

## Возможности регионарной химиотерапии в лечении распространенных форм рака яичников

О. К. Кулакеев, Д. Т. Арыбжанов, М. С. Панаев, А. Т. Маймаков, А. К. Набиев

Кафедра онкологии Южно-Казахстанской государственной медицинской академии,

отделение радиогинекологии Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера, г. Шымкент, Казахстан

### Резюме

Проанализированы результаты комплексного лечения 50 больных с распространенным раком яичников. Возрастной контингент больных колебался от 41-50 лет 44%, 51-60 лет 26% и старше 60 лет — 30%. Всем больным проведена диагностическая лапароскопия с биопсией опухоли. Степень распространенности опухолевого процесса по международной классификации TNM была следующей:  $T_3N_0M_0$  — 17 (34%) больных,  $T_{3a}N_1M_0$  — 19 (38%) больных и  $T_{3a}N_1M_0$  — 14 (28%) больных. Гистологически у 45 (90,0%) больных выявлена злокачественная серозная цистаденокарцинома, у 5 (10,0%) — гранулезоклеточный рак. После верификации диагноза всем 50 (100%) больным проведено комбинированное лечение: — неоадъювантная внутриартерияльная химиотерапия по схеме TP (Таксол 175 мг/м<sup>2</sup> + Цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в 1й день) 2 курса. Радикальная операция + адъювантная внутривенная химиотерапия по той же схеме 4 курса у 42 (84%) больных.

**Ключевые слова:** рак яичников, химиотерапия, овариоэктомия.

Рак яичников на сегодняшний день остается актуальной проблемой, так как обусловлена высокими показателями заболеваемости и смертности больных [2, 3, 5]. Несмотря на современные достижения в лечении, рак яичников занимает первое место по смертности в структуре опухолей органов гениталий у женщин. (Гилязудинова Э. Ш. — М., 2002). К настоящему времени накоплен большой научный и клинический материал, однако, несмотря на это, выживаемость больных этой патологией еще остается на весьма низком уровне, что вызывает естественный пессимизм у исследователей. (К. И. Жордания — М., 2004). Эпидемиологические исследования показывают, что за последнее десятилетие во всем мире отмечается отчетливая тенденция роста заболеваемости опухолями яичников. (Bourne T. H., 1991; Manys G., 1995). По данным литературы (Стенина М. Б., 1999; Арыкулов Ж. А., Байназарова А. А., 2004) ежегодно число больных новообразова-

ными яичников возрастает на 1,5% [1, 4]. Основными причинами роста заболеваемости являются: влияние окружающей среды, питание, социально-экономические условия, генетическая предрасположенность, изменение репродуктивного статуса: снижение числа беременностей, снижение сроков лактации, частые аборт и увеличение периода активности яичников [6, 7]. В настоящее время ведущим в терапии распространенных форм рака яичников остается комплексный метод лечения, включающий неоадъювантную и адъювантную химиотерапию, а также хирургический метод.

Целью нашей работы является оценка непосредственных результатов комплексного лечения больных раком яичников с применением регионарной химиотерапии по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера.

### Материал и методы

Нами проанализированы непосредственные результаты комплексного лечения 50 больных с распространенным раком яичников, прошедших лечение в Южно-Казахстанском областном онкологическом диспансере за период 2005-2006 гг. Все 50 больных в клинику поступили с первичной опухолью.

По возрасту больные распределились следующим образом: от 41-50 лет 44% больных, 51-60 лет 26% и старше 60 лет — 30% больных, средний возраст составил  $51,1 \pm 0,8$  года. Как видно из вышеизложенного, наиболее подвер-

О. К. Кулакеев — д. м. н., проф., зав. кафедрой онкологии, маммологии с курсом ЛОР-болезней Южно-Казахстанской гос. мед. академии, гл. врач Южно-Казахстанского обл. онкологического диспансера;

Д. Т. Арыбжанов — к. м. н., ассистент кафедры онкологии, маммологии с курсом ЛОР-болезней Южно-Казахстанской государственной медицинской академии;

А. К. Набиев — зав. отделением хирургии опухолей головы и шеи Южно-Казахстанского обл. онкологического диспансера, соискатель кафедры онкологии, маммологии с курсом ЛОР-болезней Южно-Казахстанской гос. медицинской академии;

жены этому заболеванию лица 4-го и 6-го десятилетий. Продолжительность анамнеза колебалась от 1 месяца до 12 месяцев, в среднем составила 5,7 месяцев. При изучении гинекологического анамнеза у 26 больных (52,0%) отмечено наличие менструального цикла, у 24 больных (48,0%) менопауза. Объем диагностического обследования больных на догоспитальном этапе включал: осмотр онкогинеколога ООД, рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, обязательная сдача крови на онкомаркер SA-125. По показаниям компьютерная томография органов брюшной полости. Затем госпитализация больной на стационарное лечение.

В условиях стационара с целью определения распространенности процесса и гистологической верификации опухолевого процесса всем больным в обязательном порядке проводилась диагностическая лапароскопия с прицельной биопсией опухоли. Данные о распространенности процесса приведены в таблице. Осложнений после проведенных диагностических лапароскопий в нашем случае не наблюдалось. Степень распространенности опухолевого процесса по международной классификации TNM была следующей:  $T_3N_0M_0$  — 17 (34%) больных,  $T_3aN_1M_0$  — 19 (38%) больных и  $T_3bN_1M_0$  — 14 (28%) больных. Гистологически у 45 (90,0%) больных выявлена злокачественная серозная цистаденокарцинома, у 5 (10,0%) — гранулезноклеточный рак. Всем больным первым этапом проведена неoadъювантная внутриартериальная химиотерапия по схеме TP (Таксол  $175 \text{ мг/м}^2$  + Цисплатин  $75 \text{ мг/м}^2$  в 1й день) 2 курса + операция. Сущность методики внутриартериальной инфузии цитостатиков заключается в следующем: в условиях рентгеноперационной под местной анестезией раствором 0,5% Новокаина 30-40 мл производится пункция и катетеризация по Сельдингеру одной из бедренных артерий. Под рентгенконтролем внутриартериальный катетер устанавливается на уровне нижних диафрагмальных артерий, таким образом, охватывается весь бассейн кровоснабжения органов брюшной полости и малого таза. После чего производится контрольная брюшная аортография для определения правильности уровня установки катетера. Аппаратом Инфузомат (Braun FM-5, Германия) производится внутриартериальная инфузия цитостатиков со скоростью введения 1000-1200 мл/час. Общее время инфузии не

Таблица Распространенность опухолевого процесса по данным диагностической лапароскопии

Распространение рака яичников	Количество больных	В (%)
Поражение правого яичника	21	42,0
Поражение левого яичника	23	46,0
Поражение обоих яичников	6	12,0
Метастазы печени	7	14,0
Метастазы в большом сальнике	13	26,0
Канцероматоз брюшины	16	32,0
Наличие асцита	31	62,0
Прорастание соседних органов (матки, прямой кишки)	5	10,0

превышает 3-4 часов. После окончания процедуры катетер удаляется, область пункции бедренной артерии туго забинтовывается, и больная переводится в палату. В течении суток больным после вышеуказанной процедуры назначается постельный режим, непрямые антикоагулянты, контроль свертываемости крови и диуреза, затем через 1 сутки больные переводятся на общепольничный режим пребывания. В последующем в зависимости от результатов неoadъювантной химиотерапии больным проводился следующий этап лечения.

### Результаты и их обсуждение

Оценка эффективности неoadъювантной внутриартериальной химиотерапии при распространенном раке яичников проводилась после каждого курса с применением клинко-рентгенологических и эхографических методов исследования, а также по уровню титра онкомаркера SA-125 в крови. Непосредственные результаты показали эффективность лечения после 2 курсов неoadъювантной внутриартериальной химиотерапии у 42 (84%) больных: частичная регрессия отмечена у 29 (69%) больных и значительная регрессия процесса отмечена у 13 (15%) больных. Этим больным вторым этапом комплексного лечения проведена радикальная операция — трансабдоминальная экстирпация матки с придатками + ометэктомия с внутрибрюшной лимфодиссекцией парааортальной зоны и малого таза. В 5 (10%) случаях отмечена стабилизация процесса, во время операции у этих больных хирургическое вмешательство завершилось паллиативным удалением опухоли из-за прорастания в соседние органы (прямая кишка, стенки таза). В 3 (6%) случаях на фоне проводимого лечения отмечено прогрессирование и диссеминация процесса в легких, что привело к ухудшению общего состояния больных, и они были выписаны на симптоматическое лечение по месту жительства.

Изучение удаленного гистологического материала яичников после операции показало наличие лекарственного патоморфоза 2 степени у 15 (31,9%) больных, патоморфоза 3 степени у 18 (38,2%), патоморфоза 4 степени у 9 (19,1%) больных. Учитывая результаты гистологического исследования и наличие лечебного патоморфоза всем 42 (84%) больным в течении 1-го месяца после радикальной операции начаты курсы адъювантной химиотерапии по той же схеме. Всем больным проведены по 4 курса адъювантной химиотерапии. Дальнейшее состояние больных наблюдается по срокам диспансеризации.

### Выводы

Таким образом, как показали непосредственные результаты нашего исследования, неоадъювантная внутриартериальная химиотерапия распространенного рака яичников по схеме TP (Таксол 175 мг/м<sup>2</sup> + Цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в 1й день) оказалась эффективной у 84% больных. При этом всем им удалось провести радикальное хирургическое вмешательство. У 57,5% больных отмечен лечебный патоморфоз 3-4 степени. Неоадъювантная внутриартериальная химиотерапия при распространенном

раке яичников является методом выбора для повышения операбельности процесса и улучшает непосредственные результаты лечения больных. Наиболее эффективными при раке яичников на наш взгляд являются таксаносодержащие и платиновые режимы химиотерапии.

### Литература

1. Бершвили А. П. Лечение распространенных форм рака яичников. Новые подходы к хирургическому лечению рака яичников III-IV стадий. Новые подходы к скринингу, диагностике и лечению опухолей яичников: Мат-лы науч.-практ. конф. Великий Новгород, 2001; 99.
2. Горбунова В. А., Переводчикова Н. И. и др. Возможности комбинированной химиотерапии распространенного рака яичников. Акушерство и гинекология, 1991; 2: 54-57.
3. Горбунова В. А. Лекарственное лечение рака яичников: стандарты и перспективы. Современная онкология, 2000; 2: 4.
4. Л. И. Османова, М. Б. Стенина и др. Паклитаксел в качестве химиотерапии второй линии у больных распространенным раком яичника. Паллиативная медицина и реабилитация, 1999; 1: 10-12.
5. В. Е. Кононов, А. Г. Золотков и др. Паллиативное лечение рака яичников. Паллиативная медицина и реабилитация, 1997; 2: 20.
6. Averette H. E., Donato D. M. Ovarian carcinoma. Advanced in diagnosis, staging and treatment. Cancer 1990; 65(3): 703-8.
7. A'Hem RP, Gore ME: Impact of doxorubicin on survival in advanced ovarian cancer. J. Clin. Oncol. 1995; 13: 726-32.

## Результаты комбинированного лечения рака гортани III стадии

О. К. Кулакеев, Д. Т. Арыбжанов, А. К. Набиев, М. С. Панаев, А. Т. Маймаков

Кафедра онкологии Южно-Казахстанской государственной медицинской академии, отделение хирургии опухолей головы и шеи Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера, г. Шымкент, Казахстан

### Резюме

В сравнительном аспекте изучена эффективность комбинированных методов лечения рака гортани III стадии в двух группах больных, где в I группе — 49 больных (51,6%) проведена химиолучевая терапия: дистанционная гамма терапия (ДГТ) по РОД 2 Грей (суммарная очаговая доза 60 Грей) + 6 курсов химиотерапии по схеме Фторурацил 750 мг/м<sup>2</sup> 1-5 дни, Цисплатин 80 мг/м<sup>2</sup> 1-й день, а во II группе — 46 больных (48,4%) первым этапом проведена внутриартериальная химиотерапия 2 курса по схеме Таксотер 75 мг/м<sup>2</sup>, Цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> 1-й день, затем ДГТ по РОД 2 Грей, СОД 60 Грей, после лучевой терапии адъювантная системная химиотерапия по той же схеме 4 курса. Комбинированное лечение во II группе больных с применением ВАХТ и таксанов позволило сократить в 4,5 раз развитие рецидивов и метастазов на протяжении 5 лет после начала лечения, увеличить 3-х и 5-летнюю выживаемость больных и сократить общую смертность с 59,1% до 32,6%.

**Ключевые слова:** рак гортани, химиотерапия, лучевая терапия.

Заболеваемость раком гортани (РГ) составляет 0,8-5% среди всех злокачественных опухолей (В. П. Демидов, 1983; А. И. Пачес, 2000), а среди больных с онкопатологией ЛОР-органов — до 60%, причем мужчины болеют чаще женщин, особенно, начиная с 40 лет и старше (В. О.

Ольшанский и соавт., 1989; А. Makitie et al., 1999; G. Severi et al., 1999). Новообразования данной локализации клинически характеризуются нарушениями функции дыхания, потерей голоса, нарушением глотания и могут привести к гибели больного. Диагностика и лечение опу-