

При этом мы не наблюдали вариантов множественного некроза или заворота подвесков.

Таким образом, путем нашего анализа за период с 2008 г. по первый квартал 2011 г. отмечается тенденция к росту частоты встречаемости заболеваний жировых подвесков ободочной кишки. Если в 2009-2010 гг. этот показатель особо не отличался, то только за первый квартал 2011г. нами было прооперировано 4 (23,5%) больных. Средний возраст составил 39 лет, в основном мужчины (76,4%). Летальных случаев нами не обнаружено. Основная доля всех заболеваний жировых подвесков ободочной кишки приходится на заворот подвеска сигмовидной кишки. На втором и третьем местах стоят – некроз подвесков сигмовидной и слепой кишки. И очень редко встречаются завороты жирового подвеска слепой кишки. Примечателен тот факт, что некроз жирового подвеска слепой кишки встречался чаще у лиц пожилого возраста, в равном соотношении мужчин и женщин. При этом мы не наблюдали вариантов множественного некроза или заворота подвесков. Своим исследованием, мы хотели обратить ваше внимание на то, что заболевания жировых подвесков ободочной кишки остаются одной из актуальных тем в экстренной хирургии. Как правило, urgentные хирурги выставляют диагноз клинически. Но не надо забывать о современных методах диагностики, особенно это относится к лапароскопии. В большинстве случаев удается правильно поставить диагноз, безусловно, за исключением редких патологий.

Литература:

1. Абдулжатов И.М. Заболевания сальниковых отростков толстой кишки. Клинический журнал 1989; 2: 46-50.
2. Абдулжатов И.М. Заболевания сальникового отростка аппендицита. Клинический журнал 1990; 4: 73-74.
3. Абдулжатов И.М. Симптоматика заболеваний жировых подвесков толстой кишки. Хирургия 1992; 2: 76-83.
4. Белых И.С., Малинецкий Т.Г. Патология жировых подвесков толстой кишки. Вестник хирургии 1984; 10: 79-80.

5. Буянов В.М., Перминова Г.И. Лапароскопия в диагностике и лечении острых заболеваний жирового подвеска. Хирургия 1987; 7: 102-105.

6. Добик П.И. К патологии, диагностике и лечению жировых привесков толстой кишки. Вопросы гнойной хирургии. Кишинев 1976; 97-100.

7. Забарский Д.Т., Смолкин Э.А., Лившиц Ю.Г. Заворот сальниковых отростков толстой кишки. Клинический журнал 1984; 3: 59-60.

8. Ильченко В.Я., Рябухин К.М., Руденко Р.М. О диагностике заворота жировых придатков толстой кишки. Вестник хирургии 1972; 12: 101-102.

9. Коритэ В.Р. Заболевания жировых подвесков. Хирургия 1984; 12: 26-28.

10. Левковец Е.Н. О патологии жировых подвесков толстой кишки. Труды Ленинградского института усовершенствования врачей. Л 1970; 93: 59-65.

11. Орнатский В.В. Завороты appendices epiploicae. Диагностика «острого живота». Л 1952; 419-422.

12. Орнатский В.В. Заворот жировых подвесков червеобразного отростка. Хирургия 1957.

13. Метревели В.В., Гонджилшвили Г.В., Казанцев Е.М., Чиквадзе Т.Ф. Хирургия 1989; 4: 99-101.

14. Подоненко-Богданова А.П., Ярополов В.И. Ошибки и опасности, связанные с патологией жировых придатков толстой кишки. Вестник хирургии 1972; 12: 103-104.

15. Рехачев В.П., Дуберман Л.Б., Ярыгин В.А. Диагностика и лечение перекута жировых подвесков толстой кишки. Хирургия 1989; 8: 88-90.

16. Спыну А.В., Кабак А.И., Чумак И.В. Клинические «маски» эпиплоитов и тактика лечения. Вестник хирургии 1992; 3: 357-359.

17. Тимирбулатов В.М., Уразбахтин И.М., Хасанов А.Г., Нагаев Н.Р. Диагностика перекута сальниковых отростков толстой кишки. Клинический журнал 1993; 3: 69-70.

18. Уразбахтин И.М. Диагностика и лечение заворота сальниковых отростков толстой кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург 1993.

19. Швецов С.К., Большаков И.А. Заворот жировых подвесков ободочной кишки. Хирургия 1992; 2: 76-80.

УДК 618.11-006.6-085.227.3

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ЯИЧНИКА

А. А. Кухарева

Восточно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Усть-Каменогорск

Резюме

В статье проведен анализ методов химиотерапии рака яичника на современном этапе с использованием наиболее эффективных комбинаций цитостатиков. Рак яичников представляет особую форму злокачественных опухолей, так как более чем у 70 % больных к моменту диагностики опухоли развивается асцит.

Түжырым

Аналық бездің шаяны қазіргі терапиясы

Мақалада өте тиімді цитостатиков комбинациялардан қолдануымен қазіргі кезеңде яичника шаян химиотерапиялары әдістердің талдауы өткізілген. Көп не ісікке диагностикаға сәтке 70 % ауруы шөмен дамғандықтан, аналық бездердің шаяны қатерлі ісіктердің ерекше форманы ұсынып жатыр.

Summary

Modern therapy of ovarian cancer

The article analyzes methods of cancer chemotherapy of ovarian cancer at present using the most effective combinations of cytotoxic drugs. Ovarian cancer is a particular form of cancer, since more than 70% of patients at the time of diagnosis of tumors developed ascites.

Рак яичников представляет особую форму злокачественных опухолей, так как более чем у 70 % больных к моменту диагностики опухоли развивается асцит. Данная клиническая ситуация обусловлена тем, что диссемина-

ция происходит в результате эксфолиации опухолевых клеток с поверхности пораженного опухолью яичника с током внутрибрюшной жидкости по всей брюшной полости и таким образом, поражает париетальную и висцер-

ральную брюшину, сальник, диафрагму и капсулу печени. Кроме того, при распространенном раке яичников довольно часто имеет место поражение забрюшинного лимфатического коллектора. У больных с канцероматозно-измененной брюшиной развивается асцит, а в дальнейшем присоединяется и плеврит. Гематогенное метастазирование наблюдается редко, не более чем у 3% больных с поражением печени, костей, головного мозга [1].

Все перечисленное требует неординарного подхода к выработке плана лечения с учетом всевозможных факторов, влияющих на прогноз жизни больных. В связи с этим, основным и ведущим методом лечения больных раком яичников является химиотерапия [2]. Сегодня, большинство исследователей клиницистов считают, что химиотерапию можно не назначать только при IA стадии, высокой степени дифференцировки опухоли и настойчивом желании больной сохранить фертильность. Однако, число подобных больных слишком мало, чтобы повлиять на общую тенденцию назначения химиотерапии при раке яичников, так как более 95 % пациенток должны получать лекарственное противоопухолевое лечение [2,3,4].

Внедрение в клиническую практику новых весьма активных противоопухолевых препаратов, в том числе и при новообразованиях яичников, позволило добиться значительного непосредственного эффекта у 80 %, при этом полная ремиссия отмечалась у 50 % пациенток. Следует признать, что, несмотря на наличие активных цитостатиков и различных схем полихимиотерапии у значительного числа женщин, в различные сроки отмечается рецидив болезни. Более того, в 15-20 % случаев рака яичников имеет место первичная лекарственная резистентность, в этих случаях не удается достичь лечебного эффекта при использовании схем первой линии химиотерапии. Кроме того, все пациентки, у которых развивается рецидив болезни, становятся резистентными к стандартной химиотерапии [4]. Прогрессирование болезни может наступить в ранние сроки, менее 6 месяцев, так называемый «ранний рецидив», в период 6-12 месяцев и в более поздние сроки после окончания химиотерапии. Подобная клиническая ситуация позволила исследователям выделить рак яичников резистентный, умеренно чувствительный и высокочувствительный к современным противоопухолевым препаратам.

До последнего времени наиболее активной схемой химиотерапии рака яичников считалась комбинация цисплатина (карбоплатина) и циклофосфана. С внедрением в клиническую практику таксанов, в частности, таксола и таксотера, которые оказались весьма активными при раке яичников, было проведено большое количество рандомизированных исследований по изучению эффективности таксола и препаратов платины (цисплатин, карбоплатин). В исследовании GOG 111 было показано преимущество схемы таксол и цисплатин перед цисплатином и циклофосфаном по всем показателям. Общая эффективность составила 73% и 60%, полные ремиссии наблюдались в 51% и 31%, медиана безрецидивной выживаемости 18 мес и 13 мес; медиана выживаемости 38 мес и 24 мес, соответственно. Учитывая нефротоксичность, ототоксичность и нейротоксичность цисплатина, в последующем были проведены исследования по изучению эффективности комбинации таксола и карбоплатина. В результате этих исследований была продемонстрирована равная лечебная эффективность, но значительно меньшая токсичность данной комбинации [5]. После многочисленных клинических исследований ведущими специалистами было признано, что «золотым стандартом» лечения рака яичников является схема таксол 175 мг/м² в виде 3-часовой инфузии и карбоплатин AUC 5-7,5 каж-

дые 3 недели, всего 6 курсов химиотерапии. При этом режиме введения препаратов основным токсическим эффектом является нейротоксичность, что касается угнетения кроветворения (в частности, лейкопоза), то нейтропения III-IV степени встречается редко.

В два рандомизированных исследования (GOG158 и AGO) было включено 392 и 399 больных, которым проводилась химиотерапия таксомом 175 –185 мг/м² в виде 3-часовой инфузии и карбоплатином. Нейротоксичность II-III степени имела место у 21% и 6,6% больных, соответственно. Таким образом, у большинства больных имеет место нейротоксичность II степени, требующая коррекции дозы таксола и не приводящая к отмене лечения [5].

Другим препаратом из группы таксанов является доцетаксел, также весьма активный препарат при лечении рака яичников, но отличающийся спектром токсичности. В этом аспекте заслуживает внимания проведенное исследование группы SCOTROC по сравнению эффективности и токсичности двух схем и режимов применения таксола с карбоплатином и таксотера с карбоплатином при раке яичников Ic-IV стадий. В исследование было включено 1077 пациентов, из них 538 получали таксол и карбоплатин и 539 – таксотер и карбоплатин. Общая лечебная эффективность составила 62% и 65%, соответственно. При оценке токсичности были отмечены значительные различия в двух группах. В группе больных, получавших таксотер с карбоплатином, основным лимитирующим фактором являлась миелосупрессия. Нейтропения IV степени с лихорадкой встречалась у 10%, в то время как при использовании таксола – только у 2% пациентов. Назначение колониестимулирующих факторов и антибиотиков в 2-3 раза чаще имело место у больных, получавших таксотер. Нейропатия зарегистрирована в обеих группах. Так, нарушение чувствительности 3 степени отмечено в 8% и 2% случаев, соответственно. Нарушение двигательной моторики 3 степени имело место в 3% случаев при назначении таксола и в 1% случаев при использовании таксотера.

Таким образом, показано, что таксотер в комбинации с карбоплатином в качестве терапии первой линии при раке яичников обладает одинаковой с таксомом непосредственной активностью, но токсическое воздействие на кроветворение значительно более выражено, чем у таксола, что требует использования гематопротекторов, антибиотиков и других симптоматических средств. Необходимо дальнейшая разработка новых подходов с использованием биотерапии, вакцин, препаратов, влияющих на различные этапы молекулярной трансформации нормальных клеток в опухолевые, фотодинамической терапии.

Литература:

1. Урманчеева А.Ф., Кутушева Г.Ф. Диагностика и лечение опухолей яичника: пособие для врачей. – СПб, 2001, - 48 с.
2. Новикова Е.Г., Корнеева И.А. Неoadьювантная химиотерапия при злокачественных опухолях яичников: «за» и «против». Современная онкология, 2003, 5, 1, 11-17.
3. Борисов В.И. Современные достижения и некоторые спорные вопросы химиотерапии рака яичников. Русский медицинский журнал. 2001, 22, 1022-24.
4. Ozols R. Future Directions in the treatment of ovarian Cancer. Seminars in Oncology, 2002, 29, 1, Suppl. 1, 32-42.
5. Bookman M. Developmental Chemotherapy in advanced ovarian cancer: Incorporation of Never Cytotoxic Agents in Phase III. Randomised Trial of the Genecologic Oncology Group (GOG-0182) Seminars in Oncology, 2002, 29, 1, Suppl. 1, 20-31.