

ОНКОЛОГИЯ. ХИРУРГИЯ. НЕФРОЛОГИЯ

УКД 616-006.04-08-039.75

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ЛАПАРАСКОПИЧЕСКОЙ УЗ- ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ И ЕГО РЕЦИДИВОВ

И.Е. Захарова, В.И. Соловьев

Смоленский областной онкологический клинический диспансер

Кафедра онкологии ГОУ ВПО СГМА

Резюме: Современные методы комбинированного лечения рака яичников, при условии адекватного проведения, позволяют добиться ремиссии заболевания примерно у 75 % больных, включая 40 % полных регрессий, однако у 50 % больных в различные сроки (в среднем через 16–18 месяцев) возникают рецидивы. Применение УЗ-звукового лапароскопического датчика позволит осуществить раннюю диагностику и верификацию рецидива рака яичников с назначением оптимального лечения.

Ключевые слова: рецидив рака яичников, ультразвуковой лапароскопический датчик.

USING THE METHODS LAPAROSCOPIC TIE-DIAGNOSTICSES FOR EARLY DIAGNOSTICS AND TREATMENTS RELAPSE CANCER GONAD

I. E. Zakharova, V. I. Solovyov

Summary: The modern methods of the multifunction treatment of the cancer gonad, at condition of the identical undertaking, allow to obtain the remissions of the disease beside 75 % sick approximately, including 40 % full regression, however

beside 50 % sick at different periods (at the average through 16-18 months) appear the relapses. Using the TIE-sound laparoscopic of the sensor will allow to realize the early diagnostics and verification of the relapse of the cancer gonad with purpose of the optimum treatment.

Keywords: relapse of the cancer gonad, TIE laparoscopic sensor.

Актуальность. В России ежегодно рак яичников (РЯ) выявляется более чем у 11 000 женщин (10,17 на 100 000), занимая седьмое место в структуре общей онкологической заболеваемости (5%) и третье – среди гинекологических опухолей, после рака тела и шейки матки. За последние 10 лет в стране произошел прирост заболевания на 8,5%. (А.Ф. Урманчеева, И.Е. Мешкова, 2008).

Современные методы комбинированного лечения РЯ при условии адекватного проведения позволяют добиться ремиссии заболевания примерно у 75 % больных, включая 40 % полных регрессий, однако у 50 % больных в различные сроки (в среднем через 16–18 месяцев) возникают рецидивы. Терапия рецидивов представляет собой наиболее дискуссионный раздел онкогинекологии (М.Б. Стенина, 2008, Тюляндин С.А., 2009).

Ситуация усугубляется тем, что более или менее четко на настоящий момент сформулированы лишь стратегические задачи, общие для подавляющего большинства онкологических больных с диссеминированной болезнью: терапия рецидивов носит паллиативный характер, и, с учетом этого, ее основными целями являются продление жизни и улучшение ее качества за счет уменьшения или, по возможности полного устранения симптомов, обусловленных опухолевым ростом. Однако конкретные тактические вопросы, в частности, определения контингента больных, подлежащих лечению и алгоритма диагностики и лечения рецидивов рака яичников, пока не решены, о

чем свидетельствует отсутствие конкретных указаний на этот счет, например, в рекомендациях Европейского общества медицинской онкологии 2010.

В сложившейся ситуации наиболее важным, во многом определяющем последующий успех, является вопрос своевременного начала лечения. И здесь на первые роли выдвигается этап диагностического мониторинга рецидива. Зачастую первым и единственным признаком прогрессирования при раке яичников является рост маркера СА-125. Этот маркер, не будучи строго специфичным для РЯ, в большинстве случаев является первым и в течение некоторого времени единственным проявлением рецидива болезни примерно у 70 % больных (Тюляндин С.А., М. Markman с соавт, 2006). Появление других клинических признаков рецидива, регистрируемых с помощью рутинных инструментальных методов исследования, и, тем более, возникновение жалоб может запаздывать на многие месяцы и, по данным литературы, составляет в среднем 4 месяца, колеблясь от одного до 27 месяцев (Misset J.L., Vennin P., Chollet P., 2007, М.Б. Стенина, 2008).

В рекомендациях Европейского общества медицинской онкологии 2010 определение уровня СА-125 на этапе наблюдения рекомендуется производить для мониторинга рецидива и его повышение считать основанием для применения углубленных алгоритмов диагностического поиска признаков прогрессирования. Вопрос немедленного начала химиотерапии «маркерного» рецидива при его изолированном росте остается открытым. На ASCO 2009 были представлены результаты крупного исследования III фазы по оценке клинического преимущества раннего начала химиотерапии, основанного только на повышении СА-125, где установлено снижение качества жизни без увеличения общей продолжительности жизни данного контингента больных.

Более того, раннее начало химиотерапии связано с существенным увеличением стоимости лечения, а вопрос экономической эффективности в современных условиях также является одним из приоритетно актуальных.

Например, по самым предварительным оценкам, раннее начало химиотерапии, не подтвержденное инструментальными методами, обойдется только в масштабах Смоленской области финансовыми потерями около 2 млн. рублей в год.

Поэтому в период изолированного роста СА-125, как указывалось выше, на первое место выдвигается применение методов углубленного диагностического поиска.

Своевременная диагностика рецидива РЯ является отражением эффективности проводимого лечения. Отдельные аспекты лабораторного и ультразвукового мониторинга в течение последних лет достаточно активно обсуждаются в литературе (Ашрафян Л.А., Харченко Н.В., 2005, Сидоренко Ю.С., Неродо Г.А., Голотина Л.Ю., 2008 и др.). Потенциал дорогостоящих методов –МРТ, ПЭТ, КТ – раскрыт еще недостаточно, являясь интересным аспектом для проведения исследований наряду с рутинным выполнением трансабдоминального УЗИ исследования органов брюшной полости. Однако перечисленные методы не решают вопроса доказательности диагностического поиска, подразумевающего обязательную морфологическую верификацию рецидива, оценку лимфогенного метастазирования с точным определением локализации метастазов в различных группах забрюшинных лимфоузлов и т.д..

Это обстоятельство выдвигает на первый план идею эндовидеоскопической диагностики, широко реализованную в отношении солидных опухолей, при распространенном раке яичников и приобретает особую привлекательность, принимая во внимание его известную склонность к перитонеальной диссеминации с преимущественно внутрибрюшной локализацией метастазов (Р.А.Хвастунов, В.В.Столоренко, Е.Д.Лютая, Т.Ф.Девятченко,2007).

Широкое применение лапароскопических технологий привело к сужению показаний к операциям типа "Second-look". Более того, с внедрением новых

диагностических методов, особенно совершенствованием лапароскопических исследований возник вопрос о замене этими методами диагностических лапаротомий. По данным НИИ онкологии им.проф.Н.Н.Петрова, с помощью лапароскопии в 81.7% случаев удастся разрешить дифференциально-диагностические затруднения при диагностике рецидива РЯ.

Таким образом, совершенствование малоинвазивных лапароскопических методов диагностики рецидива РЯ и точных сроков и критериев их проведения с целью своевременной клинико-экономической оптимизации (изменения) алгоритма лечения, а также мониторинга регресса заболевания позволит увеличить показатели выживаемости и длительность ремиссии этого контингента больных.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения рецидивов РЯ путем клинико-экономической оптимизации объемов хирургического вмешательства и лекарственного лечения по результатам усовершенствованной и своевременно выполненной лапароскопической диагностики.

Задача исследования. Разработать алгоритм усовершенствованной лапароскопической диагностики рецидива РЯ с инновационным использованием интраоперационного конвексного УЗИ-датчика в качестве навигационной техники для определения формы рецидива с обязательной морфологической верификацией.

Материалы и методы. В СООКД за последний год проведено ИО-УЗИ 22 больным с подозрением на рецидив, пролеченным по поводу рака яичников комплексным методом. Только у 3 из них по данным трансабдоминального УЗИ забрюшинного пространства диагностированы увеличенные лимфоузлы в парааортальной области и у 1 в подвздошной области. Больные нуждались в верификации диагноза для проведения курсов химиотерапии по поводу рецидива рака яичников. При исследовании у 12 больных выявлены пораженные лимфоузлы, верифицирован рецидив опухоли без лапаротомии,

только по данным лапароскопического исследования с УЗ-навигацией. У 4 больных проведена лапаротомия для удаления рецидивной опухоли, обнаруженной по данным лапароскопической УЗ-диагностики.. В последующем все больные получили курсы химиотерапии по поводу верифицированных рецидивов, выбор препаратов для химиотерапии осуществлялся по данным гистологического заключения и срокам прежде проведенных курсов химиотерапевтического лечения.

Результаты:

1. Разработан алгоритм дополнительной лапароскопической интраоперационной УЗ-диагностики формы рецидива РЯ, позволяющий оптимизировать клинико-экономические показатели эффективности лечения при достоверном достижении максимальной продолжительности ремиссии.

2. Установлена корреляционная связь между показателями 3-летней выживаемости, информативностью диагностического мониторинга рецидива и сроками начала лечения по данным ретроспективного анализа.

Вывод: предложенный метод лапароскопической интраоперационной УЗ-диагностики рецидива РЯ позволяет определить оптимальный с точки зрения экономической и клинической эффективности алгоритм лечения и его продолжительность, что должно увеличить общую выживаемость больных этой группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашрафян Л.А., Харченко Н.В. Роль лучевой терапии в гинекологической онкологии. Томск. 2005; С. 18–20. 4.
2. Сидоренко Ю.С., Неродо Г.А., Голотина Л.Ю. и др. Российский онкологический журнал, 2008; 2: 37–8.
3. Стенина М.Б. Химиотерапия первой линии при раке яичников: стандарты и нерешенные вопросы. Практическая онкология №4 2008 С. 25-31.
4. Тюляндин С.А. ASCO 2009. Рак яичников. 45-ая ежегодная конференция Американского общества клинической онкологии (ASCO) <http://www.asco.org>.
5. Урманчеева А.Ф., Мешкова И.Е. Вопросы эпидемиологии и диагностики рака яичников. Практическая онкология №4 2008 С. 7-13.
6. Хвастунов Р.А., Столоренко В.В., Лютая Е.Д., Девятченко Т.Ф., Егин Е.И. Диагностические алгоритмы комплексного мониторинга при специальном лечении распространенного рака яичников. Том 06/№ 1/2007 С. 7-24.
7. Markman M. Second-look laparotomies in ovarian cancer: a medical oncologist's perspective Cancer research Clinical Oncology 2006.
8. Misset J.L., Vennin P., Chollet P. Second-look laparotomies in ovarian cancer: Past, Present and Future. Indian Journal of medical and pediatric oncology. Vol. 25 № 1 2007, P 28-31.

УДК: 616-006.04-08-039.75

**ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В СМОЛЕНСКОМ
ОБЛАСТНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ**

В.С. Зуй

Смоленский областной онкологический клинический диспансер

Кафедра онкологии ГОУ ВПО СГМА