частями расщепленного курса ЛТ. В то же время из клинической практики известно, что временной интервал между ИОЛТ и ДГТ может составлять месяц и более. Поэтому, с учетом сказанного, применение ЛКМ на данном этапе ее развития для планирования дозовых нагрузок при ИОЛТ, сочетающейся с ДГТ, также затруднительно. Следовательно, модель ВДФ остается практически основным вариантом, с помощью которого можно рассчитать дозовые нагрузки при сочетании ИОЛТ с наружным облучением в любой последовательности их применения. Сказанное подтверждается клиническим опытом НИИ онкологии г. Томска, где модель ВДФ уже в течение нескольких лет используется для планирования дозовых нагрузок при сочетании ИОЛТ с наружным облучением.

Выводы. Необходимо заметить, что полученные с помощью различных моделей значения предельных однократных доз на сегодняшнем этапе развития ИОЛТ могут служить лишь в качестве ориентира, способного предотвратить серьезные лучевые осложнения. Для получения более точных данных необходимы исследования, уточняющие, например, параметры перспективной ЛКМ в более широком интервале однократных доз для различных типов тканей и объемов облучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЯИЧНИКОВ

М.С. Панаев

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан

Актуальность. В связи с отсутствием в настоящее время эффективной системы профилактики или ранней диагностики рака яичников заболевание в 65–80 % случаев диагностируется в III–IV стадии. В связи с этим основное внимание должно быть уделено лечению распространенных форм рака яичников. Одним из основных компонентов традиционного лечения рака яичников является системная химиотерапия, совершенствование которой представляется наиболее реальным направлением улучшения результатов течения. Адъювантная химиотерапия является важнейшей составной частью при комбинированном лечении рака яичников. В настоящее время схемами выбора являются комбинации, содержащие цисплатин или другие производные платины, среди которых предпочтение отдается комбинациям цисплатин + циклофосфамид, цисплатин + паклитаксел и цисплатин + доксорубицин + циклофосфамид. Применяемые после циторедуктивных операций, эти схемы обеспечивают непосредственный эффект 60–80 % и медиану выживаемости 2–3 года с возможностью длительных (5 лет и более) ремиссий.

Цель нашей работы – изучить сравнительную эффективность адъювантной химиотерапии рака яичников.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 80 больных, прошедших терапию за период 2001–2005 гг., которым проведено комбинированное лечение – операция + адъювантная химиотерапия. Оценка степени распространения опухолевого процесса по системе TNM показала, что в основном больные были со степенью распространения опухолевого процесса с $T_{1c}N_0M_0$ и $T_3N_0M_0$. Возраст больных колебался от 20 до 75 лет, в среднем 50 ± 1 год. При поступлении в клинику в 30 случаях (37,5 %) выявлена первичная опухоль, в 40 (50 %) – вторичная опухоль и в 10 (12,5 %) – рецидивная опухоль. Продолжительность анамнеза колебалась от 1 до 36 мес, в среднем – 6,3 мес. При клиническом осмотре у 72 больных (90 %) отмечены боли внизу живота, у 35 (43,7 %) – нарушение менструального цикла, у 67 (83,7 %) – болевой синдром, у 47 (58,7 %) – увеличение объема живота. При клинико-эхографическом исследовании у 54 больных (67,5 %) имел место асцит в брюшной полости. Гистологическая структура опухоли: в 37 случаях (46,2 %) – аденокарцинома, в 4 (5 %) – низкодифференцированная аденокарцинома, в 3 (3,75 %) – умереннодифференцированная аденокарцинома, в 10 (12,5 %) – злокачественная текома, в

20 (25 %) – цистаденокарцинома, в 5 (6,25 %) – муцинозный рак. По данным УЗИ размеры опухоли колебались от 50 до 250 мм. После комплексного обследования больные были подвергнуты хирургическим вмешательствам. Следует отметить, что 20 больных до поступления к нам были прооперированны в клиниках неонкологического профиля, при госпитализации в онкоучреждение у 11 из них был продолженный рост. Оперативные вмешательства характеризовались следующим образом: из 80 больных у 45 (56,3 %) произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками с резекцией большого сальника, у 23 больных (28,7%) – экстирпация матки с придатками с резекцией большого сальника, у 12 (15 %) – циторедуктивные операции. В группе радикально оперированных больных, проводилось 3–6 курсов адъювантной химиотерапии, у больных после циторедуктивных вмешательств схема адъювантной химиотерапии зависела от эффективности проводимой лекарственной терапии.

Результаты. Нами проанализирована эффективность адъювантной химиотерапии отдельно в 2 группах больных по 40 человек по схемам CP и CAP по 4–6 курсов. Суммарная частота рецидивов и метастазов при схеме CP составила 50,0 %, а при CAP – 47,5 %. В целом из 80 больных у 26 (32,5 %) выявлен рецидив опухоли, у 14 (17,5 %) – отдаленные метастазы. Рецидив опухоли проявлялся в виде опухолевидного конгломерата в полости малого таза, асцита. Метастазы были в легкие у 4 (5 %), в печень – у 4 (5 %), в плевру – у 2 (2,5 %), в шейку матки – у 2 (2,5 %), в отдаленные лимфатические узлы (надключичные, средостения) – у 2 (2,5 %), у 8 (10 %) – канцероматоз брюшины. Эти метастазы в основном носили множественный характер. Нами изучены отдаленные результаты и продолжительность жизни больных раком яичников после проведенного комбинированного лечения. Из общего числа больных 36 (45 %) находятся под наблюдением, 45 больных (55 %) умерли. Больные прослежены от 1 года до 5 лет. Средняя продолжительность жизни больных изучена отдельно в группе радикальных и циторедуктивных операций. Анализ 3- и 5-летней выживаемости в зависимости от характера операций и схемы адъювантной химиотерапии свидетельствует, что эти показатели составили 47,9 % и 24,7 % соответственно.

Выводы. Таким образом, проведение химиотерапии в адъювантном режиме с использованием препаратов цисплатина и доксорубицина значительно снижает частоту появления рецидивов и метастазов, удлиняет сроки их появления и улучшает показатели выживаемости. На основании вышеизложенного можно заключить, что комбинированное лечение операция + адъювантная химиотерапия по схеме CAP удлиняет сроки выживаемости больных и сокращает частоту рецидивов и метастазов.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ

М.С. Панаев

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан

Актуальность. Рак яичников на сегодняшний день остается актуальной проблемой, что обусловлено высокими показателями заболеваемости и смертности. Несмотря на современные достижения в лечении, рак яичников занимает первое место по смертности в структуре опухолей гениталий у женщин. 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. Эпидемиологические исследования показывают, что за последнее десятилетие во всем мире отмечается отчетливая тенденция роста заболеваемости опухолями яичников. По