

ЕУГЛАВА 27
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (С56),
РАК МАТОЧНОЙ (ФАЛЛОПИЕВОЙ) ТРУБЫ (С57),
ПЕРВИЧНАЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ КАРЦИНОМА (ПЕРВИЧНЫЙ
ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ РАК) (С48.1, С48.2, С48.8)

ГЛАВА 27.1
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (С56)

Злокачественные новообразования яичников составляют лишь около четверти всех раковых заболеваний женских половых органов, в то время как смертность по причине данной патологии достигает половины всех летальных исходов от их числа. Затрудненность ранней диагностики, быстрый рост, раннее имплантационное метастазирование по серозным оболочкам малого таза и брюшной полости, неудовлетворительные результаты лечения распространенных форм – все это дает основание считать рак яичников одной из наиболее злокачественных опухолей с крайне неблагоприятным прогнозом.

Заболеваемость раком яичников высока в индустриально развитых странах. Даже при высоком уровне медицинской помощи рак яичников в 65-80% случаев распознается в III-IV стадиях.

Пик заболеваемости эпителиальными злокачественными новообразованиями яичников приходится на возрастной интервал 40-70 лет, средний возраст заболевших составляет 54 года. Резкое увеличение заболеваемости после 40 лет связывают главным образом с нарушением гормонального баланса, прежде всего в системе гипофиз — яичники.

В течение последних десяти лет в Беларуси ежегодно злокачественными опухолями яичников заболело в среднем 820 - 1000 женщин.

В 2010 году в Республике Беларусь зарегистрировано 996 новых случаев заболевания данной патологии. У 262 больных (26,3%) установлена I стадия заболевания, у 121 (12,1%) – II, у 479 (48,1%) – III стадия, у 99 (9,9%) – IV стадия заболевания.

Грубый интенсивный показатель заболеваемости женщин республики раком яичников составил $19,3^{0}_{0000}$, стандартизованный показатель заболеваемости — $12,7^{0}_{0000}$.

На конец года в онкологических учреждениях республики состояло на учете 6 688 больных раком яичников. Болезненность составила $129,7^{0}_{0000}$.

В 2010 году умерло 473 женщины, грубый интенсивный показатель смертности составил $9,2^{0}_{0000}$, а стандартизованный — $5,3^{0}_{0000}$.

Одногодичная летальность для этой группы больных была 19,8%, соотношение смертности и заболеваемости — 0,47.

239. Гистологическая классификация.

В структуре злокачественных новообразований яичников 80-90% составляют эпителиальные опухоли, то есть собственно рак яичников.

Для опухолей, не относящихся к эпителиальным, существуют существенные отличия как в плане тактики лечения, так и в отношении прогноза. Прогноз, как правило, более благоприятен, чем для собственно рака яичников.

В структуре эпителиальных злокачественных опухолей 42% составляют серозные карциномы, 15% – муцинозные, 15% – эндометриоидные и 17% – недифференцированные. Прогностическая значимость гистотипа опухоли в случаях распространенного рака яичников на сегодня остается предметом дискуссии. Для раннего рака яичников наименее благоприятным в плане прогноза является светлоклеточный гистотип. Низкая степень дифференцировки опухоли – неблагоприятный прогностический фактор. Однако и в данном случае речь идет в первую очередь о ранних стадиях рака яичников.

239.1. Международная морфологическая классификация злокачественных опухолей яичников (ВОЗ, 2003):

239.1.1. Поверхностные эпителиально-стромальные опухоли

239.1.2. Эпителиальные опухоли:

Серозные;

Муцинозные*;

Эндометриоидные;

Светлоклеточные;

Плоскоклеточный рак;

Переходно-клеточные (в том числе, опухоль Бреннера)

Смешанные эпителиальные;

Недифференцированная карцинома.

Степень дифференцировки эпителиального и/или стромального компонентов

Пограничные (опухоли низкого злокачественного потенциала)

Злокачественные

Карциномы

Саркомы

Смешанные мезодермальные опухоли

239.1.3. Опухоли стромы полового тяжа:

гранулезоклеточные;

тека-клеточные;

андробластома.

239.1.3. Липидноклеточные (липоидноклеточные) опухоли.

239.1.4. Герминоклеточные опухоли:

дисгерминома;

опухоли эндодермального синуса (опухоль желточного мешка);

злокачественная тератома;

эмбриональная карцинома;

смешанные герминоклеточные опухоли (указать гистотипы);

злокачественный компонент в дермоидной кисте (указать гистотип);

хориокарцинома.

Термин смешанная* карцинома устанавливается, если в опухоли выделяется два и более гистологических типа и только если каждый из них представляет не менее 10% площади опухоли (указывается примерное соотношение всех гистологических типов).

При наличии билатеральной муцинозной аденокарциномы необходимо исключить метастатический характер процесса.

240. Классификации (FIGO и TNM, 2009 г.).

Особенности метастазирования обусловили значительные отличия в подходах к стадированию процесса. В отличие от большинства опухолей гениталий и вообще солидных опухолей, при которых данные клинических исследований используются для установления стадии заболевания, рак яичников стадируется лишь в ходе лапаротомии. Классификация по системе TNM, существующая для рака яичников, не вполне соответствует потребностям клинической практики, поэтому для данной патологии значительно большее распространение получила классификация, предложенная впервые в 1964 г. Раковым комитетом Международной федерации гинекологов и акушеров (FIGO), основанная на данных лапаротомии.

Классификация злокачественных опухолей яичников представлена как для эпителиальных, так и стромальных опухолей, включает те пограничные опухоли или опухоли низкого злокачественного потенциала, которые ранее соответствовали термину «общие эпителиальные опухоли». Все опухоли должны быть гистологически верифицированы и подразделяться на типы.

240.1. Регионарные лимфатические узлы.

Регионарными лимфатическими узлами для рака яичников являются: гипогастральные (обтураторные, внутренние подвздошные), общие подвздошные, наружные подвздошные, латеральные сакральные, парааортальные, паховые.

Для оценки T,N,M категорий должны быть выполнены следующие мероприятия:

T, N, M – клинически данные, методы визуализации опухоли, хирургическое вмешательство (лапароскопия/лапаротомия).

TNM стадирование основано на клинических данных и/или патологоанатомических данных.

240.2. T – первичная опухоль.

| | | |
|-----|----|--|
| TX | | Первичная опухоль не может быть оценена |
| T0 | | Первичная опухоль не определяется |
| T1 | I | Опухоль ограничена яичниками (одним или двумя) |
| T1a | IA | Опухоль ограничена одним яичником; капсула не повреждена, нет опухоли на поверхности яичника; нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости |
| T1b | IB | Опухоль ограничена двумя яичниками, капсулы интактные, нет опухоли на поверхности яичников; нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной |

| | | |
|-------------|------|--|
| | | полости |
| T1c | IC | Опухоль ограничена одним или двумя яичниками и сопровождается любым из следующих факторов: разрывом капсулы, опухолью на поверхности яичников, наличием злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости |
| T2 | II | Опухоль поражает один или оба яичника с распространением на малый таз |
| T2a | IIA | Распространение и/или врастание в матку и/или трубы; без злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости |
| T2b | IIB | Распространение на другие ткани таза; без злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости |
| T2c | IIC | Распространение в пределах таза (2a или 2b) со злокачественными клетками в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости |
| T3 | III | Опухоль поражает один или оба яичника с микроскопически подтвержденными метастазами по брюшине за пределами таза |
| и/или N1 | | и/или метастазами в регионарных лимфоузлах |
| T3a | IIIA | Микроскопические метастазы по брюшине за пределами таза |
| T3b | IIIB | Макроскопические метастазы по брюшине за пределами таза 2 см или менее в наибольшем измерении |
| T3c | IIIC | Метастазы по брюшине за пределами таза, более 2 см в наибольшем измерении |
| и/или N1 | | и/или метастазы в регионарных лимфоузлах |
| M1 | IV | Отдаленные метастазы (исключая метастазы по брюшине) |

Примечание: метастазы в капсуле печени классифицируются как T3/стадия III, метастазы в паренхиме печени – как M1/стадия IV. Для M1/стадии IV в плевральном выпоте должна быть положительная цитология.

240.3. N – регионарные лимфатические узлы

NX – регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены

N0 – нет метастазов в регионарных лимфоузлах

N1 – метастазы в регионарных лимфоузлах

240.4. M – отдаленные метастазы.

M0 – нет отдаленных метастазов

M0 – нет отдаленных метастазов

M1 – отдаленные метастазы (исключая метастазы по брюшине)

240.5. pTNM патогистологическая классификация.

Требования к определению категорий pT, pN соответствуют требованиям к определению категорий T, N.

pM1 – микроскопически подтвержденный отдаленный метастаз

pN0 – гистологическое исследование тазовых лимфатических узлов обычно включает 6 и более узлов. Если лимфатические узлы не поражены, но число лимфатических узлов менее чем необходимо, следует классифицировать как pN0 (согласно FIGO pNX).

240.6. G – гистологическая дифференцировка.

GX – степень дифференцировки не может быть установлена.

G1 – высокая степень дифференцировки.

G2 – умеренная степень дифференцировки.

G3 – низкая степень дифференцировки или недифференцированная опухоль.

240.7. Резюме (таблица 91)

Таблица 91

| TNM | | FIGO |
|-------------|--|------|
| T1 | Ограничена яичниками | I |
| T1a | Один яичник, капсула интактна | IA |
| T1b | Оба яичника, капсула интактна | IB |
| T1c | Капсула повреждена, опухоль на поверхности капсулы, злокачественные клетки в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости | IC |
| T2 | Распространение на таз | II |
| T2a | Распространение на матку, трубы | IIA |
| T2b | Распространение на другие ткани таза | IIB |
| T2c | Злокачественные клетки в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости | IIC |
| T3 и/или N1 | Метастазы по брюшине за пределами таза и/или метастазы в регионарных лимфоузлах | III |
| T3a | Микроскопические метастазы по брюшине | IIIA |
| T3b | Макроскопические метастазы по брюшине, ≤ 2 см | IIIB |
| T3c или N1 | Метастазы по брюшине более > 2 см; метастазы в регионарных лимфоузлах | IIIC |
| M1 | Отдаленные метастазы (исключая метастазы по брюшине) | IV |

240.8. Группировка по стадиям (таблица 92).

Таблица 92

| | | | |
|-------------|-----|----|----|
| Стадия IA | T1a | N0 | M0 |
| Стадия IB | T1b | N0 | M0 |
| Стадия IC | T1c | N0 | M0 |
| Стадия IIA | T2a | N0 | M0 |
| Стадия IIB | T2b | N0 | M0 |
| Стадия IIC | T2c | N0 | M0 |
| Стадия IIIA | T3a | N0 | M0 |

| | | | |
|-------------|---------|---------|----|
| Стадия IIIb | T3b | N0 | M0 |
| Стадия IIIc | T3c | N0 | M0 |
| | Любая T | N1 | M0 |
| Стадия IV | Любая T | Любой N | M1 |

241. Диагностические мероприятия.

241.1 Лабораторные исследования:

группа крови и резус-фактор;

серореакция на сифилис;

HbSAg,

общий анализ крови;

общий анализ мочи;

биохимическое исследование крови (общий белок, мочеви́на, креатинин, билирубин, глюкоза, АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза);

опухолевые маркеры (СА 125);

при подозрении на неэпителиальную опухоль яичников наряду с СА 125 опухолевые маркеры АФП, бета-хорионический гонадотропин, NSE (нейрон-специфическая энолаза);

коагулограмма (АЧТВ, ПВ, ТВ, фибриноген) — на этапе предоперационной подготовки.

241.2. ЭКГ.

Гинекологическое вагинальное и ректовагинальное исследование.

Раздельное диагностическое выскабливание матки с последующим гистологическим исследованием.

УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Обследование органов ЖКТ с целью исключить метастатический характер поражения яичников (ФГДС обязательна, колоноскопия по показаниям).

КТ и/или МРТ органов брюшной полости и малого таза выполняется по показаниям.

При наличии асцита, вызывающего компрессию органов брюшной полости, показан лапароцентез и эвакуация асцита с цитологическим исследованием асцитической жидкости.

При наличии плеврита показан торакоцентез с цитологическим исследованием жидкости на наличие опухолевых клеток. Наличие плеврита без морфологической верификации диагноза не дает оснований установить IV стадию заболевания. При подозрении на метастазы в легких показана диагностическая торакоскопия (торакотомия) с верификацией этих метастазов.

При подозрении на метастазы в пальпируемых лимфатических узлах (регионарных или отдаленных) показана их биопсия (тонкоигольная аспирационная, инцизионная, эксцизионная, трепан-биопсия).

242. Общие принципы лечения.

242.1. Эпителиальные опухоли яичников. Рак яичников.

Все больные, у которых предполагается рак яичников, подлежат лапаротомии, целью которой является точное установление диагноза и распространенности опухолевого процесса, а также максимально возможное удаление опухолевых масс. Следует постоянно иметь в виду, что именно размеры наибольшей из остаточных опухолей после исходной операции определяют прогноз лечения в целом, поскольку современная химиотерапия позволяет излечивать значительное число больных с диссеминированным опухолевым процессом, и доля излеченных больных тем выше, чем меньше размеры резидуальной опухоли.

В случаях, когда в ходе ревизии брюшной полости предполагается распространенность опухоли, соответствующая I–II стадии FIGO, проводятся многочисленные (до нескольких десятков) биопсии участков париетальной и висцеральной брюшины; при позитивных результатах стадия заболевания меняется, как и тактика лечения. При очевидном опухолевом поражении, выходящем за пределы малого таза, нет необходимости в биопсии визуально неизмененных участков париетальной и висцеральной брюшины.

Процедура хирургического стадирования у больных раком яичников.

Шаг 1. В тех случаях, когда имеется асцитическая жидкость, как можно большее ее количество должно быть взято для цитологического исследования. При отсутствии асцитической жидкости необходимо получить смывы для цитологического исследования из полости таза, обоих боковых каналов и обеих поддиафрагмальных поверхностей.

Шаг 2. Определить, является ли опухоль злокачественной. Если опухоль злокачественная, выполняется стандартная операция (гистерэктомия с двусторонней сальпинго-оофорэктомией и удаление большого сальника).

Шаг 3. Тщательно обследуется тазовая брюшина. При наличии опухолевых образований следует удалить их в максимально возможном объеме и взять биоптаты из тех образований, которые не могут быть удалены. В тех случаях, когда отсутствуют видимые глазом опухолевые образования, производится забор биоптатов как минимум из брюшины боковых стенок таза, брюшины мочевого пузыря, брюшины ректосигмоидного отдела толстой кишки и брюшины Дугласова кармана.

Шаг 4. Обследуются боковые карманы и удаляются все видимые образования. В тех случаях, когда видимых опухолевых образований нет, производится биопсия брюшины с каждой стороны в виде полоски ткани 1×3 см.

Шаг 5. Обследуется сальник и удаляются все участки, имеющие видимые опухолевые образования (включая малый сальник, если он вовлечен в опухолевый процесс). Если видимых опухолевых образований нет, производится тотальное (субтотальное) удаление большого сальника.

Шаг 6. Осматриваются и пальпируются обе гемидиафрагмы, поверхность печени и селезенки. При наличии опухолевых образований производятся их удаление в максимально возможном объеме и биопсия всех тех образований, которые не удалось иссечь. Если видимых образований нет, выполняется

биопсия брюшины правой гемидиафрагмы в виде полоски 1×2 см (только брюшины, во избежание пневмоторакса).

Шаг 7. Начиная от ректосигмоидного отдела, либо от слепой кишки тщательно обследуется весь толстый кишечник с удалением/биопсией всех подозрительных образований на поверхности кишки или брыжейки.

В случае наличия муцинозной цистаденокарциномы и отсутствия остаточной опухоли более 1 см следует выполнить аппендэктомию.

Если для выполнения циторедукции в полном или оптимальном объеме необходима резекция того или иного участка кишки, ее следует выполнить.

Шаг 8. Начиная с илеоцекального клапана или связки Трейтца, тщательно обследуется весь тонкий кишечник и брыжейка с удалением/биопсией всех подозрительных образований.

Если для выполнения циторедукции в полном или оптимальном объеме необходима резекция того или иного участка кишки, ее следует выполнить.

Шаг 9. Если после всех вышеперечисленных процедур не осталось опухолевых образований размерами больше 1 см, необходимо выполнить биопсию тазовых и парааортальных лимфатических узлов, если они визуально не изменены, либо забрюшинную или тазовую лимфодиссекцию при наличии макроскопически определяемых опухолевых образований.

При раке яичников IIВ-IV стадии выполняют циторедуктивные операции.

Операция должна включать в себя: тотальную гистерэктомию, билатеральную сальпинго-оофорэктомию, оментэктомию, по возможности, удаление всех опухолевых диссеминатов брюшины. При необходимости, выполняется перитонэктомия, резекция пораженных участков тонкой и толстой кишки, удаление малого сальника, спленэктомия, дистальная панкреатэктомия, резекция мочевыводящих путей, диафрагмы, паховая, тазовая, забрюшинная лимфаденэктомия.

По размеру резидуальной опухоли хирургические вмешательства делятся на следующие категории:

Полная циторедукция — остаточной опухоли визуально не определяется.

Оптимальная циторедукция — размер остаточной опухоли (каждого очага, размер не суммируется) не более 1 см.

Субоптимальная циторедукция — размер остаточной опухоли равен или более 1 см и менее 2 см.

Неоптимальная циторедукция — размер остаточной опухоли 2 см и более.

Эксплоративная лапаротомия — опухоль не удалялась, выполнена только биопсия.

По времени выполнения хирургические вмешательства делятся на следующие категории:

Первичная циторедукция — специальное лечение начато с операции.

Промежуточная (интервальная) циторедукция — лечение начато с химиотерапии, либо на начальном этапе была выполнена эксплоративная лапаротомия, либо циторедукция в неоптимальном или субоптимальном

объеме, а потом проводилась химиотерапия. Как правило, промежуточная циторедукция назначается после 3 курсов химиотерапии (2-4). Перед операцией необходимо оценить эффект от терапевтического воздействия (гинекологический осмотр, УЗИ/КТ/МРТ, анализ крови на СА 125). Показания к выполнению промежуточной циторедукции определяются индивидуально в зависимости от эффекта химиотерапии.

Вторичная циторедукция — операция выполняется по поводу рецидива заболевания. Установлено, что вторичная циторедукция себя оправдывает в том случае, если рецидив возник более чем через 6 месяцев после окончания предыдущего блока лечения.

В протоколе операции необходимо четко указывать тип циторедукции в зависимости от размеров остаточной опухоли и времени выполнения.

242.1.1. I стадия.

Для этой категории больных принципиально значение имеет определение группы риска.

К низкому риску относятся IA-IB стадии с высокой степенью дифференцировки опухоли (G1).

К промежуточному риску – IA-IB стадии с умеренной степенью дифференцировки опухоли (G2).

К высокому риску — IC любой степени дифференцировки, а также IA-IB G3, а также светлоклеточный вариант опухоли.

242.1.1.1. Для группы низкого риска после хирургического вмешательства, заключающегося в гистерэктомии с придатками, оментэктомии и хирургического стадирования рекомендуется наблюдение.

Консервативная тактика, направленная на сохранение детородной функции (односторонняя аднексэктомия с резекцией второго яичника, оментэктомия), в виде исключения возможна у молодых больных раком яичников IA стадии, желающих сохранить фертильность, при высокодифференцированных карциномах, когда реально тщательное диспансерное наблюдение. После рождения ребенка или окончания детородного возраста следует планировать удаление противоположных придатков и матки.

242.1.1.2. В остальных случаях (группы промежуточного и высокого риска) необходимо проведение адьювантного лечения. После хирургического вмешательства, включающего гистерэктомию с придатками, оментэктомию, а при необходимости и комбинированных операций с целью максимальной циторедукции, обязательно проведение адьювантной химиотерапии (6 курсов).

242.1.1.3. В случаях, когда при I стадии рака яичников изначально выполнено неадекватное хирургическое лечение (в общелечебной сети), при котором не было проведено хирургического стадирования, в онкологическом стационаре выполняется повторная операция, включающая в себя все стандартные процедуры при раке яичников (хирургическое рестадирование). Если стадия после операции не изменяется, не смотря на это, а также на степень дифференцировки опухоли и ее распространенность, назначается

химиотерапия.

242.1.1.3.1. Схемой выбора в настоящее время считается комбинация карбоплатина и паклитаксела:

паклитаксел 175 мг/м^2 внутривенная 3-часовая инфузия на фоне премедикации в 1-й день;

карбоплатин из расчета AUC 5 – 7,5 внутривенно (после введения паклитаксела) в течение 30 мин в 1-й день. Интервал между курсами 3 недели, всего 6 курсов.

242.1.1.3.2. Возможно применение и других комбинаций химиопрепаратов:

паклитаксел 175 мг/м^2 внутривенная 3-часовая инфузия в 1-й день на фоне премедикации,

цисплатин 75 мг/м^2 внутривенная инфузия (после введения паклитаксела) со скоростью не менее 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й день. Интервал между курсами 3 недели, всего 6 курсов.

242.1.1.3.3. В отсутствие таксанов возможно проведение комбинированной химиотерапии по следующим схемам:

242.1.1.3.3.1. Цисплатин $75 - 100 \text{ мг/м}^2$ внутривенная инфузия со скоростью не менее 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1-й день;

циклофосфамид $750 - 1000 \text{ мг/м}^2$ внутривенно в течение 20-30 мин в 1-й день. Интервал между курсами 3 недели, всего 6 курсов.

242.1.1.3.3.2. Карбоплатин из расчета AUC 5-7 (или $300-360 \text{ мг/м}^2$) внутривенно в течение 30 мин в 1-й день;

циклофосфамид 500 мг/м^2 внутривенно в течение 20-30 мин в 1-й день. Интервал между курсами 3 недели, всего 6 курсов.

Оправданным для ранних стадий (I-IIA) рака яичников считается монотерапия (6 курсов) препаратами платины в больших дозах (например, карбоплатин AUC 5-7).

242.1.2. II-IV стадия.

Потенциально всем больным II-IV стадии рака яичников должна быть выполнена циторедуктивная операция.

Больным раком яичников II-IV стадии после хирургического вмешательства, включающего полную или оптимальную циторедукцию, проводится стандартная полихимиотерапия, включающая производные платины и таксаны (как и при I стадии).

При IV стадии заболевания наличие опухолевого плеврита не меняет тактику лечения. В тех случаях, когда выявляются большие нерезектабельные метастазы в печени, метастазы в паренхиме легких, массивное поражение средостения, значительных размеров метастазы в надключичных лимфоузлах, циторедуктивная операция в полном или оптимальном объеме невозможна. В таких случаях нет необходимости в тяжелых комбинированных операциях в пределах брюшной полости и таза с целью резецировать все видимые

опухолевые образования. При КТ в пределах брюшной полости также могут быть выявлены признаки того, что выполнение циторедуктивной операции в полном или оптимальном объеме сомнительно. Это вовлечение в опухолевый процесс ворот печени, необходимость супраренальной лимфаденэктомии. Наличие несмещаемых опухолевых масс в малом тазу не является признаком нерезектабельности.

В настоящее время проводятся многоцентровые рандомизированные исследования с целью оценить эффективность неоадьювантной (предоперационной) химиотерапии в лечении больных, которым оптимальная циторедукция на первом этапе лечения технически невыполнима. Тем не менее, до получения результатов этих исследований лечение всех больных распространенным раком яичников следует начинать с хирургического вмешательства во всех случаях, когда такое вмешательство возможно.

При лечении рака яичников возможно использование лучевой терапии. Показания к лучевой терапии (тазово-абдоминальное облучение используется, если по каким-либо причинам химиотерапия не назначена):

состояние после полной циторедукции,;

размеры наибольшего очага остаточной опухоли в брюшной полости не превышают 2 см.

При наличии метастазов в регионарных и отдаленных (надключичных, подмышечных) лимфоузлах и отсутствии возможности их удаления и/или неэффективности химиотерапии вопрос проведения лучевой терапии решается индивидуально консилиумом с участием хирурга, химиотерапевта, радиолога.

242.1.3. Лечение рецидивного рака яичников.

Прогноз для больных, у которых возникает рецидив рака яичников после цисплатинсодержащей химиотерапии, зависит от сроков возникновения рецидива.

242.1.3.1. Химиотерапия по тем же схемам, что и исходная, оправдана в тех случаях, когда интервал между окончанием первичного лечения и рецидивом составил более 6 месяцев. Лечение тем эффективнее, чем больше этот интервал.

Повышение уровня СА 125 без клинического и инструментального (УЗИ, КТ, МРТ) подтверждения не является основанием для проведения химиотерапии. В этом случае необходимо исследование маркера в динамике. При наличии клинической и инструментальной верификации рецидива по возможности выполняется вторичная циторедукция, затем назначают химиотерапию.

242.1.3.2. В тех случаях, когда прогрессирование опухолевого процесса началось уже в ходе первичного лечения или сразу после его окончания, показано изменение режима химиотерапии. Если на первом этапе не использовались таксаны, показано применение паклитаксела в режиме монотерапии (175 мг/м² с интервалом между курсами 21 день).

242.1.3.3. В остальных случаях возможно применение:

242.1.3.3.1. Гемцитабин 1000 мг/м² внутривенно 1 раз в неделю;

242.1.3.3.2. винорельбин 25-30 мг/м² внутривенно 1 раз в неделю или 60-80 мг/м² внутрь 1 раз в неделю;

242.1.3.3.3. ифосфамид 1500 мг/м² внутривенно в 1–5-й дни + месна 300 мг/м² в 1–5 дни;

242.1.3.3.3. тамоксифен по 20 мг внутрь ежедневно.

Предпочтение отдается наименее токсичным препаратам, в первую очередь тем, введение или прием которых не требуют госпитализации.

242.1.4. Пограничные опухоли яичников.

Крайне важным является тщательное гистологическое исследование всей удаленной опухоли с выполнением срезов через 1 см.

В тех случаях, когда при размерах опухоли в рамках I стадии желательно сохранение репродуктивной функции, возможна односторонняя сальпинго-оофорэктомия с клиновидной резекцией контрлатерального яичника и оментэктомия. В случаях полного удаления опухоли у больных с локальными формами заболевания и установления диагноза по результатам изучения удаленной опухоли повторная операция не требуется. Химиотерапия либо лучевая терапия не показаны.

При распространенном процессе (II-III стадии) выполняется хирургическое вмешательство в объеме гистерэктомии с придатками, оментэктомии и циторедуктивные мероприятия, аналогичные тем, что проводятся при раке яичников. Проведение химиотерапии показано в тех случаях, когда в ходе хирургического вмешательства выявлены инвазивные имплантаты опухоли (даже в случае их полного иссечения). Используются те же схемы химиотерапии, что и при лечении рака яичников.

242.2. Неэпителиальные опухоли яичников.

Наиболее часто в клинической практике встречаются герминоклеточные опухоли и опухоли стромы полового тяжа (3–7% всех злокачественных новообразований яичников). В отличие от собственно рака яичников, эти опухоли чаще встречаются в молодом возрасте, нередко поражают только один яичник и более благоприятны в прогностическом плане. С учетом изложенного, особое внимание уделяется срочному гистологическому исследованию в ходе хирургического вмешательства — для определения возможности лечения с сохранением фертильности. Органосохраняющее лечение при технической возможности (при желании женщины) может выполняться в случаях, когда при срочном морфологическом исследовании ставится диагноз герминогенной опухоли любой стадии либо опухоли стромы полового тяжа I стадии. В этих случаях особое внимание следует уделить состоянию контрлатерального яичника с биопсией в случае подозрения на опухолевое поражение, а также состоянию забрюшинных лимфоузлов. При наличии в них метастазов даже при органосохранном лечении выполняется забрюшинная лимфаденэктомия. Больным, не желающим сохранять фертильность, выполняется хирургическое вмешательство в том же объеме, что и при собственно раке яичников. Особое внимание уделяется стадированию с необходимым количеством биоптатов. Резекции мочевыводящих путей, а также резекции больших участков тонкой

или толстой кишки при герминогенных опухолях нецелесообразны.

242.2.1. Герминоклеточные опухоли яичников.

Герминогенные опухоли составляют 5% всех опухолей яичников, но у лиц молодого возраста составляют более 75% опухолей. Наиболее часто встречаются дермоидные кисты (зрелые тератомы), обычно являющиеся доброкачественными опухолями составляющими около 20% всех опухолей яичников.

242.2.1.1. Классификация:

Дисгерминома

Опухоль желточного мешка (эндодермального синуса)

Эмбриональный рак

Полиэмбриома

Хорионкарцинома

Тератома:

Зрелая

Незрелая

Дермоидная киста (зрелая кистозная тератома) или дермоидная киста с малигнизацией

Монодермальная или высокоспециализированная тератома: яичниковый зуб, злокачественный яичниковый зуб и карциноид

Смешанные формы

242.2.1.2. Дополнительно к объему обследования, выполняемому при собственно раке яичников, необходимо определение бета-хорионического гонадотропина, альфа-фетопротеина и лактатдегидрогеназы. В тех случаях, когда планируется проведение блеоцин-содержащей химиотерапии, целесообразно определение функции внешнего дыхания.

242.2.1.3. Больные, у которых диагностируется дисгерминома IA стадии либо незрелая тератома G1 после полного хирургического удаления опухоли могут наблюдаться. Во всех остальных случаях показано проведение 3-4 курсов полихимиотерапии по схеме ВЕР. В отдельных случаях у больных дисгерминомой IB–III стадии может быть проведено 3 курса химиотерапии по схеме ЕР. Имеются данные в пользу того, что во всех случаях I стадии герминоклеточных опухолей яичников возможно наблюдение с проведением химиотерапии только в случае рецидива, однако такой подход требует особенно тщательного подхода к стадированию опухолевого процесса и наблюдению за пациентом после хирургического лечения.

В тех случаях, когда у больных исходно был повышен уровень бета-хорионического гонадотропина или альфа-фетопротеина, систематическое определение этих маркеров показано как для оценки эффективности химиотерапии, так и для наблюдения в случае достижения полной клинической регрессии.

Больным, у которых нормализовался уровень опухолевых маркеров, но определяется остаточная опухоль, показано либо хирургическое удаление резидуального образования, либо наблюдение.

Больным, у которых не достигнута нормализация опухолевых маркеров, либо выявлено прогрессирование опухолевого процесса в ходе лечения, либо диагностирован рецидив опухоли, проводится химиотерапия второй линии по схемам VIP (цисплатин, ифосфамид, цисплатин), TIP (паклитаксел, цисплатин, ифосфамид), лучевая терапия.

242.2.1.4. Схемы химиотерапии.

242.2.1.4.1. ВЕР:

цисплатин 20 мг/м^2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией в 1–5-й дни;

этопозид 100 мг/м^2 внутривенная инфузия в течение 30–60 мин, 1–5-й дни;

блеомицин 30 мг внутривенно в течение 10–15 мин, 2-й, 9-й и 16-й дни.

Очередной курс начинается на 22-й день.

242.2.1.4.2. EP:

цисплатин 20 мг/м^2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией, 1–5-й дни;

этопозид 100 мг/м^2 внутривенная инфузия в течение 30–60 мин, 1–5-й дни.

Очередной курс начинается на 22-й день.

242.2.1.4.3. VIP:

этопозид 75 мг/м^2 внутривенная инфузия в течение 30–60 мин, 1–5-й дни.

ифосфамид $1,2 \text{ г/м}^2$ в течение 60 мин с пред- и постгидратацией, 1–5-й дни. Месна 400 мг/м^2 внутривенно струйно за 15 мин до введения ифосфамида, затем по 400 мг/м^2 внутривенно струйно каждые 8 часов в 1–5-й дни.

цисплатин 20 мг/м^2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией, 1–5-й дни.

Очередной курс начинается на 22-й день.

242.2.1.4.4. TIP:

паклитаксел 250 мг/м^2 внутривенная 24-часовая инфузия на фоне премедикации, 1-й день.

ифосфамид $1,2 \text{ г/м}^2$ в течение 60 мин с пред- и постгидратацией, 2–6-й дни. Месна 400 мг/м^2 внутривенно струйно за 15 мин до введения ифосфамида, затем по 400 мг/м^2 внутривенно струйно каждые 8 часов в 2–6-й дни.

цисплатин 20 мг/м^2 внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин с пред- и постгидратацией, 2–6-й дни.

Обязательно введение гемопоэтического колониестимулирующего фактора через 24 часа после окончания введения цитостатиков до отстройке кроветворения: кол-во нейтрофилов $> 1000/\text{мл}^3$.

242.2.2. Опухоли стромы полового тяжа и стромальные опухоли яичников.

Это редко встречающиеся опухоли, составляющие 5% всех новообразований яичников и 7% злокачественных новообразований яичников.

Среди доброкачественных опухолей в этой группе наиболее часто встречается фиброма, среди злокачественных — гранулезоклеточная опухоль.

Клинически их манифестация не имеет отличительных признаков, но некоторые из них являются функциональными и могут вызвать вирилизацию или симптомы избыточной продукции эстрогенов, проявляющиеся гиперплазией эндометрия или постменопаузальным кровотечением.

242.2.2.1. Классификация:

Гранулезоклеточные опухоли:

Взрослый тип

Ювенильный тип

Опухоли из группы теком-фибром:

Текома

Фиброма

Фибротекома

Опухоли из клеток Сертоли-Лейдига:

Опухоли из клеток Сертоли

Опухоли из клеток Лейдига

Опухоли из клеток Сертоли-Лейдига

Гонадобластома

Стероидноклеточные опухоли

Опухоли стромы полового тяжа с кольцевидными трубочками

Неклассифицируемые опухоли

242.2.2.2. В тех случаях, когда после хирургического стадирования в ходе лапаротомии (процедура аналогична той, что рекомендуется для собственно рака яичников) устанавливается I стадия стромальной опухоли яичников, решение о тактике лечения принимается индивидуально. Возможно наблюдение, однако при наличии ряда факторов риска:

разрыв капсулы опухоли,

низкая степень дифференцировки,

размер опухоли более 10 см,

стадия IC,

может быть проведена лучевая терапия либо цисплатин-содержащая химиотерапия (схемы, аналогичные тем, что применяются при лечении герминогенных опухолей, либо комбинация карбоплатин/паклитаксел). Больным с опухолью II–IV стадии после хирургической циторедукции проводится либо химиотерапия по тем же схемам, либо лучевая терапия (при локальном опухолевом процессе). В случае рецидивов целесообразны повторные циторедуктивные операции.

243. Наблюдение, сроки и объем обследования.

243.1. Режим наблюдения:

В течение первых двух лет — каждые 3 месяца.

3-й год — каждые 4 месяца.

4-й, 5-й годы — каждые 6 месяцев, далее — ежегодно.

243.2. Объем обследования:

гинекологическое вагинальный и ректо-вагинальный осмотр;
определение уровня СА-125 либо маркеры AFP, бета-хорионический
гонадотропин, NSE;

по показаниям выполняются ультразвуковое исследование органов
брюшной полости и малого таза, компьютерная или магнитно-резонансная
томография, рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Осмотр
молочных желез ежегодно.

ГЛАВА 27.2

РАК МАТОЧНОЙ (ФАЛЛОПИЕВОЙ) ТРУБЫ (С 57)

Рак маточной трубы составляет 0,5–1% от злокачественных опухолей женской половой сферы и 95% от всех злокачественных опухолей маточной трубы. Медиана возраста больных – 57 лет (14–85). У 95% больных он встречается в возрасте старше 35 лет и у 70% в постменопаузе. Рак маточной трубы распознается в 24–59% в I стадии заболевания, 20–24% — во II стадии, 16–49% — в III стадии, 3–12% — в IV стадии.

В течение последних десяти лет в Беларуси ежегодно злокачественными опухолями Фаллопиевой трубы заболело до 20 женщин, и только в 2010 году в Республике Беларусь зарегистрировано 29 новых случаев заболевания раком данной локализации.

В 2010 году у 8 больных (27,6%) установлена I стадия заболевания, у 9 (31,0%) – II, у 8 (27,6%) – III стадия, у 4 (13,8%) – IV стадия заболевания.

Грубый интенсивный показатель заболеваемости женщин республики злокачественными опухолями Фаллопиевой трубы составил $0,6^{0/0000}$, стандартизованный показатель заболеваемости – $0,4^{0/0000}$.

На конец года в онкологических учреждениях республики состояла на учете 121 больная раком данной локализации, болезненность была равна $2,3^{0/0000}$.

В 2010 году умерло 11 женщин, грубый интенсивный показатель смертности $0,2^{0/0000}$, стандартизованный – $0,1^{0/0000}$.

Одногодичная летальность для этой группы больных была равна 11,1%, соотношение смертности и заболеваемости – 0,38.

244. Гистологическая классификация злокачественных первичных опухолей маточной трубы (ВОЗ, 2003 г.)

244.1. Эпителиальные опухоли:

- аденокарцинома in situ
- серозная аденокарцинома
- муцинозная аденокарцинома
- эндометриоидная аденокарцинома
- светлоклеточная аденокарцинома
- переходноклеточная карцинома
- плоскоклеточная карцинома
- недифференцированная карцинома
- пограничные опухоли

244.2. Эпителиально-стромальные опухоли

- карциносаркома
- аденосаркома

244.3. Стромальные опухоли

- лейомиосаркома
- другие (типа эндометриальной стромальной саркомы)

244.4. Герминоклеточные опухоли

незрелая тератома
 монодермальные тератоидные-карциноид
 244.5. Трофобластические опухоли
 хориокарцинома
 трофобластическая опухоль плацентарного ложа
 244.6. Лимфоидные и гематологические опухоли
 злокачественная лимфома
 лейкемия.

245. Классификации (FIGO и TNM, 2009 г.)

Классификация рака маточной трубы по системе FIGO принята в 1992 г. Определение Т, N, М категорий соответствует системе FIGO. Обе системы включены для сравнения. Классификация используется только для рака маточной трубы. Должно быть гистологическое подтверждение диагноза.

Для оценки Т, N, М категорий используются клинические данные, методы визуализации опухоли, хирургическое вмешательство (лапароскопия/лапаротомия).

Стадирование по FIGO основано на хирургических и патологоанатомических данных. TNM стадирование основано на клинических данных и/или патологоанатомических данных.

245.1. Регионарные лимфатические узлы.

Регионарными лимфатическими узлами для рака маточной трубы являются: гипогастральные (обтураторные, внутренние подвздошные), общие подвздошные, наружные подвздошные, латеральные сакральные, парааортальные, паховые.

245.2. Т – первичная опухоль.

| | | |
|-----|-----|--|
| TX | | Первичная опухоль не может быть оценена |
| T0 | | Первичная опухоль не определяется |
| Tis | * | Рак in situ (преинвазивная карцинома) |
| T1 | I | Опухоль ограничена маточной (ыми) трубой(ами) |
| T1a | IA | Опухоль ограничена одной трубой, без прорастания серозной оболочки |
| T1b | IB | Опухоль ограничена обеими маточными трубами, без прорастания серозной оболочки |
| T1c | IC | Опухоль ограничена одной или обеими трубами с прорастанием серозной оболочки или наличием злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости |
| T2 | II | Опухоль поражает одну или обе маточные трубы и распространяется на таз |
| T2a | IIA | Распространение и/или метастазы в матку и/или яичники |
| T2b | IIB | Распространение на другие структуры таза |
| T2c | IIC | Распространение в тазу (2a и 2b) со злокачественными клетками в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости |

| | | |
|--------------------|------|--|
| T3 и/или N1 | III | Опухоль поражает одну или обе маточные трубы с метастазами по брюшине за пределами таза и/или метастазами в регионарных лимфоузлах |
| T3a | IIIA | Микроскопические метастазы по брюшине за пределами таза |
| T3b | IIIB | Макроскопические метастазы по брюшине за пределами таза 2см или менее в наибольшем измерении |
| T3c и/или N1 | IIIC | Метастазы по брюшине более 2 см в наибольшем измерении и/или метастазы в регионарных лимфоузлах |
| M1 | IV | Отдаленные метастазы (исключая метастазы по брюшине) |

Примечание:

метастазы в капсуле печени соответствуют T3/ стадия III, метастазы в паренхиме печени – M1 / стадия IV. Для M1/ стадии IV в плевральном выпоте должна быть положительная цитология.

* FIGO более не включает стадию 0 (Tis).

245.3. N – регионарные лимфатические узлы

NX Регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены

N0Нет метастазов в регионарных лимфоузлах

N1Метастазы в регионарных лимфоузлах

245.4. M – отдаленные метастазы

M0Нет отдаленных метастазов

M1Отдаленные метастазы

245.5. pTNM патогистологическая классификация.

Требования к определению категорий pT, pN соответствуют требованиям к определению категорий T, N.

pN0 – гистологическое исследование тазовых лимфатических узлов обычно включает 6 и более узлов. Если лимфатические узлы не поражены, но число лимфатических узлов менее чем необходимо, следует классифицировать как pN0 (согласно FIGO pNX).

245.6. G – гистологическая дифференцировка.

GX – степень дифференцировки не может быть установлена.

G1 – высокая степень дифференцировки.

G2 – умеренная степень дифференцировки.

G3 – низкая степень дифференцировки или недифференцированная опухоль.

245.7. Резюме (таблица 93)

Таблица 93

| TNM | | FIGO |
|-----|-------------------------------|------|
| Tis | Рак in situ | |
| T1 | Ограничена трубой(362мии) | I |
| T1a | Одной трубой; сероза интактна | IA |
| T1b | Обе трубы; сероза интактна | IB |

| | | |
|-----------------|---|------|
| T1c | Сероза поражена; злокачественные клетки в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости | IC |
| T2 | Распространение в тазу | II |
| T2a | На матку и/или яичники | IIA |
| T2b | На другие структуры таза | IIB |
| T2c | Злокачественные клетки в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости | IIC |
| T3 и/или N1 | Метастазы по брюшине за пределами таза и/или метастазы в регионарных лимфоузлах | III |
| T3a | Микроскопические метастазы по брюшине | IIIA |
| T3b | Макроскопические метастазы по брюшине ≤ 2 см | IIIB |
| T3c и/или N1 | Метастазы по брюшине > 2 см и/или метастазы в регионарных лимфоузлах | IIIC |
| M1 | Отдаленные метастазы (исключая метастазы по брюшине) | IV |

245.8. Группировка по стадиям (таблица 94)

Таблица 94

| | | | |
|-------------|---------|---------|----|
| Стадия 0 | Tis | N0 | M0 |
| Стадия IA | T1a | N0 | M0 |
| Стадия IB | T1b | No | M0 |
| Стадия IC | T1c | No | M0 |
| Стадия IIA | T2a | N0 | M0 |
| Стадия IIB | T2b | No | M0 |
| Стадия IIC | T2c | N0 | M0 |
| Стадия IIIA | T3a | No | M0 |
| Стадия IIIB | T3b | N0 | M0 |
| Стадия IIIC | T3c | N0 | M0 |
| | Любая T | N1 | M0 |
| Стадия IV | Любая T | Любой N | M1 |

246. Диагностические критерии.

Патологические критерии первичной злокачественной опухоли маточной трубы.

Опухоль исходит из эндосальпинкса.

Гистологические признаки опухоли представлены эпителием слизистой маточной трубы.

Есть признаки озлокачествления эпителия маточной трубы.

Яичники и эндометрий имеют нормальное строение или имеют опухолевые изменения, идентичные опухоли трубы.

Патологические кровянистые выделения из влагалища встречаются более чем у 50% больных. Они могут быть ассоциированы с водянистыми

выделениями из влагалища, низкой интенсивностью болями в животе, симптомами сдавления и нарушения функции органов брюшной полости.

Дифференциальная диагностика проводится с опухолями яичников и матки, особенно сложна при распространенном опухолевом процессе.

247. Диагностические мероприятия (имеют значение для предоперационной диагностики):

247.1. Лабораторные исследования:

группа крови и резус-фактор;

серореакция на сифилис;

HbSAg,

общий анализ крови;

общий анализ мочи;

биохимическое исследование крови (общий белок, мочеви́на, креатинин, билирубин, глюкоза, АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза);

определение уровня СА 125 — не специфичен;

коагулограмма (АЧТВ, ПВ, ТВ, фибриноген) — на этапе предоперационной подготовки.

247.2. Инструментальные обследования:

ЭКГ.

Гинекологическое вагинальное и ректовагинальное исследование.

При наличии кровянистых выделений из влагалища проводится раздельное диагностическое выскабливание матки с последующим гистологическим исследованием.

УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Обследование органов ЖКТ с целью исключить метастатический характер поражения труб (ФГДС или рентгенологическое исследование желудка обязательны, колоноскопия или ирригоскопия по показаниям).

КТ и/или МРТ органов брюшной полости и малого таза выполняется по показаниям.

248. Общие принципы лечения.

Лечение (хирургическое, химиотерапевтическое) соответствует таковому при раке яичников.

249. Наблюдение, сроки и объем обследования.

Сроки наблюдения и объем исследования соответствует таковым при раке яичников.

ГЛАВА 27.3

ПЕРВИЧНАЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ КАРЦИНОМА (ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ РАК) (С48.1, С48.2, С48.8)

Первичная перитонеальная карцинома — злокачественное новообразование, распространяющееся в брюшной полости, поражающее главным образом сальник без или с минимальным вовлечением яичников. Заболевание характеризуется диффузным вовлечением поверхности брюшины карциномой, гистологически идентичной серозно-папиллярной аденокарциноме яичников.

Первичная перитонеальная карцинома составляет 7–15% всех случаев от предварительно установленного диагноза диссеминированного рака яичников.

Как правило, заболевание характерно для женщин менопаузального возраста, сопровождается болями в животе, гастроинтестинальными симптомами и асцитом. В 75% случаев заболевание диагностируется в III стадии, в 25% — в IV стадии.

Диагностические специфические макро- и микроскопические критерии, позволяющие отнести опухоль к первичной перитонеальной карциноме:

Оба яичника должны быть физиологичными, нормального размера (до 4 см в наибольшем диаметре) или немного увеличенными за счет доброкачественного процесса;

Опухолевое поражение экстраовариальных участков должно быть намного большим, чем на поверхности любого яичника;

Микроскопически опухолевый овариальный компонент должен соответствовать одному из требований:

отсутствовать

ограничен поверхностью яичника без вовлечения коркового вещества

вовлечение поверхности яичника и стромы коркового вещества, но размер опухоли при этом должен быть меньше 5×5 мм;

В морфологической характеристике опухоли должен преобладать серозный тип, подобный или идентичный овариальной серозно-папиллярной аденокарциноме.

250. Классификация.

Стадирование осуществляется на основании рекомендаций FIGO как при раке яичников. В подавляющем числе случаев это первично диссеминированный процесс, который соответствует III-IV стадии заболевания.

251. Диагностические мероприятия.

Все диагностические мероприятия соответствуют таковым при раке яичников.

К обязательным методам диагностики относятся:

УЗИ брюшной полости и таза;

при возможности КТ/МРТ брюшной полости и таза.

С помощью указанных методов есть возможность выявить канцероматоз брюшины при интактных яичниках.

анализ крови на СА 125;
пункция брюшной полости с последующим цитологическим исследованием асцитической жидкости.

Окончательный диагноз устанавливается на основании данных оперативного вмешательства и планового гистологического исследования.

252. Общие принципы лечения.

252.1. Хирургическое лечение.

Хирургическое лечение соответствует таковому при раке яичников. Оно должно включать: тотальную гистерэктомию, билатеральную сальпинго-оофорэктомию, оментэктомию, а также аппендэктомию и, по возможности, удаление всех опухолевых диссеминатов брюшины.

Классификация циторедуктивных операций такая же, как при распространенном раке яичников. По объему остаточной опухоли выделяют следующие типы операций:

Полная циторедукция — остаточной опухоли визуально не определяется.

Оптимальная циторедукция — размер остаточной опухоли (каждого очага, размер не суммируется) не более 1 см.

Субоптимальная циторедукция — размер остаточной опухоли более 1 см и менее 2 см.

Неоптимальная циторедукция — размер остаточной опухоли 2 см и более.

Эксплоративная лапаротомия — опухоль не удалялась, выполнена только биопсия.

По времени выполнения:

Первичная циторедукция — специальное лечение начато с операции.

Промежуточная (интервальная) циторедукция — лечение начато с химиотерапии, либо на начальном этапе была выполнена эксплоративная лапаротомия или циторедукция в неоптимальном объеме, а потом проводилась химиотерапия. Как правило, промежуточная циторедукция назначается после 3 курсов химиотерапии. Перед операцией необходимо оценить эффект от терапевтического воздействия (УЗИ/КТ/МРТ, анализ крови на СА 125, при необходимости — гинекологический осмотр). Показания к выполнению промежуточной циторедукции определяются индивидуально в зависимости от эффекта химиотерапии.

Вторичная циторедукция — операция выполняется по поводу рецидива заболевания. Установлено, что вторичная циторедукция себя оправдывает в том случае, если рецидив возник более чем через 6 месяцев после окончания предыдущего блока лечения.

В протоколе операции необходимо обязательно указать тип операции, например, первичная неоптимальная циторедукция или вторичная полная циторедукция, или интервальная оптимальная циторедукция.

252.2. Химиотерапия (схемы, препараты, дозы) соответствует таковой при раке яичников.

252.3. Показания к лучевой терапии (тазово-абдоминальное облучение):

состояние после полной циторедукции, если по каким-либо причинам химиотерапия не назначена;

размеры наибольшего очага остаточной опухоли в брюшной полости не превышают 2 см.

253. Наблюдение, сроки и объем обследования.

Сроки наблюдения и объем обследования такие же, как при раке яичников.