

СОВРЕМЕННОЕ СТАНДАРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

Канд. мед. наук Р.В. Орлова

Учитывая биологические особенности рака яичников, формирование стандартов лечения этой опухоли представляется крайне затруднительным для клиницистов. Анализируя отечественный и зарубежный опыт ведущих онкологических клиник, можно сформулировать лишь минимальные стандарты лечения с учётом основных прогностических факторов (стадия, гистологический тип опухоли, степень её дифференцировки и т. д.).

Учитывая биологические особенности рака яичников, формирование стандартов лечения этой опухоли представляется крайне затруднительным для клиницистов. Анализируя отечественный и зарубежный опыт ведущих онкологических клиник, можно сформулировать лишь минимальные стандарты лечения с учётом основных прогностических факторов (стадия, гистологический тип опухоли, степень её дифференцировки и т. д.).

Ранняя стадия рака яичников (I–IIa)

1. Хирургическое лечение как самостоятельный метод или как этап комбинированных мероприятий.

Стандартной операцией при раннем РЯ являются:

- тотальная гистерэктомия, двухстороннее удаление придатков матки, экстирпация большого сальника. В обязательном порядке должно быть выполнено цитологическое исследование перитонеальной жидкости и биопсия всех подозрительных на опухолевое поражение участков брюшины;

- тазовая и парааортальная лимфаденэктомия при недифференцированных опухолях;

- у молодых женщин для сохранения фертильности при пограничных или высокодифференцированных опухолях выполняется одностороннее удаление придатков матки без гистерэктомии и обязательная биопсия второго яичника. При нежелании пациентки сохранить фертильность выполняется радикальная операция в вышеуказанном объёме;

- не рекомендована лапароскопия у больных с подозрением на I стадию.

2. Адьювантная химиотерапия

Не обязательно проведение адьювантной химиотерапии при пограничных или высокодифференцированных опухолях, так как до сих пор нет достоверных данных об увеличении показателей выживаемости в этой группе пациентов. Желательно проведение адьювантной химиотерапии при:

- умеренно- или низкодифференцированных опухолях;
- светлоклеточном раке;
- анеуплоидных опухолях.

Основные принципы химиотерапии больных раком яичника:

- комбинированная химиотерапия более эффективна, чем монохимиотерапия;
- оптимальной комбинацией является сочетание препаратов платины с алкилирующими агентами (СР) и/или антрациклиновыми антибиотиками (САР) или препаратов платины с паклитакселом;

- цисплатин и карбоплатин в эквивалентных дозах (соотношение 1:4) обладают равной противоопухолевой активностью;

- оптимальным считается 4–6 циклов химиотерапии.

3. Лучевая терапия

Эффективность адьювантной наружной или внутрибрюшной лучевой терапии при раннем раке яичников не доказана и является предметом исследований.

МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫЙ И ДИССЕМНИРОВАННЫЙ РАК ЯИЧНИКОВ III стадия

1. Хирургическое лечение всегда имеет циторедуктивный характер и является этапом комбинированного лечения:

- первичная циторедуктивная операция для удаления максимального объёма опухоли и метастазов перед началом химиотерапии;

- промежуточная циторедуктивная операция после короткого курса индукционной терапии (обычно 2–3 цикла).

2. Системная химиотерапия на основе платиносодержащих схем (СР, САР или цисплатин с паклитакселом или карбоплатин с паклитакселом) не менее 6–8 циклов.

IV стадия

1. Хирургическое лечение

- возможна первичная циторедуктивная операция в том случае, если отдалённые метастазы проявляются плевральным выпотом, поражением надключичных лимфоузлов, единичным поражением кожи. Циторедуктивная операция нецелесообразна у больных с метастазами в печень и лёгкие;

- паллиативная операция может быть выполнена больным, у которых проявляются клинические симптомы заболевания (например: признаки кишечной непроходимости) с целью облегчения состояния больной и улучшения качества её жизни.

При проведении паллиативной операции необходимо учитывать следующие факторы: медленный рост опухоли, чувствительность опухоли к химиотерапии, минимальный канцероматоз при первичной лапаротомии.

2. Системная химиотерапия при метастатической форме РЯ обязательна, так как её проведение достоверно увеличивает медиану продолжительности жизни и качество жизни больных.

Косвенные факторы, влияющие на эффективность химиотерапии:

- удовлетворительное общее состояние пациента;
- относительно небольшая остаточная опухоль;
- длительный интервал без лечения;
- серозная гистологическая структура опухоли;
- минимальное число метастазов.

При диссеминированном РЯ в качестве первой линии химиотерапии предполагается проведение платин-содержащей схемы (СР или САР, или комбинация

производных платины с паклитакселом). При достижении объективного лечебного эффекта (полная регрессия, частичная регрессия) проводится не менее 6–8 циклов.

В случае резистентности (прогрессирование процесса в течение 4 мес во время или после окончания первой линии) больным может быть предложена химиотерапия препаратами второй линии. Они включают этопозид, топотекан, гемцитабин, доцетаксел, антрациклиновые антибиотики, винорельбин, оксалиплатин. В настоящее время ни один из этих препаратов не может считаться «препаратом выбора» в качестве второй линии.

Рецидив РЯ

1. Хирургическое лечение: возможно проведение вторичной циторедуктивной операции.

Этот вид оперативного лечения может быть стандартом в случае:

- локального рецидива, который появился спустя 12 мес или более после завершения химиотерапии;
- удовлетворительного состояния пациентки (высокий статус Карнофского);
- возможности полной резекции рецидива.

2. Системная химиотерапия

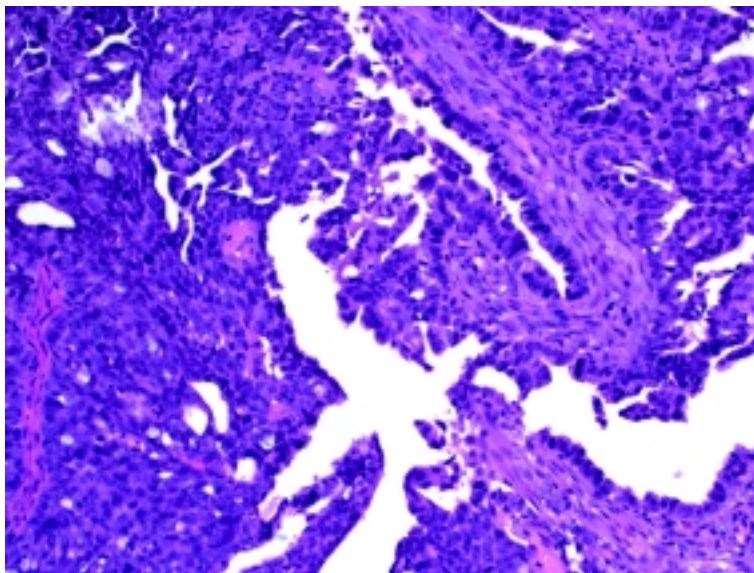
- в случае позднего рецидива опухоли (более 12 мес после первичного лечения) возможно повторение схемы аналогичной той, которая проводилась в адьювантном режиме (СР или САР, или препараты платины с паклитакселом);

- в случае раннего рецидива (менее, чем 8–12 мес после первичного лечения) рекомендуются препараты второй линии, такие как топотекан, этопозид, гемцитабин.

В основу данной статьи легли стандарты, разработанные в 1999 г. Интернациональной группой по изучению рака яичников (IGCS).

Приложение

Рис. 1а. Серозный рак яичника – солидные структуры в стенке кистозной полости (первоначальное увеличение $\times 200$ при окраске гематоксилином и эозином).



Приложение

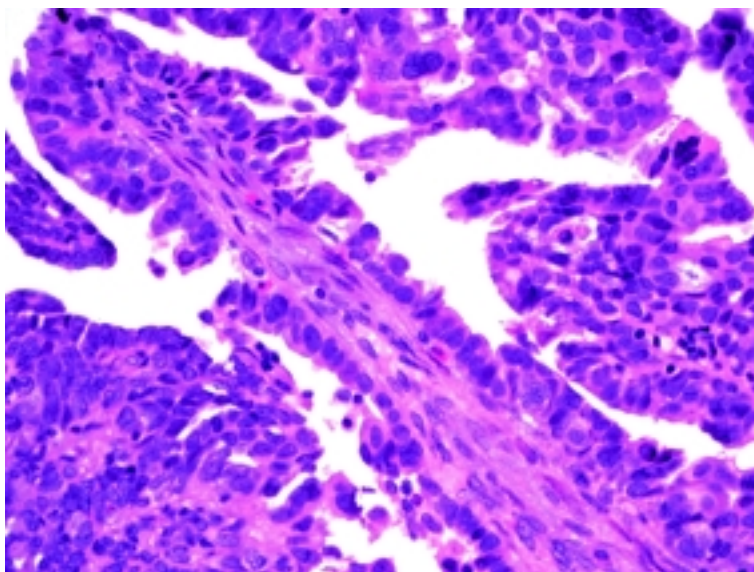


Рис. 16. Серозный рак яичника – тот же участок при большем увеличении: виден однослойный пласт с признаками трубной дифференцировки (первоначальное увеличение x 100 при окраске гематоксилином и эозином).

Рис. 2. Муцинозная цистаденома яичника (первоначальное увеличение x 100 при окраске гематоксилином и эозином).

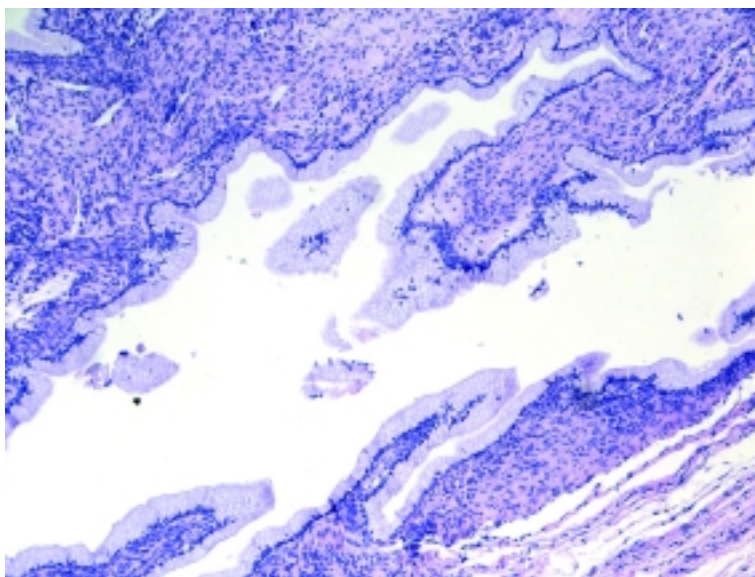


Рис. 3. Аденоматозный полип в толстой кишке той же больной (первоначальное увеличение x 100 при окраске гематоксилином и эозином).

