

МЕТОДЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ УКОРОЧЕННОЙ ЗУБНОЙ ДУГИ

П.А. Ковтонюк, Г.И. Саблина

(Иркутский институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, зав. — доц., к.м.н. Н.Н. Соболева)

Резюме. На основании опыта лечения 273 пациентов с зубочелюстными аномалиями, характеризующимися сужением и укорочением зубных дуг, в возрасте от 6 до 15 лет, авторы сформировали собственную концепцию применения ортодонтических съемных пластиночных аппаратов механического действия. Выбор конструкции аппаратов обосновывается морфологическими особенностями строения зубочелюстной системы.

Ключевые слова: аномалии и деформации зубных дуг, съемные ортодонтические аппараты.

SEVERAL ASPECTS OF SHORTENED DENTAL ARCH CORRECTION

P.A. Kovtonyuk, G.I. Sablina

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. The authors' conception of the application of bite plates, orthodontic removable lamellar units of mechanical effect, was based on the experience of treatment of 273 patients at the age from 6 to 15 with malocclusions that were specified by narrowed and shortened dental arches. The construction of bite plates was chosen according to anatomical peculiarities of dentition.

Key words: dental arches anomalies and deformations; removable bite plates.

Большинство аномалий и деформаций зубных дуг сопровождается их укорочением, которое часто сочетается с сужением, формируя недостаточность зубной дуги для размещения всех постоянных зубов. Клинически это проявляется скученностью и тортаномалией зубов, вестибулярным или язычным их вытеснением. Нередки случаи полуретенции и ретенции премоляров и клыков, а также комбинации указанных признаков.

Данная ситуация может разрешаться двумя способами: увеличением размеров зубной дуги, либо уменьшением количества постоянных зубов. Увеличение зубной дуги достигается ее удлинением, расширением или их сочетанием. Для достижения цели используется съемная и несъемная ортодонтическая аппаратура [1, 2, 6, 15]. Если при применении современной несъемной техники в ее конструкцию заложены одновременное нивелирование размеров зубной дуги во всех плоскостях, то при лечении на съемной технике необходимо планировать одновременное или последовательное устранение укорочения и сужения зубных дуг.

Приоритет в выборе метода лечения и аппаратуры определяется такими условиями, как степень недостаточности длины зубной дуги, период формирования зубочелюстной системы, активность кариозного процесса, состояние пародонта, психологический статус пациента и др. [4, 8]. В некоторых случаях наиболее эффективно лечение осуществляется с использованием несъемной техники (брекетов). Вместе с тем, следует признать, что степень внедрения данного вида аппаратуры в практику ортодонтот еще недостаточна. Обусловлено это, во-первых, сосредоточением специалистов, владеющих навыками работы с несъемной аппаратурой, преимущественно в крупных городах, а во-вторых, — низкой платежеспособностью большей части населения, поскольку данное ортодонтическое лечение является высокотехнологичным и дорогостоящим видом медицинской услуги.

Съемные конструкции с ортодонтическими винтами и пружинами, по-прежнему, находят широкое применение. Более того, данный вид аппаратуры незаменим для пациентов, у которых аномалия диагностируется в период первой половины сменного прикуса, когда несъемная техника далеко не всегда может быть использована из-за клинко-морфологических особенностей строения зубочелюстной системы детей [12, 13, 14].

Эффективность применения съемных аппаратов, как показал наш опыт, также может быть достаточно высокой [11]. Условием для достижения оптимальных результатов лечения является учет возрастных законо-

мерностей формирования зубных рядов и окклюзии, биоморфологических основ перестройки костной ткани в процессе ортодонтической коррекции. Результат лечения в немалой степени предопределяет и такой фактор, как своевременное вмешательство и управление сменой молочных зубов. Важно обоснованное использование различных модификаций съемной аппаратуры в процессе устранения патологии, адекватность выбора ортодонтической силы.

В доступных литературных источниках и специальных руководствах представлены основные конструкции съемных ортодонтических аппаратов, но недостаточно раскрыты особенности их применения с учетом индивидуального строения зубочелюстной системы пациентов [1, 6, 7].

Целью настоящего исследования явилось обобщение многолетнего собственного клинического опыта лечения пациентов с недостаточными размерами зубных дуг съемной ортодонтической аппаратурой и определение показаний к выбору конструкций с учетом особенностей строения зубочелюстной системы пациентов.

Исследование базируется на результатах лечения 273 пациентов в возрасте от 6 до 15 лет. Для увеличения размеров зубных дуг применялись одночелюстные съемные пластиночные аппараты, включающие винты, пружины, эластическую тягу. Аппараты изготавливались методами горячей и холодной полимеризации пластмассы.

Мы считаем, что лечение данной аномалии должно быть начато сразу после того, как поставлен диагноз. Как правило, первые признаки укорочения зубных рядов диагностируются при прорезывании центральных или боковых резцов. Так, тесное положение передних зубов нижней челюсти выявлялось по нашим данным у $50,7 \pm 2,24\%$ детей от 6 до 8 лет. Саморегуляция же аномалии составляла всего $2,56\%$. Более того, через два года у $3,1\%$ здоровых детей, у которых ранее не выявлялось скученности зубов, возникла патология. Отсроченное лечение в этот период часто приводит к развитию локализованного пародонтита и рецессии десны, а в последующем и к вестибулярному или оральному вытеснению клыков и премоляров на фоне сохраняющегося недостатка места в зубной дуге.

В период прорезывания резцов усилие ортодонта должно быть направлено на удлинение зубной дуги за счет стимуляции трансверзального роста челюстей, которое возможно до 5-7 мм на верхней и до 3-5 мм на нижней челюстях. Размещение винта в базе аппарата при симметричном сужении оптимально по центру срединно-

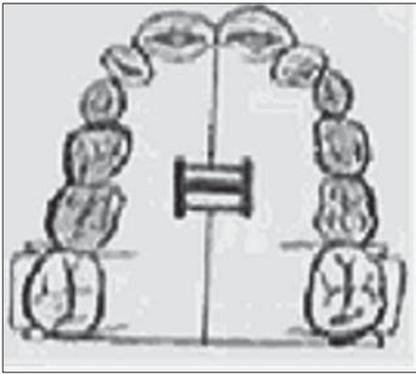


Рис. 1.

вать потенциальные возможности роста фронтального участка челюсти, компенсировать скученность прорезывающихся передних зубов (рис.1). При асимметричном сужении зубного ряда винт смещается в сторону палатоокклюзии или лингвоокклюзии.

В случае недостаточного удлинения зубной дуги только за счет ее расширения рациональным продолжением коррекции аномалии будет дистальное смещение временных и постоянных моляров. Фрагментация аппарата при установке винтов должна быть проведена между клыком и первым молочным моляром (рис.2). Данная конструкция обоснована тем, что при укорочении зубной дуги отмечается плотное или даже тесное взаимоположение зачатков постоянных боковых зубов. Коронки клыков имеют выраженный наклон в сторону корней боковых резцов, нарушая тем самым правильное прорезывание не только боковых, но и центральных резцов, что приводит к формированию «симптома веера». На ортопантограмме наблюдается несоответствие осей зачатков премоляров и клыков с продольной осью молочных зубов, т.е. они смещены и наклонены мезиально, располагаются скученно (рис. 3). Применение указанной конструкции позволяет одновременно переместить дистально не только временные моляры, но и зачатки премоляров за счет воздействия на них еще не подвергшихся активному процессу резорбции корней молочных зубов. Кроме того, представляется возможным провести коррекцию обратного торка постоянных фронтальных зубов при его наличии, что дополнительно компенсирует укорочение зубных дуг. В случае если торк резцов не нарушен, следует предусмотреть его сохранность за счет коррекции базиса (сошлифовывания) в области небных бугорков. При необходимости дистализации еще и молочных клыков, в конструкцию аппарата включаются рукообразные пружины к клыкам с крючками для эластической тяги; на круглых кламмерах также предусмотреть крючки. (рис 4). С целью лучшей фиксации пружин на коронках молочных клыков, можно тонким алмазным бором сформировать в пришеечной области углубления, не выходящие за пределы эмали.

При выраженной патологии в конструкцию аппарата одновременно включаются винты для расширения и удлинения зубного ряда. Расширение на верхней челюсти может быть общим с фикси-

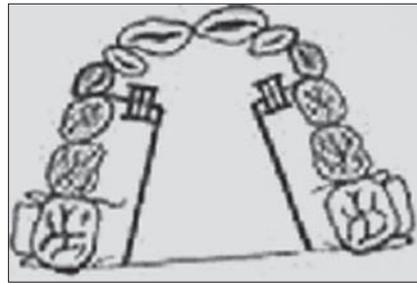


Рис. 2.

с агит т а л ь н о й плоскости, что позволяет максимально использовать

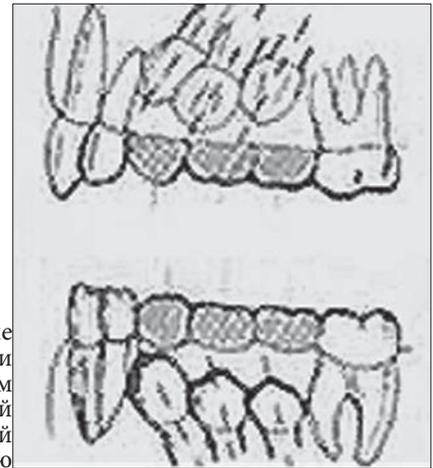


Рис. 3.

ей винта в глубине небного свода или веерообразным при V-образной форме зубной дуги. Активацию винтов проводят поочередно: начинают с центрального винта, через двое суток активируют винты на удлинение, через следующие двое суток повторяют активацию центрального винта, еще через двое суток повторяют активацию винтов для дистализации и т.д. На рисунке 5 представлена конструкция аппарата для веерообразного расширения и одновременного удлинения зубной дуги.

Во втором периоде сменного прикуса, в возрасте (8-10 лет), при выборе конструкции аппарата важно оценить динамику продвижения зачатков клыков и первых премоляров к вершине альвеолярного отростка по данным ортопантомографии челюстей, поскольку при укорочении зубного ряда часто отмечается нарушение сроков, последовательности и парности их прорезывания.

Тесное положение зачатков премоляров на верхней челюсти, мезиальный наклон клыков и более выраженный, чем на нижней челюсти многоуровневый характер их расположения, обосновывают показания к применению метода управлением сменой временных зубов. В частности, своевременное удаление первых молочных моляров позволяет ускорить прорезывание первых премоляров, устранить давление зачатков клыков на корень боковых резцов и создать более благоприятные условия к их прорезыванию (рис.6). Кроме того, последующая аппаратурная дистализация второго молочного моляра вместе с первым постоянным моляром будет способствовать смещению зачатка второго премоляра, тем самым дополнительно снимет проблему недостаточности места для первого премоляра и клыка в данном фрагменте альвеолярного отростка (рис.7).

На нижней челюсти в этот возрастной период наблюдается тенденция к опережающему прорезыванию клыков по отношению к первым премолярам (рис.8). Особое топографическое положение зачатков клыков в альвеолярной дуге нижней челюсти (на ее изгибе как участке параболы), недостаточность апикального базиса, стимулируют их опережающее прорезывание с вестибулярным вытеснением, что еще в большей степени способствует укорочению зубной дуги в целом. Для успешной коррекции атипично прорезывающихся постоянных клыков, нормализации последовательности

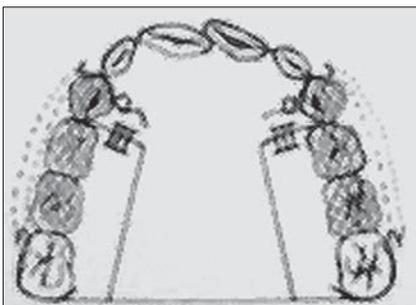


Рис. 4.

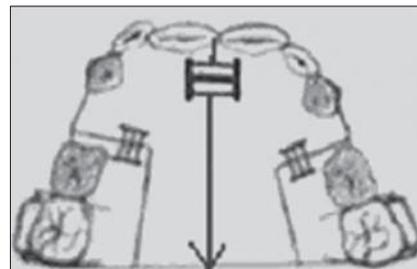


Рис. 5.



Рис. 6.

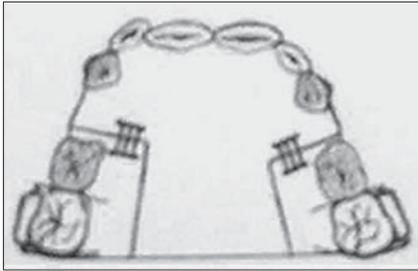


Рис. 7.

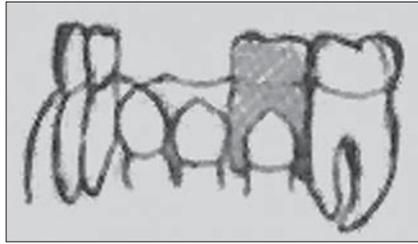


Рис. 8.

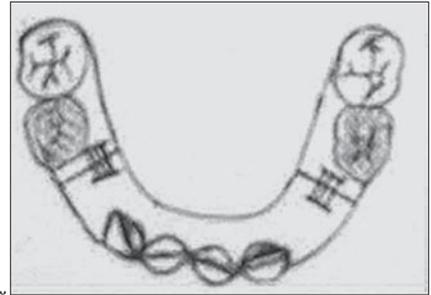


Рис. 9.

го ряда удаляются не только первые молочные моляры, но и молочные клыки, если не произошла их смена. Своевременно применяя метод управления сменой молочных зубов, снимается локальное структурно-функциональное напряжение в зоне альвеолярной кости с зачатками зубов, улучшается гемодинамика в области зачатков и степень их минерализации, состояние пародонта [5]. При этом облегчается и дисталлизация боковых зубов. Обусловлено это тем, что возрастает модуль силы, развиваемый ортодонтическим аппаратом на единицу площади корней перемещаемых зубов, которая в данном случае существенно уменьшается. Используемая в этот период аппаратура, должна обеспечивать дисталлизацию вторых молочных и первых постоянных моляров. Для этого ортодонтические винты устанавливаются в область удаленных первых молочных моляров (рис. 9).

В этот же возрастной период корни молочных моляров могут быть в состоянии значительной резорбции, а зачатки приближены к вершине альвеолярного отростка. В такой клинической ситуации оправданной является тактика форсированной дисталлизации только первых постоянных моляров. Данный выбор коррекции укороченной зубной дуги предусматривает предварительное удаление всех молочных моляров, что позволяет максимально эффективно и быстро воздействовать подвижными фрагментами аппарата в направлении перемещения первых постоянных моляров (рис.10).

В случаях, когда в зубную дугу уже установились первые премоляры и определяется дефицит места для клыков, конструкция аппарата будет зависеть от соотношения фронтальных зубов верхней и нижней челюстей по сагиттали. При ортогнатическом соотношении резцов дисталлизация первых премоляров также необходима, чтобы создать благоприятные условия для прорезывания клыков (до вытеснения их из зубной дуги). Конструкция аппарата в этом случае усложняется за счет включения дополнительных элементов (рис.11).

При прямой или обратной резцовой окклюзии зубная дуга удлиняется мезиально за счет перемещения фронтальных зубов (рис. 12), либо за счет включения в перемещаемый фрагмент и первых премоляров (рис. 13). Определяющим для варианта выбора конструкции будет характер смыкания боковых зубов. При нейтральной окклюзии перемещаются только резцы, при мезиальной окклюзии распил аппарата производится между первыми и вторыми премолярами.

Эффективность коррекции недостаточности длины зубных дуг определяется не только планом лечения и выбором оптимальной аппаратуры,

прорезывания и удлинения зубной дуги

но в значительной степени прогноз лечения будет зависеть от морфологических особенностей объекта, на которые конструкция должна воздействовать [3, 9,10]. В частности, короткая длина зубной дуги нижней челюсти бывает обусловлена широкой ветвью при нормальных размерах тела челюсти. Такое строение челюсти формирует недостаточность ретромолярного пространства для прорезывания вторых и, особенно, третьих моляров. Возможность удлинения зубной дуги при отмеченном варианте строения нижней челюсти крайне ограничена и чаще невозможна (рис. 14).

На эффективность работы аппарата и результат лечения также влияют анатомическая высота коронок зубов, степень их разрушения кариозным процессом или осложнением системной гипоплазией. Кроме этого, в качестве неблагоприятных анатомических особенностей строения челюстей и зубных рядов, затрудняющих применение съемной аппаратуры, мы учитываем такие моменты как:

- протрузию и ретрузию фронтальных зубов;
- вестибулярный, небный или лингвальный наклон боковых зубов и альвеолярного отростка;
- уплощение небного свода;
- недостаточная высота альвеолярного отростка в области боковых зубов, нередко сопутствующая горизонтальному типу роста нижней челюсти (углубление кривой Шпее).

Именно эти факторы в значительной степени будут определять конструктивные особенности аппарата, условия его наложения, стабилизацию во время функции органов полости рта, а также степень усилия винта или пружины, передаваемых на зубы, альвеолярный отросток и пародонт.

При недостаточной высоте коронок зубов или в случае их значительного разрушения кариесом, поражения деструктивной формой гипоплазии воздействие активных элементов аппарата будет слабым или даже невозможным. Данные клинические условия нередко являются причиной, побуждающей ортодонта отказаться от применения аппаратуры в сроки, оптимальные для лечения и занимать выжидательную тактику, применять методику Хотца или планировать в перспективе несъемную технику. При решении начать аппаратурное лечение этому должно предшествовать восстановление утраченных или недостающих тканей зубов, а в конструкцию аппарата вводится больше удерживающих элементов, адаптированных к рельефу опорных зубов.

Протрузия фронтальных зубов может вызывать затруднения при наложении аппарата из-за наличия в его конструкции вестибулярной дуги. Альтернативой фрагменту вестибу-

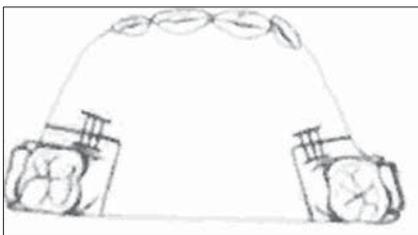


Рис. 10.

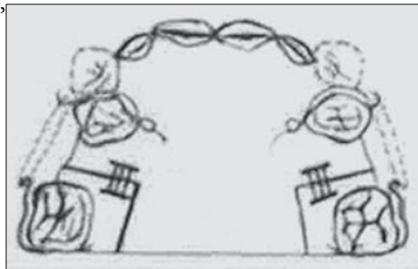


Рис. 11.

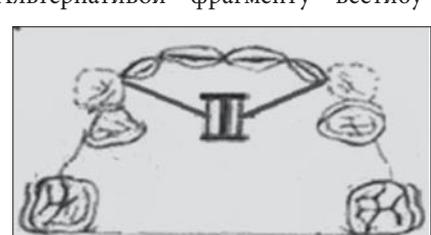


Рис. 12.

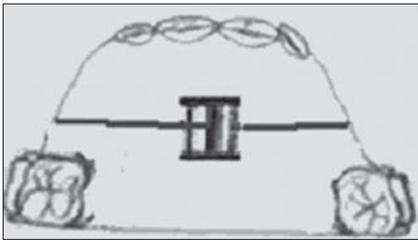


Рис. 13.

лярной дуги может служить применение эластофора или резинового кольца, фиксируемого за крючки в области П-образных петель. Также учитывается, что при дистализации боковых зубов существует риск усугубления протрузии фронтальных зубов, так как активно проявляются реципрокные силы. Для предупреждения данного осложнения необходимо постоянное уменьшение небной или лингвальной границы базиса аппарата (рис.15).

Ретрузия фронтальных зубов способствует укорочению зубных дуг (рис. 16). Поэтому важно уже на первом этапе лечения спрогнозировать степень компенсации укороченной зубной дуги за счет протрузии резцов и дистализации моляров.

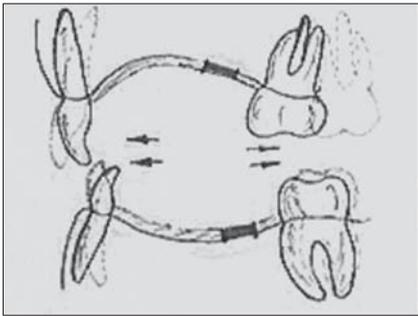


Рис. 16.

ложение аппарата, а потому необходимо изготовление утолщенного базиса в этой области. Устранение нарушений наклона данных зубов в процессе коррекции укороченной зубной дуги необходимо проводить еще и по следующим морфологическим условиям. Как известно, корни зубов фиксированы в губчатой альвеолярной кости, которая заключена между двумя кортикальными пластинами: внутренней и наружной.

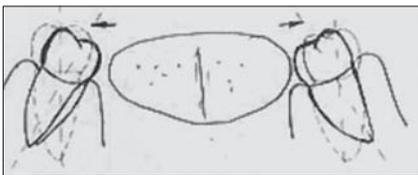


Рис. 17.

При ортодонтическом лечении перемещение зубов дистально должно осуществляться именно по центру альвеолярного отростка. При наклоне оптимальное перемещение боковых зубов в пределах губчатого костного «тоннеля» невозможно, так как часть периодонта перемещаемого зуба будет испытывать сопротивление со стороны внутренней кортикальной пластинки. На нижней же челюсти она представлена чрезвычайно мощной и плотной структурой и, не устранив предварительно язычный наклон боковых зубов, ожидать их успешную дистализацию крайне сомнительно (рис.17).

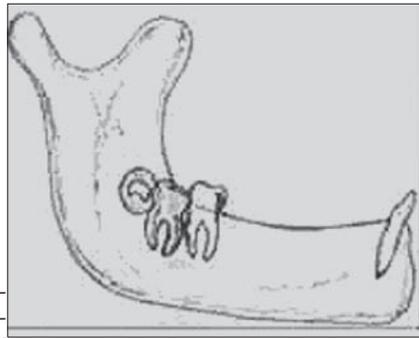


Рис. 14.

На нижней челюсти нередко возникает необходимость предварительного устранения орального наклона боковых зубов расширяющими аппаратами перед дистализацией зубов. В ы р а ж е н ы й язычный наклон указанных зубов затрудняет

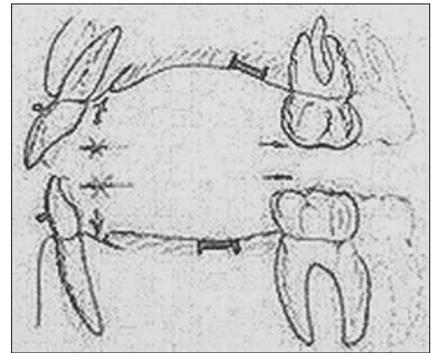


Рис. 15.

Одним из осложнений при дистальном перемещении моляров с нарушенной инклинацией без предварительного установления зубов по центру альвеолярных отростков может быть рецессия десны, как со стороны базиса аппарата, так и с противоположной стороны отростка. Причиной данного осложнения является нарушение трофики в десне в результате механического сдавливания тканей.

На верхней челюсти вестибулярный наклон боковых зубов и уплощенный небный свод с недостаточностью апикального базиса иногда сочетаются с сужением зубного ряда и его укорочением (рис. 18). Устранение данного нарушения съемной аппаратурой является чрезвычайно сложной задачей из-за неэффективного воздействия на них аппарата.

Основное давление аппаратом оказывается не на альвеолярные отростки, а на зубы, усугубляя их вестибулярный наклон. При этом аппарат отдалека от небного свода и нарушается его фиксация. Активация винта в съемном аппарате при такой ситуации проводится реже (один раз в неделю на одну четверть оборота). Приоритетным в таком случае является использование несъемной аппаратуры.

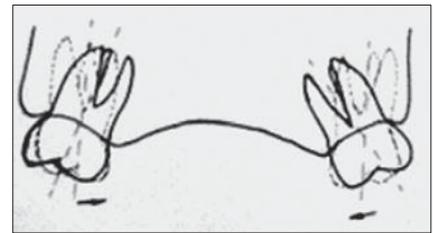


Рис. 18.

Недостаточная высота альвеолярного отростка в области боковых зубов (углубление кривой Шпее) часто наблюдается на нижней челюсти и является признаком преобладающего горизонтального роста челюсти над вертикальным и сопровождается глубокой окклюзией. Эта анатомическая особенность строения является серьезной проблемой для стабилизации съемного аппарата (влияние функции языка) и, естественно, для воздействия на зубной ряд. Выявление указанного фактора при клиническом осмотре существенно снижает прогноз эффективного удлинения зубного ряда. В данной ситуации на первом этапе раннего лечения необходимо стимулировать вертикальный рост альвеолярных отростков, например, используя миофункциональные аппараты.

Таким образом, обобщение результатов лечения пациентов с укороченными зубными рядами, позволили нам сформулировать данную концепцию для эффективной коррекции патологии с применением съемной аппаратуры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. Ортодонтия. Учебное пособие. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 424 с.
2. Герасимов С.Н. Несъемная ортодонтическая техника. Руководство по использованию ортодонтической техники фирмы ORMCO. — СПб., 2002. — 48 с.

3. Кузнецова И.Л., Саблина Г.И. Формы и размеры зубного ряда верхней челюсти при тесном положении зубов // Актуальные вопросы стоматологии детского возраста. Межвузовский сборник научных трудов. — Кемерово, 1997. — С. 13-14.

4. Кузнецова И.Л., Саблина Г.И., Ковтонюк П.А., Васильев В.Г. Клинико-морфологическое обоснование к лечению тесного положения зубов на верхней челюсти. — Сборник научных трудов. — Рязань, 2001. — С.180-186.

5. Левченко Л.Т. Роль плотности расположения коронок и корней зубов в патогенезе кариеса. — *Стоматология*. — 1980. — № 6. — С.18-20.

6. Руководство по ортодонтии/Под ред. Ф.Я. Хорошилкиной. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1999. — 798 с.

7. Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий. Изд. 2-е, перераб. — М.: Ортодент-Инфо, 1999. — 297 с.

8. Саблина Г.И. Обоснование показаний к выбору метода устранения тесного положения фронтальных зубов нижней челюсти в периоде сменного прикуса. *Стоматология*. — 1986. — № 1. — С. 77-79.

9. Саблина Г.И., Ковтонюк П.А., Снагина Н.Г. Формирование зубного ряда у детей в зависимости от размеров нижней челюсти/Управление морфогенезом тканей и органов в процессах адаптации (Тезисы докладов 1-ой Республиканской научной конференции). — Иркутск, 1989. — Ч. 2. — С. 83-84.

10. Саблина Г.И. Устранение тесного положения фронталь-

ных зубов нижней челюсти/Профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний. — Хабаровск, 1990. — С. 113-114.

11. Саблина Г.И., Снагина Н.Г. Результаты лечения детей с тесным положением зубов во фронтальном участке нижней челюсти в периоде сменного прикуса/ Реабилитация больных с основными стоматологическими заболеваниями. — Иркутск, 1991. — С. 120-125.

12. Саблина Г.И., Васильев В.Г., Павлова И.А. Способ дистального удлинения зубных рядов// Бюллетень ВСНЦ СО РАМН: — Иркутск, 1997. — Вып. 1. — С. 93-94.

13. Саблина Г.И., Кузнецова И.Л., Стародубцева А.Е. Удлинение переднего отрезка зубной дуги нижней челюсти аппаратами модифицированных конструкций // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии. — Рязань, 2002. — С. 223-226.

14. Саблина Г.И., Ковтонюк П.А., Стародубцева А.Е., Татарина Е.Н. Диагностика и клинико-морфологическая характеристика фронтального перекрестного прикуса/ Ортодонтия. — 2006. — № 1. — С. 59.

15. Справочник по ортодонтии / Под ред. М.Г. Бушана. — Кишинев, 1990. — 486 с.

Адрес для переписки: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГИУВ,
Ковтонюк Петр Алексеевич — доцент,
Саблина Галина Иннокентьевна — доцент

© МОРИКОВ Д.Д., ГОРБАЧЕВ В.И., ДВОРНИЧЕНКО В.В. — 2009

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЛЕЙКОПЕНИИ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЯИЧНИКА

Д.Д. Мориков¹, В.И. Горбачев², В.В. Дворниченко¹

¹Иркутский областной онкологический диспансер — гл. врач — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко;

²кафедра анестезиологии и реаниматологии, зав. — д.м.н., проф. В.И. Горбачев

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. В работе представлены данные клинического исследования 76 больных с раком яичника, осложненного лейкопенией. В лечение основной группы больных была включена методика направленного транспорта гепатопротектора эссенциале. Добавление раствора эссенциале в эритроцитарную массу позволяет эффективно провести лечение и коррекцию лейкопении, при этом не прерывая сроки лечения и не снижая дозы химиотерапии.

Ключевые слова: лейкопения, эссенциале, экстракорпоральная фармакотерапия.

EXTRACORPORAL PHARMACOTHERAPY OF LEUKOPENIA IN CHEMOTHERAPY IN THE PATIENTS WITH OVARY CANCER

D.D. Morikov, V.I. Gorbachov, V.V. Dvornichenko

(Irkutsk Regional Oncologic Clinic; Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. There has been presented the clinical study of 76 patients with ovary cancer complicated with leukopenia. The methods of the direct transport of hepatoprotector were included in the treatment of the patients from the main group. The addition of the essenciale solution in erythrocyte mass allows to conduct effectively the treatment and correction of leukopenia not breaking the terms of treatment and not reducing the dose of chemotherapy.

Key words: leukopenia, essenciale, extracorporeal pharmacotherapy.

Рак яичников является одним из наиболее распространенных и неблагоприятно текущих опухолевых заболеваний у женщин, лидирующий по числу смертных случаев среди новообразований женских половых органов.

Эпидемиологические исследования показывают, что за последние десятилетия отмечается отчетливая тенденция роста заболеваемости женщин злокачественными опухолями яичников. Рак яичников занимает шестое место в мире среди общей онкологической заболеваемости и седьмое место среди причин онкологической смертности у женщин, составляя от четырех до шести процентов. Среди гинекологических раков новообразования яичников стабильно занимают третье место после рака шейки и тела матки, что составляет от 17,5 до 33% в общей структуре злокачественных опухолей у женщин. Ежегодно число больных новообразованиями гонад возрастает на полтора процента. За последние 10 лет прирост составил более 12% [7].

Рак яичников характеризуется бессимптомным течением, в связи с чем его ранняя диагностика крайне затруд-

нена. Так, от 75 до 80% случаев рак яичников диагностируется на III-IV стадиях болезни [4]. Эти данные не могут не внушать опасения, что, несомненно, требует улучшения качества лечения больных раком яичников, своевременного выбора и оптимизации методов лечения.

В настоящее время наиболее эффективным видом лечения рака яичника является оперативное пособие в комплексе с полихимиотерапией. Проведение эффективной, интенсифицированной химиотерапии часто ограничивается токсическим действием высоких доз цитостатиков, которые обладают выраженной миелосупрессией, повышающей риск развития тяжелых бактериальных и грибковых инфекций, могущих привести к летальному исходу [2].

По литературным данным при проведении химиотерапии в 90% случаев развивается нейтропения 1-2 степени, а у 30-40% пациентов — 3-4 степени, требующая поддерживающей терапии на протяжении нескольких недель. Нарушаются сроки проведения лечения, что так же ухудшает выживаемость пациентов [6].