

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 адьювантной химиотерапии, у больных после циторедуктивных вмешательств схема адьювантной химиотерапии зависела от эффективности проводимой лекарственной терапии.

**Результаты.** Нами проанализирована эффективность адьювантной химиотерапии отдельно в 2 группах больных по 40 человек по схемам СР и САР по 4–6 курсов. Суммарная частота рецидивов и метастазов при схеме СР составила 50,0 %, а при САР – 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 адьювантной химиотерапии свидетельствует, что эти показатели составили 47,9 % и 24,7 % соответственно.

**Выводы.** Таким образом, проведение химиотерапии в адьювантном 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 + адьювантная химиотерапия по схеме САР 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 науч-

ный 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

данным Вайтквичуса (1991), ежегодно число больных новообразованиями яичников возрастает на 1,5 %. 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. Ведущим в терапии рака яичников остается комбинированный метод лечения, включающий неoadъювантную и адъювантную химиотерапию, а также хирургическое вмешательство.

**Цель** нашей работы – оценить результаты комбинированного лечения больных раком яичников, по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты комбинированного лечения 80 больных, прошедших лечение в Южно-Казахстанском областном онкологическом диспансере за период 2002–2005 гг. Возраст больных варьировал от 17 до 65 лет. Наиболее подвержены этому заболеванию лица 4-го и 6-го десятилетий. Продолжительность анамнеза колебалась от 1 до 12 мес, в среднем составила 5,7 мес. При изучении гинекологического анамнеза у 26 больных (43,3 %) отмечено наличие менструального цикла, у 34 больных (56,7 %) менопауза. Гистологическая структура опухоли: у 45 (56,25 %) больных выявлена аденокарцинома, у 5 (6,25 %) – злокачественная текома, у 13 (16,25 %) – цистаденокарцинома, у 13 (16,25 %) – злокачественная серозная цистаденокарцинома, у 4 (5 %) – серозный папиллярный рак яичников. Больные распределены на 2 группы по 40 человек, в 1-й группе проведено комбинированное лечение: неoadъювантная химиотерапия по схеме СР (Циклофосфан 1000 мг/м<sup>2</sup> + Цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день) + операция, в 2-й группе – неoadъювантная химиотерапия по схеме САР (Циклофосфан 750 мг/м<sup>2</sup>, Доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup>, Цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день) + операция. Оценка степени распространения опухолевого процесса по данным TNM показала, что в этой группе больных раком яичников T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> и T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>. В последующем результаты лечения были изучены в сравнительном аспекте.

**Результаты.** Оценка эффективности неoadъювантной химиотерапии при местно-распространенном раке яичников проводилась после каждого курса. Во всех случаях с целью определения эффективности лечения изучен лечебный патоморфоз опухоли. Полный эффект от лечения больше всего (20 %) был при схеме САР; при схеме СР он был в 3 раза меньше (6,6 %). Общий эффект (полный+частичный) при схеме САР был у 25 (62,5 %) больных из 40. При схеме СР общий эффект зафиксирован у 19 (47,5 %). Изучена эффективность лечения в зависимости от количества проведенных курсов неoadъювантной полихимиотерапии. Как показал анализ, наиболее оптимальный эффект лечения был у больных, получавших неoadъювантную химиотерапию до 3–4 курсов, по сравнению с больными, получавшими 1–2 курса. Следует отметить, что в группе больных, получавших до 4 курсов, в течение лечения схемы и режимы химиотерапии не менялись.

Изучена эффективность лечения по схемам СР и САР в зависимости от гистологического варианта опухоли, степени ее распространения и размеров, от наличия асцитной жидкости в брюшной полости и возраста больных. При изучении эффективности лечения в зависимости от гистологической структуры опухоли выявлено, что наиболее эффективной схемой при аденокарциноме оказалась схема СР – общий эффект отмечен у 81,2 % больных, затем схема САР (у 68,6 %). Анализ эффективности лечения в зависимости от степени распространения опухоли, ее размеров, наличия асцита и от возраста больных показал, что неoadъювантная химиотерапия оказалась эффективной при отсутствии метастазов в регионарных лимфатических узлах, при размерах опухоли менее 10 см, при отсутствии асцита и при возрасте до 60 лет. Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах, размеры опухоли более 10 см, наличие асцита и возраста более 60 лет являются неблагоприятными прогностическими признаками и существенно снижают эффект от лечения.

**Выводы.** Таким образом, наибольший эффект получен при проведении 3–4 курсов химиотерапии с платиносодержащими препаратами. Неoadъювантная химиотерапия при