

- cancer in patients undergoing transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. Department of Urology, Minimally Invasive Surgery Center, The First Affiliated Hospital, Guangzhou Medical College, Guangzhou, Guangdong Province, China. zgzhao@yahoо.com.cn
32. Oh CY, Kim SJ et al. Preoperative clinical factors for diagnosis of incidental prostate cancer in the era of tissue-ablative surgery for benign prostatic hyperplasia: a korean multi-center review. Department of Urology, Hallym University College of Medicine, Chuncheon, Korea.
33. Voigt S, Hüttig F et al. Risk factors for incidental prostate cancer-who should not undergo vaporization of the prostate for benign prostate hyperplasia? Prostate. 2011 Sep;71(12):1325-31. doi: 10.1002/pros.21349. Epub 2011 Feb 9.
34. Lowe BA, Listrom MB. Incidental carcinoma of the prostate: an analysis of the predictors of progression. J Urol. 1988 Dec;140(6):1340-4. Department of Surgery, University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque.
35. Morita M, Matsuura T. Successful Treatment of Incidental Prostate Cancer by Radical Transurethral Resection of Prostate Cancer. Clin Genitourin Cancer. 2012 Nov 5. pii: S1558-7673(12)00212-1. doi: 10.1016/j.clgc.2012.09.012.
36. П.В. Глыбочко, А.Н. Понукалин и соавторы. Прогностические факторы у больных инцидентальным раком предстательной железы Онкоурология 1 ' 2 0 0 8 ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава; НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии.

УДК 616-006.6:618.11

© И.Р. Рахматуллина, Г.В. Хамитова, Л.В. Халикова, 2013

И.Р. Рахматуллина¹, Г.В. Хамитова², Л.В. Халикова¹ СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

²ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Казань

Рак яичников в структуре злокачественных новообразований женских половых органов характеризуется неоднозначным прогнозом и самым высоким показателем смертности. Среди прочих факторов, определяющих данный феномен, ведущими являются особенности метастазирования опухоли. Метастазирование рака яичника происходит на ранних стадиях развития заболевания и проходит различными путями: контактно, внутрибрюшинно, гематогенно и через лимфатическую систему. Такие особенности метастазирования определяются топографией, анатомическим строением, кровоснабжением и лимфатическим руслом женской половой железы. Определенную барьерную роль на пути развития патологического процесса по брюшной полости играет большой сальник. Неблагоприятный прогноз и неудовлетворительные результаты лечения на современном этапе требуют пересмотра подходов к хирургическому лечению рака яичников. В связи с этим уточнение особенностей метастазирования рака яичника дает возможность для поиска новых путей блока распространения злокачественных клеток.

Ключевые слова: раковые клетки, рак яичников, лимфатическая система, хирургическое лечение.

I.R. Rakhmatullina, G.V. Khamitova, L.V. Khalikova CURRENT REALITIES AND THE POSSIBILITY OF SURGICAL TREATMENT OF OVARIAN CANCER

Ovarian cancer in the structure of the female genital organs malignancy is characterized by an ambiguous forecast and the highest mortality rate. The leading factors determining this phenomenon are the features of tumor metastasis. Metastasis of ovarian cancer occurs at the early stages of the disease and runs a variety of ways: contact, intraperitoneal, haemacirculatory and through the lymphatic system. Such features are determined by the topography of metastatic disease, anatomy, blood supply and lymphatic channel of the female reproductive gland. The greater omentum plays the barrier role in the development of the pathological process of the abdomen. At present poor prognosis and poor treatment outcomes require reviewing approaches to the surgical treatment of ovarian cancer. In this connection defining the features of ovarian cancer metastasis provides an opportunity to find new ways to disable malignant cells distribution.

Key words: cancer cells, ovarian cancer, lymphatic system, surgical treatment.

Среди всех других видов злокачественных поражений женских половых органов рак яичников характеризуется неоднозначным прогнозом и самыми высокими показателями смертности [1,2,3,4,5,6,10,12,24]. В структуре онкологической заболеваемости женщин в Российской Федерации удельный вес рака яичников составляет 4,9%. Стандартизованный показатель заболеваемости (на 100 000 женского населения) в 1990 году составил 9,2, в 2005 году – 10,7. Общий прирост за указанный период был 5,1%, в том числе в связи с изменением численности и возрастной струк-

туры населения – 1,3%, в связи с изменением риска заболеть – 3,8% [8,9,15].

Известно, что на момент диагностики большинство пациентов имеют запущенные формы заболевания. Заболевание является распространенным уже при IC стадии, и после проведения стандартного лечения – операции и системной химиотерапии, – как правило, рецидивирует [7]. Это усложняет прогноз при данном заболевании. В связи с этим самым важным прогностическим фактором у этих пациентов является остаточная опухоль после первичной операции [31,41,44,45,60,62].

В связи с актуальностью данной проблемы исследования направлены на выявление факторов прогноза рака яичника, совершенствование хирургического лечения, разработку новых препаратов и комбинаций для первой и последующих линий химиотерапии, изучение эффективности таргетной терапии, а также на альтернативные подходы в химиотерапии овариального рака.

Известно, что особенности метастазирования злокачественных опухолей в значительной мере определяют клиническое течение, выбор методов лечения и прогноза заболевания [4].

Метастазирование рака яичника определено его анатомическими особенностями. Яичник обильно снабжен кровеносными и лимфатическими сосудами, связывающими орган прямым путем и посредством анастомозов с регионарными лимфатическим узлами, соседними и отдаленными органами [4]. В силу анатомического расположения и подвижности яичник может непосредственно контактировать с окружающими органами таза и даже брюшной полостью, особенно при увеличении этого органа за счет опухолевого поражения. Этим объясняется раннее и обширное распространение рака яичников различным путем.

Сегодня клинически значимыми критериями прогноза при раке яичников, по мнению большинства авторов, являются гистопатологические и клинические факторы. Особое значение имеют стадии заболевания по FIGO и послеоперационная остаточная опухоль. Так, в частности, ранний овариальный рак стадий Ia и II по FIGO имеет хороший прогноз с выживаемостью около 90%. Но при этом должны соблюдаться определенные условия: 1) опухоль макроскопически резецирована, 2) адекватное хирургическое определение стадийности, 3) адъювантная химиотерапия на основе платины. В настоящее время высокодифференцированные и светлоклеточные гистологические варианты патологического процесса расценены как неблагоприятные прогностические факторы у больных с опухолью, ограниченной яичниками, эти пациенты получают послеоперационную химиотерапию [38].

При запущенных стадиях овариального рака (FIGO IIb-IV) цель первичной операции – максимальная циторедукция. Дополнительно проводится послеоперационное лечение комбинацией карбоплатина с паклитакселом. Однако большинство пациентов с запущенной стадией рака рецидивируют, несмотря на оп-

тимальную первичную терапию [35].

В связи с этим важным является поиск факторов неблагоприятного прогноза рака яичников. Значимыми прогностическими переменными для больных IV стадии, пролеченных стандартными методами, явились гистологический тип, злокачественный плевральный выпот, внутривисцеральные метастазы печени и остаточный размер опухоли. Пациенты с микроскопической остаточной опухолью имели лучший результат. Пациенты с остаточной опухолью от 0,1 до 1,0 см и пациенты с остаточной опухолью от 1,1 до 5,0 см имели схожие медианы выживаемости без прогрессии и общей выживаемости. Пациенты с остаточной опухолью размером больше 5 см имели худшие медианы выживаемости без прогрессии и общей выживаемости в сравнении со всеми другими группами. Медиана общей выживаемости для микроскопической, от 0,1 до 5,0 см остаточной опухоли и больше 5,0 см составила 64, 30 и 19 месяцев соответственно [61].

Эффективность проводимого лечения зависит от адекватной оценки клинических и морфологических параметров, имеющих прогностическое значение. Значимую роль играет адекватное интраоперационное стадирование опухоли. Используемые в настоящее время традиционные клинко-морфологические факторы не всегда позволяют адекватно оценить злокачественный потенциал конкретной опухоли. Известно, что даже в пределах одной стадии заболевания и морфологического вида опухоли прогноз может существенно варьировать [16].

Решающее значение для прогноза рака яичника имеет остаточный объем опухоли. Стандартным лечением распространенного овариального рака является первичная циторедуктивная операция с оментэктомией, сопровождаемая послеоперационной химиотерапией [11,13,25,33,56]. Можно ожидать лучший прогноз в случае оптимального уменьшения объема опухоли (остаточная опухоль менее 1 см) [18,20,27,28,37,46,61]. Известно, что оптимальное уменьшение объема опухоли может быть достигнуто приблизительно в 40 % случаев при III и IV стадиях овариального рака.

Неoadъювантная химиотерапия была признана как альтернатива первичному хирургическому уменьшению объема опухоли для пациентов с очевидно неоперабельными большими опухолями или низким объективным статусом пациентов. Ретроспективные исследования показали, что общая выживаемость

мость была сопоставима между пациентами, лечившимися неадьювантной химиотерапией, сопровождаемой циторедуктивной операцией, и больными, которые вначале перенесли циторедуктивную операцию, хотя первые имели больше запущенных случаев и более низкий объективный статус. Основываясь на этих благоприятных результатах неадьювантной химиотерапии пациентов с запущенным заболеванием или низким объективным статусом, данный вид терапии был расширен при всех случаях запущенного заболевания, включая пациентов без очевидно неоперабельных опухолей и с высоким объективным статусом в проспективных исследованиях [19,48].

Установлено, что наличие массивной опухолевой инфильтрации брюшины, «панцирного» сальника, поражения забрюшинных лимфатических узлов, вовлечение в опухолевый процесс толстой и тонкой кишок, асцита, плеврита является показаниями к проведению химиотерапии на первом этапе. Только при ее эффективности возможно успешное выполнение последующего оперативного вмешательства. Есть данные, что в случае массивной опухолевой диссеминации, полисерозита, вовлечения в опухолевый процесс соседних органов проведение неадьювантной химиотерапии позволяет выполнить оптимальные и субоптимальные операции с пятилетней выживаемостью 24,2% [17].

Результаты разных исследований показывают, что 5-летняя выживаемость в 50% возможна только у тех пациентов, которым проводилась полная циторедукция всей опухоли. Поэтому лучший хирургический выбор для пациентов с распространенным овариальным раком – это первичная хирургическая процедура в полном объеме, а не «оптимальная» циторедукция, которая оставляет участки опухоли в объеме до 1 см в диаметре [32,51]. Изучена активность гидролитической системы в ткани злокачественных опухолей яичников, которая свидетельствует о том, что опухоли, развивающиеся после ранее перенесенных неадекватных эндоскопических операций, носят более агрессивный инвазивный характер. Также при неадекватном объеме оперативного вмешательства у больных с начальными стадиями рака яичников выявлено нарушение центральной регуляции выработки половых гормонов [22,23].

При запущенном овариальном раке пациенты, перенесшие циторедуктивную операцию без остаточной опухоли, имеют лучший показатель выживаемости по сравнению с пациентами с видимой остаточной опухолью не

более 10 мм. При этом еще не ясно, является ли это результатом лучшей реакции на химиотерапию или это просто «регулировка часов» таким образом, что пациенты с меньшей остаточной опухолью будут позднее рецидивировать и умирать от данного заболевания. Рассмотрены истории болезней пациентов, которые получали первичную операцию при стадиях IIIС и IV овариального рака, сопровождаемую внутривенной платино-таксановой химиотерапией. Критериями оценки эффективности лечения были полный объективный ответ, платиновая устойчивость в течение 6 месяцев, выживаемость без прогрессии и общая выживаемость. Отмечается, что у больных овариальным раком с остаточной опухолью меньше 10 мм, получивших платино-таксановую терапию, максимальная циторедукция без остаточной опухоли была связана с лучшим начальным объективным ответом на химиотерапию, меньшим количеством случаев платиновой устойчивости и лучшей выживаемостью.

Таким образом, максимальная циторедукция может улучшить выживаемость путем повышения чувствительности к первичной химиотерапии и должна быть первым этапом лечения пациентов [57].

Недавние исследования явились основанием для того, чтобы оптимальная циторедукция для запущенного эпителиального овариального рака в отличие от существующих норм Гинекологической группы онкологии при остаточной опухоли не более 1 см была заменена полным отсутствием остаточной опухоли вследствие лучшей выживаемости пациентов, оказавшихся макроскопически практически здоровыми.

Была проанализирована выживаемость при остаточной опухоли определенного диаметра, чтобы определить оптимальную цель первичной циторедукции для стадии IIIС эпителиального овариального рака. Использовалась проспективная база данных, чтобы идентифицировать и рассмотреть карты 465 пациентов с эпителиальным овариальным раком стадии IIIС, перенесших первичную циторедуктивную операцию. Одно- и многофакторный анализы, которые включали оценку различных прогностических факторов, идентифицировали объем остаточной опухоли как значимый прогностический фактор ($p < 0,001$). Медиана общей выживаемости при пяти остаточных категориях опухоли составляла 106 месяцев без остаточной опухоли; при остаточной опухоли не более 0,5 см – 66 месяцев; при остаточной опухоли 0,6-1,0 см – 48 меся-

цев; при остаточной опухоли более 2 см – 34 месяца; при остаточной опухоли 1-2 см – 33 месяца. Статистический анализ выявил 3 различные группы с достоверно различной выживаемостью ($p < 0,01$): группа 1 – нет остаточной опухоли; группа 2 – остаточная опухоль не более 1 см и группа 3 – остаточная опухоль более 1 см. Хотя различие в выживаемости не достигало статистического значения в группе больных с остаточной опухолью не более 1 см, была тенденция к повышению выживаемости пациентов при меньших объемах остаточной опухоли (не более 0,5 см) по сравнению с пациентами с остаточной опухолью 0,6-1,0 см ($P = 0,06$) [62].

Из этого очевидно, что удаление всех очагов макроскопической опухоли связано с длительной выживаемостью и должно быть целью первичной циторедуктивной операции. Если полная резекция не выполнима, то циторедукция, направленная на самую минимальную, насколько возможно остаточную опухоль, должна быть целью операций, поскольку любое возрастающее уменьшение остаточной опухоли меньше 1 см связано с увеличением общей выживаемости [25].

Ряд исследований посвящен установлению роли максимальной циторедукции с применением комбинированных обширных резекций с резекцией толстой кишки, перитонектомии [21,26,53,54,59], а также определению влияния операций на верхних этажах брюшной полости на показатели выживаемости больных овариальным раком [29,34,36,39,43,49,50,52].

На показатели выживаемости при запущенном овариальном раке к стандартным хирургическим методам применяется обширная верхняя брюшная хирургическая циторедукция. Сообщается, что исследуемые больные были разделены на 3 группы. Пациентам группы 1 проведено обширное хирургическое вмешательство на верхних этажах брюшной полости – перитонектомия/резекция диафрагмы, резекция паренхимы печени или ворот печени и/или спленэктомии с или без дистальной резекции поджелудочной железы для достижения оптимальной циторедукции (остаточная опухоль не более 1 см). Пациентам группы 2 проведена оптимальная циторедукция, произведенная стандартными хирургическими методами, включая гистерэктомию, овариэктомию, иссечение сальника и резекцию кишки. Пациентам группы 3 проведена субоптимальная циторедукция. Первичными оцененными результатами были ответ на первичную химиотерапию, выживаемость

без прогрессии и общую выживаемость. Медиана выживаемости без прогрессии для групп 1, 2, и 3 составила 24, 23 и 11 месяцев соответственно. Выживаемость без прогрессии в группах 1 и 2 была эквивалентна ($p = 0,53$) и значительно более длительна, чем в группе 3 ($p < 0,001$). Медиана общей выживаемости была 84 и 38 месяцев в группах 2 и 3 соответственно и не достигала 68 месяцев в группе 1. Авторами было установлено, что пациенты, перенесшие обширные вмешательства на верхних отделах брюшной полости для достижения оптимальной циторедукции, демонстрировали начальный объективный ответ, выживаемость без прогрессии и общую выживаемость, эквивалентные группе пациентов, перенесших оптимальную циторедукцию стандартными хирургическими методами. Распространенность опухоли в верхних отделах брюшной полости не являлась индикатором биологических свойств опухоли. Иницирующее максимальное хирургическое вмешательство было связано с лучшей выживаемостью больных [55].

Проанализировано влияние распространенности опухоли на верхние отделы брюшной полости по направлению к большому сальнику на хирургические результаты у больных IIIС стадии эпителиальным овариальным раком, раком маточной трубы и первичным перитонеальным раком. Все пациенты с IIIС стадией эпителиального овариального, маточной трубы и первичного перитонеального рака, перенесшие первичную циторедуктивную операцию, были включены в исследование. Поражение верхнего отдела брюшной полости по направлению к большому сальнику было определено как злокачественное, вовлекающие диафрагму, печень, ворота печени, селезенку, поджелудочную железу, желудок и малый сальник. Степень диссеминации была связана с объемом асцита ($p < 0,001$). Среди пациентов с объемами асцита более 500 мл 54 % имели большую степень диссеминации, направленной к большому сальнику, 37 % имели минимальную степень и 9 % не имели признаков диссеминации. Оптимальная циторедукция (остаточная опухоль не более 1 см) была достигнута у 81 %, 63 % и 39 % пациентов в группах с отсутствием диссеминации, с диссеминацией не более 1 см и диссеминацией более 1 см соответственно ($p < 0,001$). Таким образом, верхний отдел брюшной полости по направлению к большому сальнику часто вовлекается у больных со стадией IIIС овариального, трубного и перитонеального рака. Эта патология достоверно

связана с большим объемом асцита и неоптимальной циторедукцией [58].

Безусловно, возникает вопрос о влиянии сочетания обширных циторедуктивных процедур на верхних этажах брюшной полости со стандартной оптимальной первичной циторедукцией на процент осложнений. Сравнивались две группы пациентов – группа 1 (контрольная) состояла из 70 пациентов, которые перенесли стандартную первичную циторедуктивную операцию. Группа 2 (исследовательская) состояла из 70 пациентов, которым проводились более обширные операции на верхних этажах брюшной полости, включая резекцию диафрагмы, спленэктомию, дистальную резекцию поджелудочной железы, резекцию печени, резекцию опухоли ворот печени и холецистэктомию. Большинство (86%) имели стадию IIIС и серозный вариант гистологии (76 %). Процент оптимальной циторедукции (остаточная опухоль не более 1 см) составлял 50 для группы 1 и 76 для группы 2 ($p < 0,01$). Операционное время и оцененные потери крови были больше в группе 2, чем в группе 1. Процент осложнений и продолжительность госпитализации незначительно отличались между этими двумя группами [39]. Использование обширных хирургических вмешательств на верхних этажах брюшной полости значительно увеличивает процент оптимальной первичной циторедукции. Хотя операционное время и оцененные потери крови были больше, процент основных осложнений и продолжительность госпитализации оставались прежними.

Анатомическое обоснование метастазирования рака яичника

Известны разные способы метастазирования рака яичника.

При имплантационном механизме рак яичника распространяется по всем отделам полости брюшины в связи с естественной циркуляцией серозной жидкости. Этот путь метастазирования связан с анатомической особенностью яичника: орган закладывается интраперитонеально, но затем в ходе онтогенеза мезотелиальная выстилка вокруг яичника редуцируется и яичник становится единственным органом, у которого его наружная часть (капсула, белочная оболочка) ничем не отделяется от полости брюшины [4,47].

Второй путь – лимфогенный механизм метастазирования – характеризуется разными путями оттока лимфы от органа. Первое направление оттока лимфы идет через воронко-тазовую связку, в которой проходят экстраорганные кровеносные и висцеральные

лимфатические сосуды яичника. В дальнейшем отток лимфы идет по париетальным лимфатическим сосудам, которые прерываются в париетальных узлах таза и брюшной полости: крестцовых, запираательных, подчревных, внутренних и общих подвздошных, поясничных [42]. Другой путь оттока лимфы от яичника – это лимфатические сосуды, сопровождающие круглую связку матки. Эти сосуды направляются к паховым лимфатическим узлам, а далее к наружным и общим подвздошным и поясничным [30]. По данным River M.S. et al. (1978), в 10% случаев клинически подтвержденного рака яичника метастазы обнаруживаются в парааортальных и нижних диафрагмальных узлах.

Третий путь распространения опухоли – гематогенное метастазирование [4].

По мнению большинства исследователей, при эпителиальном раке яичника наиболее обсемененной является париетальная и висцеральная брюшина [4]. Однако клинически и патоморфологически данные метастазы на ранних этапах развития болезни могут не выявляться [14]. В связи с этим особый интерес вызывают исследования иммунных свойств брюшины в целом и отдельных ее образований (сальников, связок и т.п.), которые являются значимыми при выборе метода лечения и составления прогноза заболевания.

Таким образом, поскольку общий прогноз для пациентов с овариальным раком неблагоприятен, лечение должно проводиться опытными мультидисциплинарными группами в онкогинекологии. Овариальный рак ранней стадии требует точного и полного определений стадийности, чтобы не были пропущены потенциальные участки метастазирования. Удаление всех очагов макроскопической опухоли связано с длительной выживаемостью больных и должно быть целью первичной циторедуктивной операции. Если полная резекция не выполнима, то циторедукция, направленная на самую минимальную, насколько возможно, остаточную опухоль, должна быть целью операций, поскольку любое возрастающее уменьшение остаточной опухоли меньше 1 см связано с увеличением общей выживаемости. Вместе с тем после каждой операции, даже выполненной в оптимальном объеме, сохраняется риск развития рецидива опухоли [10,11].

Сложность при овариальном раке заключается в получении детальной оценки распространенности болезни, а значит и циторедуктивность операции не всегда может оцениваться адекватно. Лимфатический аппарат

женских половых органов играет важную роль как в развитии воспалительного процесса, так и в распространении опухолевого заболевания. В доступной нам литературе мы нашли данные лишь о лимфодиссекции и облучении лимфатических сосудов проводимых при раке яичников, которые являются своего рода механическим блоком на пути у раковых клеток. Учитывая неблагоприятный прогноз и

неудовлетворительные результаты лечения, на современном этапе требуется пересмотр подходов к хирургическому лечению рака яичников. Особенности лимфатического оттока и большое значение лимфатической системы в диссеминации раковых клеток способствуют поиску новых путей блока распространения злокачественных клеток.

Сведения об авторах статьи:

Рахматуллина Ирина Робинзоновна – д.м.н., профессор кафедры онкологии с курсами ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, ул. Ленина, 3. Тел. 8(347)248-32-07.

Хамитова Гульшат Валиевна – д.м.н., доцент кафедр акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России. Адрес: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49. Тел. 8 (843) 36-06-52.

Халикова Лариса Вячеславовна – аспирант кафедры онкологии с курсами ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, ул. Ленина, 3. Тел. 8(347)248-32-07. E-mail: Anifas09@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман, Я. В. Новые подходы к лечению гинекологического рака / Я. В. Бохман. – СПб.: Мед. «Гиппократ», 1993. – С. 70-73.
2. Бохман, Я.В. Руководство по гинекологической онкологии / Я.В. Бохман. – Л.: Медицина, 1989. – 463 с.
3. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии: научное издание / Я.В. Бохман. – СПб.: Фолиант, 2002. – 542 с.
4. Винокуров, В.Л. Рак яичников. Закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В.Л. Винокуров. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2004. – 336 с.
5. Вопросы эпидемиологии, клиники и диагностики рака яичников / И. Г. Шимоткина [и др.] // Справочник врача общей практики: ежемесячный научно-практический журнал. – 2006. – № 4. – С. 75-78.
6. Ганцев, Ш.Х. Метастазирование и лечение рака (новые данные и подходы к лечению) // Креативная онкология и хирургия. – 2011. – № 1. URL: <http://eoccosurg.com/?p=101> (дата обращения: 18.06.2012).
7. Гинекология по Эмилио Новаку / под ред. Дж. Берека, И.Адаши и П.Хиллард: пер. с англ. – М.: Практика, 2002. – 896 с.
8. Давыдов, М. И. Современное состояние и проблемы онкологии / М. И. Давыдов, Л. Демидов, Б. Поляков // Врач. – 2006. – № 13. – С. 3-7.
9. Давыдов, М.И. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них в странах СНГ в 2005 г. / М. И. Давыдов, Е. М. Аксель // Вестник Российской академии медицинских наук: ежемесячный научно-теоретический журнал / Российская академия медицинских наук. – 2007. – №11. – С. 45-49.
10. Жордания, К.И. Злокачественные новообразования яичников / К.И. Жордания // Энциклопедия клинической онкологии – М.: Издательская группа ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, 2004. – С.427-441.
11. Жордания, К.И. Некоторые аспекты хирургического лечения рака яичников / К.И. Жордания // Практическая онкология. – 2000. – Т. 1, № 4. – С. 19-22.
12. Клинические рекомендации. Онкология 2006: учебное пособие / под ред. В. И. Чиссова. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. – 701 с.
13. Кормош, Н.Г. Оптимальная циторедуктивная хирургия у первичных больных раком яичников III-IV стадий / Н.Г. Кормош, К.П. Лактионов, Н.С. Кержковская // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2010. – № 4. – С.103-111.
14. Нечаева, И.Д. Цитологический метод исследования у больных злокачественными опухолями яичников (Обзор литературы) / И.Д. Нечаева, В.Л. Винокуров // Вопр. онкологии. – 1984. – № 3. – С. 45-48.
15. Основные показатели онкологической помощи населению России / В.И. Чиссов [и др.] // Врач. – 2006. – № 13. – С. 72-74.
16. Паниченко, И.В. Клиническое значение генетических и количественных показателей клеток опухоли при раке яичников: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 44 с.
17. Распространенный рак яичников: выбор тактики / А.И. Беришвили [и др.] // Материалы V съезда онкологов и радиологов СНГ. – Ташкент, 2008. – С. 377.
18. Расширенные и комбинированные операции в лечении распространенного рака яичников / А.И. Беришвили [и др.] // Российский онкологический журнал. – 2002. – №5. – С.27-29.
19. Роль неоадьювантной химиотерапии в комбинированном лечении рака яичников IV стадии / А.И. Мелько [и др.] // Вестн. Нац. медико-хир. центра им. Н.И. Пирогова. – 2006. – Т. 1, № 1. – С. 104-107.
20. Роль циторедукции в хирургии распространенного рака яичников / А.И. Беришвили [и др.] // Материалы V съезда онкологов и радиологов СНГ. – Ташкент, 2008. – С.377.
21. Свиницкий, В.С. Тазовая перитонэктомия у больных раком яичников / В.С. Свиницкий // Материалы V съезда онкологов и радиологов СНГ. – Ташкент, 2008. – С.396.
22. Связь характера оперативного вмешательства и гормонального статуса больных начальными стадиями рака яичников / Ю.С. Сидоренко [и др.] // Материалы V съезда онкологов и радиологов СНГ. – Ташкент, 2008. – С.398.
23. Сидоренко, Ю.С. Лапароскопические операции неадекватного объема повышают биологическую агрессивность злокачественных опухолей яичников / Ю.С.Сидоренко, Е.М. Франциянц, Т.И. Моисеенко // Материалы V съезда онкологов и радиологов СНГ. – Ташкент, 2008. – С.397.
24. Урманчеева, А.Ф. Вопросы эпидемиологии и диагностики рака яичников / Урманчеева А.Ф., Мешкова И.Е. // Практическая онкология. – 2000. – Т.1, № 4. – С.7-13.
25. Хирургическое лечение рака яичников 3-4 стадии / А.И. Беришвили [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2002. – Т. 161, № 1. – С. 48-50.
26. A clinical pathway for patients undergoing primary cytoreductive surgery with rectosigmoid colectomy for advanced ovarian and primary peritoneal cancers / M.A. Gerardi [et al.] // Gynecol Oncol. – 2008. – Vol.108, N2. – P. 282-286. – Epub 2007 Nov 19.
27. A statement for extensive primary cytoreductive surgery in advanced ovarian cancer / Pomel C. [et al.] // BJOG. – 2008. – Vol.115, N7. – P. 808-810.
28. Aggressive surgical strategies in advanced ovarian cancer: A monocentric study of 203 stage IIIC and IV patients / P.E. Colombo [et al.] // Eur J Surg Oncol. – 2008. – N18. [Epub ahead of print].
29. Assessment of outcomes and morbidity following diaphragmatic peritonectomy for women with ovarian carcinoma / S.C. Dowdy [et al.] // Gynecol Oncol. – 2008. – Vol.109, N2. – P. 303-307.
30. Burghardt, E. Pelvic lymphadenectomy in operative treatment of ovarian cancer / Burghardt E., Pickel H., Lahousen M. // Amm. J. Obstet. Gynecol. – 1986. – V. 155. – P.315.

31. Cytoreductive surgery for advanced epithelial tumors of the ovary: technical considerations and outcome / el-S.A. Khalil [et al.] // J. Egypt. Natl Canc Inst. – 2005. – Vol.17, N3. – P.158-164.
32. Cytoreductive surgery in ovarian cancer / C. Pomel [et al.] // Cancer Imaging. – 2007. – Vol.17, N7. – P. 210-215.
33. Does aggressive surgery only benefit patients with less advanced ovarian cancer? Results from an international comparison within the SCOTROC-1 Trial / S.C. Crawford [et al.] // J Clin Oncol. – 2005. – Vol.1, N23(34). – P. 8802-8811.
34. Eisenkop, S.M. Splenectomy in the context of primary cytoreductive operations for advanced epithelial ovarian cancer / S.M. Eisenkop, N.M. Spirtos, W.C. Lin // Gynecol Oncol. – 2006. Vol.100, N2. – P.344-348.
35. Epithelial ovarian cancer / F. Hilpert [et al.] // Ther Umsch. – 2007. – Vol. 64, N7. – P. 375-380.
36. Extended cytoreduction of intraabdominal metastatic ovarian cancer in the left upper quadrant utilizing en bloc resection / M.S. Hoffman [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2007. – Vol.197, N2. – P. 209.e1-4; discussion 209.e4-5.
37. Fader, A.N. Role of surgery in ovarian carcinoma / A.N. Fader, P.G. Rose // J Clin Oncol. – 2007. – Vol.10, N25(20). – P. 2873-2883.
38. Hauptmann, S. Prognostic factors in ovarian carcinoma / S. Hauptmann, M. Köbel // Verh Dtsch Ges Pathol. – 2005. – Vol.89. P.92-100.
39. Hepatic resection for metachronous metastases from ovarian carcinoma / J.G. Bosquet [et al.] // HPB (Oxford). – 2006. – Vol.8, N2. P.93-96.
40. Improved optimal cytoreduction rates for stages IIIC and IV epithelial ovarian, fallopian tube, and primary peritoneal cancer: a change in surgical approach / D.S. Chi [et al.] // Gynecol Oncol. – 2004. – Vol.94, N3. – P.650-654.
41. Long-term survival in advanced ovarian carcinoma following cytoreductive surgery with standard peritonectomy procedures / A.A. Tentes [et al.] // Int J Gynecol Cancer. – 2006. – Vol.16, N2. – P. 490-495.
42. Mangan, C.E. Lymph node nomenclature in gynecologic oncology/ C.E. Mangan, S.C. Rubin, D.S. Rabin // Gynecol. Oncol. – 1986. – V. 23. – P.222.
43. Multivisceral cytoreductive surgery in FIGO stages IIIC and IV epithelial ovarian cancer: results and 5-year follow-up / H.S. Scholz [et al.] // Gynecol Oncol. – 2007. – Vol.106, N3. P.591-595. Epub 2007 Jul 9.
44. Onda, T. Ovarian cancer / T. Onda // Gan To Kagaku Ryoho. – 2007. – Vol. 34, N11. – P.1735-1739.
45. Optimal cytoreduction for advanced epithelial ovarian cancer: a commentary / S.M. Eisenkop [et al.] // Gynecol Oncol. – 2006. – Vol. 103, N1. – P. 329-335.
46. Ovarian cancer in the octogenarian: does the paradigm of aggressive cytoreductive surgery and chemotherapy still apply? / K.N. Moore [et al.] // Gynecol Oncol. – 2008. – Vol. 110, N2. – P.133-139. Epub 2008 May 20.
47. Ozols, R.F. The management of borderline and/or localized ovarian cancer (stage I and stage II FIGO) / R.F. Ozols // 10th International Congress on Anti-Cancer Treatment. – Paris, 2000. – Jan. 31 – feb. 3. – P. 34-35.
48. Phase III trial of upfront debulking surgery versus neoadjuvant chemotherapy for stage III/IV ovarian, tubal and peritoneal cancers: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0602 / T. Onda [et al.] // Jpn J Clin Oncol. – 2008. – Vol.38, N1. – P.74-77.
49. Role of diaphragmatic surgery in 69 patients with ovarian carcinoma / K. Devolder [et al.] // Int J Gynecol Cancer. – 2008. – Vol.18, N2, P.363-368.
50. Splenectomy as part of cytoreductive surgery in ovarian cancer / P.M. Magtibay [et al.] // Gynecol Oncol. – 2006. – Vol.102, N2. – P.369-374.
51. Suh-Burgmann, E. Cytoreductive surgery for gynecologic malignancies—new standards of care / E. Suh-Burgmann, C.B. Powell // Surg Oncol Clin N Am. – 2007. – Vol.16, N3. – P.667-682.
52. Surgical treatment of diaphragm disease correlates with improved survival in optimally debulked advanced stage ovarian cancer / G.D. Aletti [et al.] // Gynecol Oncol. – 2006. – Vol.100, N2. – P.283-287.
53. Survival impact of multiple bowel resections in patients undergoing primary cytoreductive surgery for advanced ovarian cancer: a case-control study / R. Salani [et al.] // Gynecol Oncol. – 2007. – Vol.107, N3. – P. 495-499. Epub 2007 Sep 12.
54. Takahashi, O. Intestinal surgery in advanced ovarian cancer / O. Takahashi, T. Tanaka // Curr Opin Obstet Gynecol. – 2007. – Vol.19, N1. – P. 10-14.
55. Eisenhauer, E.L. The addition of extensive upper abdominal surgery to achieve optimal cytoreduction improves survival in patients with stages IIIC-IV epithelial ovarian cancer / E.L. Eisenhauer, N.R. Abu-Rustum, Y. Sonoda // Gynecol Oncol. – 2006. – Vol.103, N3. – P.1083-1090. Epub 2006 Aug 4.
56. The benefits of low anterior en bloc resection as part of cytoreductive surgery for advanced primary and recurrent epithelial ovarian cancer patients outweigh morbidity concerns / J.Y. Park [et al.] // Gynecol Oncol. – 2006. – Vol.103, N3. – P. 977-984.
57. The effect of maximal surgical cytoreduction on sensitivity to platinum-taxane chemotherapy and subsequent survival in patients with advanced ovarian cancer / E.L. Eisenhauer [et al.] // Gynecol Oncol. – 2008. – Vol.108, N2. – P. 276-281. Epub 2007 Dec 11.
58. The impact of bulky upper abdominal disease cephalad to the greater omentum on surgical outcome for stage IIIC epithelial ovarian, fallopian tube, and primary peritoneal cancer / O. Zivanovic [et al.] // Gynecol Oncol. – 2008. – Vol.108, N2. – P.287-292. Epub 2007 Nov 13.
59. Transverse colectomy in ovarian cancer surgical cytoreduction: operative technique and clinical outcome / R.E. Bristow [et al.] // Gynecol Oncol. – 2008. – Vol.109, N3. – P. 364-369.
60. Tropé, C. Primary surgery for ovarian cancer / C. Tropé, J. Kaern // Eur J Surg Oncol. – 2006. – Vol.32, N8. – P. 844-8452.
61. Tumor residual after surgical cytoreduction in prediction of clinical outcome in stage IV epithelial ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group Study/ W.E. Winter [et al.] // J Clin Oncol. – 2008. – Vol.26, N1. – P.83-89.
62. What is the optimal goal of primary cytoreductive surgery for bulky stage IIIC epithelial ovarian carcinoma (EOC)? / D.S. Chi [et al.] // Gynecol Oncol. – 2006. – Vol.103, N2. P.559-564.

УДК 618.12-002-036.12-02-092-08
© А.У. Хамадьянова, 2013

А.У. Хамадьянова
**ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ САЛЬПИНГООФОРИТ:
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

В обзоре на основании данных современной мировой литературы и результатов собственных исследований отражены актуальные аспекты этиологии, патогенеза и лечения хронического рецидивирующего сальпингоофорита. Особое внимание уделено вопросу вторичного иммунодефицитного состояния как одного из главных звеньев патогенеза заболевания.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий сальпингоофорит, этиопатогенез, методы патогенетической терапии.