

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра клинической фармакологии

**Тема: «Лекарственные
средства применяемые в
детской онкогинекологии»**

Мухамеджанова А.М.
740гр.

Злокачественные опухоли половых органов составляют от 3 до 4 % от числа злокачественных новообразований детского возраста. Большинство опухолей половых органов у детей сочетается с пороками развития.

Перечень патологических состояний, при которых наблюдаются опухоли яичек и яичников, следующий:

- смешанная дисгенезия гонад (ХО/ХУ);
 - чистая дисгенезия гонад;
- синдром тестикулярной феминизации;
 - истинный гермафродитизм;
 - крипторхизм;
 - семейные опухоли яичек;
 - рак яичника, доминантная форма;
- андробластома (опухоль, содержащая как клетки Лейдига- Сертоли) —
 - рак щитовидной железы;
 - синдром семейного рака;
- синдромы, включающие рак яичника:
 - а) Пейтца —Егерса;
 - б) Гарднера;
 - в) базально-клеточного невуса;
 - г) атаксия-телеангиэктазия;
 - д) Штейна—Левенталья.

Злокачественные опухоли половых органов у девочек наблюдаются преимущественно в яичниках (86 %); в 10 % случаев — во влагалище и шейке матки. Очень редко они локализируются в вульве. Поражение тела матки не характерно для детского возраста.

Злокачественные опухоли половых органов у девочек встречаются в любом возрасте — от периода новорожденности до 15 лет. Однако имеются определенные закономерности в структуре заболеваемости в зависимости от возраста. До 5 лет чаще отмечается поражение влагалища и шейки матки, а в старшем возрасте (особенно в периоде полового созревания) — яичников.

Международная классификация опухолей яичников ВОЗ 1973г.

- I. Эпителиальные опухоли
- II. Опухоли стромы полового тяжа
 - A. Гранулезостромально-клеточные опухоли
 - Б. Андробластомы: опухоли из клеток Серголи и Лейцита
 - Г. Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа
- III. Липидно-клеточные опухоли
- IV. Герминогенные опухоли
- V. Гонадобластома
- VI. Опухоли мягких тканей, неспецифичные для яичника
- VII. Неклассифицированные опухоли
- VIII. Вторичные (метастатические) опухоли

Лечение при опухолях яичников

Как правило, при опухолях яичников можно выполнить оперативное вмешательство на первом этапе лечения. Оперативное лечение заключается в удалении придатков матки на стороне поражения и резекции большого сальника, так как на большом клиническом материале установлено, что поражение злокачественной опухолью яичника носит односторонний характер. В случае развития опухолевого поражения одного яичника на фоне дисгенезии гонад необходимо удаление другого, так как риск поражения другой гонады резко возрастает.

Химиотерапия является
обязательным компонентом в
лечении герминогенных
опухолей. Для лечения
герминогенных
опухолей яичников рекомендуют
схему VAB-6 в.

- Винбластин — 4 мг/м² внутривенно в 1-й день
- Циклофосфан — 600 мг/м² внутривенно в 1-й день
- Дактиномицин — 1 мг/м² внутривенно капельно в 1-й день
- Блеомицин — 15 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й дни
- Цисплатин — 100 мг/м² внутривенно капельно в 4-й день

Интервалы между курсами 3—4 нед. Проводится 6 курсов

указанной химиотерапии. С целью уменьшения легочной

токсичности блеомицина предложены другие модификации.

- Винбластин — 3 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й дни
- Блеомицин — 10 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й дни
- Цисплатин — 20 мг/м² внутривенно в 4-й, 5-й, 6-й, 7-й, 8-й дни или
 - Блеомицин — 15 мг/м² внутривенно или внутримышечно 1 раз в неделю № 12
- Этопозид — 100 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й дни
- Цисплатин — 20 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й дни или
 - Этопозид — 100 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й дни
- Ифосфамид — 1500 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й дни с уромитексаном в стандартном режиме.

Курсы химиотерапии следует проводить с интервалом 3 нед. Основные мероприятия профилактики осложнений: инфузионная терапия до 2500—3000 мл/м² и контроль диуреза, при необходимости его коррекция лазиксом. Конечно, все дети, получающие химиотерапию, подвержены инфекционным осложнениям, поэтому крайне важны соблюдение гигиенических мероприятий, своевременное лечение стоматитов, инфекций и т. д.

При дисгерминоме показана следующая схема химиотерапии, которая может быть использована и при лечении других герминогенных опухолей.

- Винкристин — 1,5 мг/м² внутривенно в 1-й день
- Этопозид — 100 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й дни
- Цисплатин — 20 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й дни.

Курсы проводят с интервалом 3 нед; количество курсов — 6.

Можно проводить лечение и по другим схемам.

- Вепезид — 100 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й дни
- Платина — 30 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й дни
- Фарморубицин — 30 мг/м² внутривенно в 1-й день или
- Вепезид — 100 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й дни
- Платина — 100 мг/м² внутривенно в 1-й день
- Циклофосфан — 500 мг/м² внутривенно в 1-й день.

При лечении детей группы повышенного риска (огромные опухоли, состояние после экстренных операций по поводу разрыва или перекрута ножки опухоли, нерадикально выполненные операции) рекомендуем чередование режимов VAB-6 и следующего:

- Этопозид — 100 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й день
- Цисплатин — 20 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й дни.

Интервалы между курсами 3 нед. Каждый режим препаратов вводится до 4 раз; следовательно, общее количество курсов — 8.

Применяется также схема.

- Винбластин — 3 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й дни
- Дактиномицин — 0,5 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й Дни
- Циклофосфан — 800 мг/м² внутривенно в 3-й день.

При назначении химиотерапии редких опухолей яичника необходимо индивидуально подбирать схему химиотерапии и своевременно в случае отсутствия эффекта от лечения ее менять, однако приведенные выше схемы химиотерапии вполне применимы в данном случае. Возможно также использование схемы химиотерапии.

- Винбластин — 4 мг/м² внутривенно в 1-й день
- Дактиномицин — 300 мкг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й Дни
- Циклофосфан — 200 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й дни или
- Этопозид — 100 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й дни
- Цисплатин — 20 мг/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й дни.

Интервалы между курсами не менее 3 нед,
количество

курсов не менее 6; при определении опухолевых маркеров не менее 4 курсов после получения нормальных показателей маркеров.

Лечение при опухолях влагалища и шейки матки

Опухоли влагалища и шейки матки рассматриваются вместе, так как, как правило, у детей определяется один гистологический тип опухоли — рабдомиосаркома, которая обладает способностью мультицентрического роста. При поражении мочеполового тракта чаще диагностируется ботриоидный вариант эмбриональной рабдомиосаркомы. Наиболее часто рабдомиосаркома влагалища и шейки матки встречается у девочек до 3 лет.

После гистологической верификации
диагноза
применяют химиотерапию. В процессе
лечения определяют
чувствительность опухоли к химиотерапии и
уточняют
локализацию поражения. Химиотерапию
проводят по схеме.

- Винкристин — 1,5 мг/м² внутривенно в 1-й день
 - Дактиномицин — 1,5 мг/м² в 1-й день
- Ифосфамид — 3 г/м² внутривенно в 1-й, 2-й, 3-й дни с уромитексаном в стандартном режиме.

Интервалы между курсами 3 нед. В случае ранней

диагностики указанное лечение может дать хорошие результаты. В случае рецидивов рабдомиосаркомы лечение проводится в другом режиме.

- Винкристин — 2 мг/м² внутривенно в 1-й, 8-й, 15-й дни
- Циклофосфан — 200 мг/м² внутривенно в 1-й, 8-й, 15-й дни
- Дактиномицин — 200 мкг внутривенно во 2-й, 5-й, 9-й, 12-й, 16-й дни.

После проведения 1—2 курсов химиотерапии и иссечения оставшихся опухолевых масс решается вопрос о плане лучевого лечения. При поражении влагалища невозможно выполнение радикального оперативного вмешательства, поэтому огромное значение имеет в этом случае лучевое лечение, а именно внутрисполостная лучевая терапия, которая позволяет подвести значительные дозы. Подведение такой дозы лучевой терапии возможно при радиохирургическом варианте лечения. При поражении шейки матки выполняется операция в объеме экстирпации матки с верхней третью влагалища и маточными трубами. После операции так же, как и при поражении влагалища, необходимо продолжение специальной терапии в виде внутрисполостного облучения культи влагалища и 6—8 курсов химиотерапии по приведенной выше схеме.

Список использованной литературы

- Дурнов Л.А., Голдобенко Г.В. - Детская онкология 2002.
- Белогурова М.Б. - Детская онкология - 2002г.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!**

!