеткізді, ал тәуекел факторлары бар пациенттердің 10-15% ғана рецидивке ұшырады [3]. Сондықтан жатыр мойны обыры бар науқастар үшін қайталану ықтималдығын төмендету үшін уақтылы және дәл диагноз қою және тиісті ем алу өте маңызды [4].

Дәлелденген зерттеулерге сәйкес, жатыр мойны обырының қайталануының көп бөлігі ем аяқталғаннан кейінгі алғашқы екі жыл ішінде анықталады [5], IA сатысында рецидивтердің жиілігі 0,7%, I сатысында – 9,8%. аралас емдеуден кейін, IIB сатысы – сәйкесінше 24,0% және 9,5% аралас және кешенді емдеуден кейін анықталды. Жергілікті жатыр мойны ісігінің IIA-IIB сатысында ісіктің қайталану жиілігі 20% жетеді. Жатыр мойнының қатерлі ісігінің дамуын жалғастыру процесінде, ерте диагностика мен рецидив мүмкіндігімен прогрессия мен қайталану процедурасына әсер ететін факторларды зерттеу маңызды [6].

Мақсаты: жатыр мойны обыры бар науқастарда кешенді емнен кейін (неоадъювантты химиотерапия +

радикалды гистерэктомия + аралас сәулелі терапия) қауіп факторларын, аурудың қайталануы мен рецидивтің уақыт аралығын анықтау.

Материалдар мен тәсілдер: Ретроспективті зерттеу жүргізілді, жатыр мойны обырының IB-IIA сатысы бар науқастардың медициналық сырқатнамасы және жамбас лимфа түйіндерінің диссекциясы болған радикалды гистерэктомия болған, және ≥ 40 гр. дозада кіші жамбас аймағына сәуле терапиясы жүргізілген сырқатнамалар іріктеуге алынды. Қазақстан Республикасында 2011 жылдан 2021 жылға дейін, Шымкентте қаласының (n=883), онкологиялық қалалық орталығында диспансерлік есепке тіркелген науқастарарасынан іріктеу алынды. Соңғы 10 жылда пациенттердің жасына, аурудың сатысына және морфологиялық құрылымына байланысты өмір сүру деңгейі мен қайталану қаупінің факторлары талданды [7-8].

Барлық науқастарға ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызмет көрсету сапасы жөніндегі бірлескен комиссиясының 2019 жылғы 1 наурыздағы №56 хаттамасына сәйкес емдеу тағайындалған және жоспарланған).

Жамбас лимфа түйіндерінің диссекциясымен радикалды гистерэктомиядан кейін операциядан кейінгі ҚСТ (қосарланған сәулелік емі, терапия, ҚСЕ әрі қарай) курсы жүргізілді: Терегам аппаратында ДГ (дистанционды гамматерапия) көмегімен қарама-қарсы орналасқан 2 сәулелену өрісінен ем жүргізілді. өріс өлшемі 16x18 см, RD (бір доза) -2г, ЖД (жиынтық доза) орташа ВН-44г-де, 20г қосылғаннан кейін, ҚІГТ (қуыс-шілік гамма-терапия) реттік доза да-5гр, Суммарлы дозада «Мультисорс» аппаратта орташа алғанда А нүк-

тесіне – 45-50 г берілген. Емдеу барысында анемияға қарсы және жалпы жағдайды қуаттандыруға бағытталған ем жүргізілді. Қан және зәр анализдері бақылауда болған. МДГ шешімімен 94 науқастың ішінде 18 пациент бәсекеге қабілетті терапия фондында ҚСЕ курсынан өтті [9-10].

Статистикалық өңдеу. Бұл зерттеудің бастапқы бағыты уақыт аралығын анықтау, сонымен қатар рецидив және аурудың қайталануын кешенді және аралас емдеуге сәйкес келуін анықтау болды. Аймақтық рецидив жамбас аймағында анықталды, оның ішінде қынап қуысына және аорта бифуркациясының аймағына, кіші жамбас лимфа түйіндерінде метастаздың болуы жиі анықталды.

Адьювантты терапияға сәйкес клиникалық және патологиялық сипаттамалар мен емдеуге байланысты асқынуларды салыстыру үшін χ^2 немесе Фишердің нақты сынақтары қолданылды. Аман қалу коэффициенттері Каплан-Мейер әдісі бойынша бағаланды және журналдық рейтингі бойынша тестілермен салыстырылды. Тәуелсіз болжамдық факторларды анықтау үшін Кокс пропорционалды қатерлер регрессиялық талдауы қолданылды; $p \leq 0,05$ екі жақты сынақтар үшін статистикалық маңызды болып саналды. Статистикалық талдау SPSS бағдарламалық жасақтамасы, 23 (IBM SPSS Inc 23, Чикаго, Иллинойс, АҚШ) көмегімен жүргізілді [11].

Қосу критерийлері: гистологиялық диагнозы бар пациенттер, сквамозды жасушалар, аденокарцинома не-

месе жатыр мойны безді қабыршақты жасушалы карцинома; Жатыр мойнының қатерлі ісігі FIGO жіктелуі бойынша IB-IIA сатылары; анамнезінде неоадьювантты химиотерапия + радикалды гистерэктомия, содан кейін ≥ 40 Ги дозада жамбас сәулелі терапиясы.

Шығару критерийлері: жатыр мойны обырының IV сатысы бар науқастар, басқа мүшелерге болған метастаздар, анамнезінде сәулелік терапия алмаған науқастардың сырқатнамалары іріктеуге алынбады.

Барлығы 1117 жағдай тарихы таңдалды. Іріктеу критерийлеріне сәйкес толық жазылмаған тарих, гистологиялық нәтижелер түсініксіз, басқа қалаға қоныс аударған науқастардың медициналық тарихы іріктеуге енгізілмеген.

Талданатын қосу критерийлерінің өлшемдеріне сәйкес соңғы іріктеуге жалпы №883 – критерімге сәйкес 697 сырқатнама алынды.

Нәтижелері:

Науқастың ерекшеліктері: Зерттеуге енгізілген науқастардың клиникалық және патологиялық сипаттамалары 1 кестеде келтірілген. Популяцияның орташа жасы 50 жасты (диапазоны: 18-76 жас) құрады, ал пациенттердің көпшілігінде Ila сатысы (35,1%) және гистологиялық тұрғыда жалпақ жасушалы қатерлі ісік түрі 76,3% құрады.

Орташа бақылау 78 айды құрады (диапазон: 3-124 ай). Пациенттердің әртүрлі жас топтарында жатыр мойны обырының қайталануына байланысты тірі қалу коэффициент нәтижелері.

Кесте 1 – Пациенттердің әр түрлі жас топтарында жатыр мойны обырының қайталану жиілігі (соңғы 10 жылда)

Жас топтары	Әр пациенттің саны жас тобы (n = 697)		Әр жас тобындағы прогрессиямен ауыратын науқастар саны (n = 74)		Әр жас тобындағы рецидиві бар науқастар саны (n = 19)	
	абс. сан	%	абс. сан	%	абс. сан	%
18-29	19	2,1	1	1,4	0	0,0
30-39	105	20,7	6	8,1	1	5,3
40-49	135	21,9	16	21,6	3	15,8
50-59	187	26,6	21	28,4	5	26,3
60-69	177	20,0	20	27,0	6	31,6
≥ 70	74	8,5	10	13,5	4	21,1
Барлығы:	697	100%	74	100%	19	100%

Аймақтық аурудың өршуі 57 науқаста анықталды (77,0%); вагинальды метастаз, аймақтық лимфа түйіні және ол әр науқаста сәйкесінше IIAst. Алыстағы метастаздар 17 науқаста байқалды (22,9%), жиі локализация – өкпе (n=14) және параорталық лимфа түйіндері (n=3) және т.б. Аурудың өршуі 19 науқаста анықталды. Ең жиі прогрессия мен рецидив 50-59 жас аралығында болды. Жатыр мойнының қатерлі ісігінің прогрессиясы

бар науқастар тобында (6 айға дейін), жалпақ жасушалы карциноманың гистологиялық түрі 60,8% және (74 адам), жиі Ila st. (10,6 %) кезінде кездеседі.

Аденокарциномамен ауыратындар саны 31,0 % құрады. Безді жалпақ жасушалық карцинома (2,7%) көбінесе аурудың II сатысымен ауыратын науқастарда байқалды; 5,6%-да төмен дәрежелі қатерлі ісік анықталды (2-кесте).

Кесте 2 – Бастапқы ісіктің морфологиялық құрылымына байланысты прогрессия мен қайталану жиілігі

Ісік құрылымының морфологиялық түрі	Ісік прогрессиясы бар науқастардың жалпы саны (n = 74)		Ісіктің қайталануы бар науқастар саны (n = 19)	
	абс. сан	%	абс. сан	%
Жалпақ жасушалы карцинома:	45	60,8	1	5,4
Аденокарцинома	23	31,0	5	26,3
Безді қабыршақты жасушалы карцинома	2	2,5	0	0,0
Нашар сараланған қатерлі ісік	4	5,6	13	68,4

Кесте 3 - Процестің прогрессия мен қайталануының пайда болу уақыты

Процестің өршуі мен қайталану уақыты (айлар)	Жатыр мойны обыры прогрессиямен (n = 74)		Рецидиві бар науқастар тобы (n = 19)	
	абс. сан	%	абс. сан	%
3 -ке дейін	23	21,2	-	-
5-6	51	68,7	-	-
7-12	-	-	6	-
13-18	-	-	12	63,1
19-24	-	-	1	5,2
24 -тен астам	-	-	-	31,5

Аурудың сатысы неғұрлым жоғары болса, рецидивсіз кезеңнің ұзақтығы соғұрлым қысқа болады. Көбінесе прогрессия 5-тен 6 айға дейін жүреді 68,7%, ал 63,1% жағдайда жатыр мойны обырының рецидивтері бас-

тапқы ісікті емдеу аяқталғаннан кейін алғашқы бір жарым жылда пайда болды, сондықтан көрсетілген уақыт аралығы рецидивтің ең жиі қайталану уақыты болуы мүмкін.

Кесте 4 – Орташа және орташа өмір сүру уақыты

Жатыр мойны обырының дамуы мен қайталануы	Орташа			
	Бақылау	Ст. қателік	95% сенімділік аралығы	
			Төменгі сен.аралық	Жоғарғы сен. аралық
Прогресс	3,390	0,114	3,166	3,615
Рецидив	3,529	0,206	3,126	3,933
Барлығы	3,412	0,101	3,213	3,611

Рецидив қаупі жоғарылаған кезде ең «қауіпті» болып саналған айлар 19 -дан 24 айға дейінгі кезеңдер. Ал 5,3%-да және 2 жастан асқанда – жатыр мойны обыры бар науқастардың 31,5%-ында байқалды.

Талқылау: Көптеген рецидивтер диагноз қойылғаннан кейін 2 жыл ішінде пайда болады және болжамы ауыр бағаланады, науқастардың көпшілігі бақыланбайтын аурудың салдарынан өледі. Кентукки университетінде емделген 500-ден астам науқасты ретроспективті шолуда пациенттердің 31%-ында ісік рецидиві пайда болды, олардың 58%-ы 1 жыл ішінде қайталанып, 76%-ы 2 жыл ішінде қайталанған. Бұл серияда ісіктің қайталануы бар науқастардың тек 6%-ы ғана 3 жыл бойы аурудың өршуінсіз өмір сүрген. Қайталанатын жатыр мойны обыры бар пациенттердің кіші топтарын бөлуге болады, бұл болжамнан әлдеқайда жақсы және емдік мақсаты-емделушілердің 50-60%-ында жамбас сыртында орналасқан ауру бар, кейбір жағдайларды қоспағанда, емдеуге болмайды. Жатыр мойны обыры қайталанатын жамбас бүйір қабырғасының зақымдалуы бар емделушілердің көпшілігінде сияқты емдеу де паллиативті болып табылады.

Емдеу туралы шешімдер науқастың жағдайына, қайталану және / немесе метастаздардың орнына, метастаздық аурудың дәрежесіне және алдыңғы емге негізделуі керек.

Қайталанатын/метастазды жатыр мойны обыры бар науқастар ауырсынуды, анорексияны, вагинальды қан кетуді, қахексияны және психологиялық проблемаларды қамтитын әр түрлі белгілерді сезінуі мүмкін. Бұл симптомдардың нақты емі осы нұсқаулықта әрі қарай сипатталған [12]. Бұл симптомдарды емдеу - қайталанатын жатыр мойны обыры бар науқастарды емдейтін дәрігердің басты міндеті.

Біздің зерттеуде бірнеше шектеулер болды. Біріншіден, бұл ретроспективті зерттеу болды, ол іріктеуді бұрмалауға әкелуі мүмкін. Екіншіден, адьювантты емдеу дәрігердің қалауына байланысты өзгерді. Клиникалық тәжірибеде қауіпті факторы бар жатыр мойны обыры бар науқастарда СТ мен химиотерапия бірге тиімдірек пе, тек СТ-емге қарағанда деген пікірталастар әлі де бар.

Қорытынды: Алынған мәліметтер бойынша, жатыр мойны обыры бар 697 науқастың ішінде 74 (10,6%) әйелде прогрессия және 19 әйелде (3,0%) рецидив анықталды. Жатыр мойнының қатерлі ісігінің қайталануы 45-50 жас (28,4%) және 50-60 (26,3%) жас аралығындағы әйелдерде жиі кездесті.

Аурудың сатысы неғұрлым жоғары болса, рецидивсіз кезеңнің ұзақтығы соғұрлым қысқа болады. Көп жағдайларда прогрессия емдеу аяқталғаннан кейін 5-6 ай ішінде орын алды. Прогрессия жағдайларының 68,7% және қайталану жағдайларының 63,1% емдеу аяқталғаннан кейін бір жарым жыл ішінде орын алды, сондықтан бұл кезең жатыр мойны обырының қайталану қаупі жоғарылаған кезде ең «қауіпті» болып саналады. Ал рецидив үшін ең «қауіпті» болып саналған 19-дан 24 айға дейінгі кезеңдер рецидивтің пайда болуы 5,3%-да және 2 жылдан асқанда – жатыр мойны обыры бар науқастардың 31,5%-ында байқалды.

Әдебиеттер тізімі:

1. Mikkelsen L., Phillips D.E., AbouZahr C., Setel P.W., de Savigny D., Lozano R., Lopez A.D. A global assessment of civil registration and vital statistics systems: monitoring data quality and progress // Lancet. – 2017. – Vol. 386(10001). – P. 1395-1406. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60171-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60171-4);
2. LaVigne A.W., Triedman S.A., Randall T.C., Trimble E.L., Viswanathan A.N. Cervical cancer in low- and middle-income countries: Addressing barriers to radiotherapy delivery // Gynecol Oncol Rep. – 2017. – Vol. 22. – P. 16-20. <https://doi.org/10.1016/j.gore.2017.08.004>;
3. Тажибаева К.Н., Булешов М.А., Булешова А.М., Жанабаев Н.С., Булешов Д.М., Иванов С.В., Гржибовский А.М. Оценка качества медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в амбулаторно-поликлинических учреждениях Южно-Казахстанской области Республики Казахстан // Экология человека. – 2017. – №57(3). – С. 49-55 [Tazhibayeva K.N., Buleshov M.A., Buleshova A.M., Zhanabayev N.S., Buleshov D.M., Ivanov S.V., Grzhibovskij A.M. Ocenka kachestva medicinskoj pomoshhi pacientam s onkologicheskimi zabolevaniyami v ambulatorno-poliklinicheskix uchrezhdeniyax Yuzhno-Kazaxstanskoj oblasti Respubliki Kazaxstan // E'kologiya cheloveka. – 2017. – №57(3). – S. 49-55 (in Russian)]. <https://hum-ecol.ru/1728-0869/article/view/16829>;
4. Ralaidovy A.H., Gopalappa C., Ilbawi A., Pretorius C., Lauer J.A. Cost-effective interventions for breast cancer, cervical cancer, and colorectal cancer: new results from WHO-CHOICE // Cost Eff. Resour. Alloc. – 2018. – Vol. 16. – P. 38. <https://doi.org/10.1186/s12962-018-0157-0>;

5. Chao X., Fan J., Song X., You Y., Wu H., Wu M., Li L. Diagnostic Strategies for Recurrent Cervical Cancer: A Cohort Study // *Front. Oncol.* – 2020. Vol. 10. – P. 591253. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.591253>;
6. Wang Y.Y., Wang W.C., Su C.W., Hsu C.W., Yuan S.S., Chen Y.K. Overexpression of sprouty 1 protein in human oral squamous cell carcinogenesis // *J. Dent. Sci.* – 2021. – Vol. 16(1). – P. 21-28. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2020.07.013>;
7. Santoro A.L., Drummond R.D., Silva I.T., Ferreira S.S., Juliano L., Vendramini P.H., Lemos M.B.D.C., Eberlin M.N., Andrade V.P. In Situ DESI-MSI Lipidomic Profiles of Breast Cancer Molecular Subtypes and Precursor Lesions // *Cancer Res.* – 2020. – Vol. 80(6). – P. 1246-1257. <https://doi.org/10.1158/0008-5472.CAN-18-3574>;
8. Lee J.K., Hong J.H., Kang the S., Kim D.Y., Kim B., Kim S.H. Practical recommendations for the early detection of cervical cancer in Korea. Korean Society of Gynecologic Oncology and Korean society Cytopathology edition 2012 // *J. Gynecol. Oncol.* – 2013. – № 24. – P. 186-203. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3644696/>;

9. Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 // *Int. J. Cancer.* – 2015. – №5. – P. 359-386. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>;
10. Moyer V.A., US Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: US Preventive recommendation statement // *Ann. Intern. Med.* – 2012. – Vol. 156(12). – P. 880-891, W312. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-12-201206190-00424>;
11. Kim S.I., Kim T.H., Lee M., Kim H.S., Chung H.H., Lee T.S., Jeon H.W., Kim J.W., Park N.H., Song Y.S. Impact of Adjuvant Radiotherapy on Survival Outcomes in Intermediate-Risk, Early-Stage Cervical Cancer: Analyses Regarding Surgical Approach of Radical Hysterectomy // *J. Clin. Med.* – 2020. – Vol. 9(11). – P. 3545. <https://doi.org/10.3390/jcm9113545>;
12. Vale D.B., Sauvaget C., Muwonge R., Ferlay J., Zeferino L.C., Murillo R., Sankaranarayanan R. Disparities in time trends of cervical cancer mortality rates in Brazil // *Cancer Causes Control.* – 2016. – Vol. 27(7). – P. 889-896. <https://doi.org/10.1007/s10552-016-0766-x>.

АННОТАЦИЯ

**К.Н. Тажигаева^{1,3}, А.Д. Садыкова³, Д.Т. Тасболтаева¹,
А.Н. Орманов^{1,2}, Г.Е. Калдыгозова¹**

¹Шымкентский городской онкологический диспансер, Шымкент, Республика Казахстан;

²Х.А. Международный казахско-турецкий университет имени Ясауи, Шымкент, Республика Казахстан;

³Казахский национальный университет им. аль-Фараби, Алматы, Республика Казахстан

Способы улучшения диагностики и выявления риска развития и рецидива рака шейки матки

Актуальность: Рак шейки матки (РШМ) занимает четвертое место среди причин смертности и третье место в структуре заболеваемости злокачественными опухолями у женщин во всем мире.

Цель: определить факторы риска и промежуток времени до прогрессирования и рецидива у больных раком шейки матки после комплексного лечения (неоадъювантная химиотерапия + радикальная гистерэктомия + комбинированная лучевая терапия).

Методы: Проведено ретроспективное исследование случай-контроль у больных РШМ IB-IIA стадии, состоявших на учете в городском онкологическом диспансере г. Шымкента с 2011 по 2021 год (n=883). Все пациентки перенесли радикальную гистерэктомию с иссечением тазовых лимфатических узлов и лучевую терапию нижнего таза в дозе ≥40 гр. За 10 лет исследования были проанализированы факторы выживаемости и риск рецидива в зависимости от возраста пациенток, стадии заболевания и морфологической структуры опухоли.

Результаты: Чем выше стадия заболевания, тем короче период рецидива. Чаще всего прогрессирование составляло от 5 до 6 месяцев. 68,7% случаев прогрессирования и 63,1% случаев рецидива РШМ имели место в первые полгода года после окончания лечения, поэтому этот период считается наиболее «опасным», когда увеличивается риск рецидива. В период от 19 до 24 месяцев рецидивы наблюдались у 5,3%, а более 2 лет – у 31,5% больных РШМ.

Заключение: Из 883 больных РШМ, у 74 (10,6%) женщин наблюдалось прогрессирование, а у 19 (3,0%) – рецидив. Рецидивы РШМ чаще отмечались у женщин в возрасте 45-50 лет (28,4%) и 50-60 лет (26,3%).

Ключевые слова: рак шейки матки (РШМ), фактор риска, прогрессирование, рецидив.

ABSTRACT

**K.N. Tazhibayeva^{1,3}, A.D. Sadykova³, D.T. Tasboltaeva¹,
A.N. Ormanov^{1,2}, G.E. Kaldygozova²**

¹Shymkent City Oncological Dispensary, Shymkent, the Republic of Kazakhstan;

²Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent, the Republic of Kazakhstan;

³Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, the Republic of Kazakhstan

Ways to improve the diagnostics and detection of cervical cancer development and recurrence risk

Relevance: Cervical cancer is the fourth leading cause of female death and the third most common female cancer worldwide.

The purpose of the study was to determine risk factors and time to progression and recurrence in patients with cervical cancer after complex treatment (neoadjuvant chemotherapy + radical hysterectomy + combined radiation therapy).

Methods: This retrospective study involved female patients with stage IB-IIA cervical cancer registered at Shymkent city oncological dispensary in 2011- 2021 (n=883). All patients underwent (n=883) radical hysterectomy with pelvic lymph node dissection. The patients were selected who underwent radiation therapy of the lower pelvis at a dose of ≥40 g. The age-, stage-, and tumor morphological structure-dependent survival factors and recurrence risk were analyzed during the research decade.

Results: Direct correlation of the disease stage and the recurrence period was established. The progression was most often 5 to 6 months after treatment. 68.7% of progression and 63.1% of recurrences occurred in the first year and a half after the end of treatment, so this period is considered the most "dangerous" regarding the recurrence risk. 5.3% of patients had a recurrence 19 to 24 months after treatment, 31.5% – after more than two years.

Conclusions: In this research, cervical cancer progressed in 74 (10.6%) out of 883 women and recurred in 19 (3.0%). The recurrence was most frequent in women aged 45-50 years (28.4%) and 50-60 years (26.3%).

Keywords: cervical cancer, risk factor, progression, recurrence.

Прозрачность исследования – Авторы несут полную ответственность за содержание данной статьи.

Конфликт интересов – Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов: вклад в концепцию – Орманов А.Н.; научный дизайн – Садыкова А.Д.; исполнение заявленного научного исследования – Тасболтаева Д.Т.; интерпретация заявленного научного исследования – Калдыгозова Г.Е.; создание научной статьи – Карлыгаш Н.Т.

Информация об авторах:

Тажигаева Карлыгаш Нартбаевна (корреспондирующий автор) – PhD м.а. доцент, Республика Казахстан, Х08Y6T4, г. Шымкент, Ул. Володарского № 17/19, e-mail: Karla_ag@mail.ru, karlygashnazhibay@gmail.com, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4947-3717>;

Садыкова Асель Даулетбаевна – PhD м.а. доцент, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4662-0817>;

Тасболтаева Докторкуль Тажигаевна – жоғары санатты дәрігер, ID ORCID: жоқ;

Орманов Алмас Нурғалиевич – к.м.н., ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8712-2056>;

Калдыгозова Галия Еркымбековна – м.ғ.к., ID ORCID: жоқ.