

Злоякісні пухлини яєчника (ЗПЯ) є актуальною проблемою онкогінекології, що зумовлено їх несвоєчасною діагностикою, агресивним клінічним перебігом, неможливістю проведення радикального лікування, високою частотою рецидивів, стабільно високими показниками смертності.

За даними Національного канцер-реєстру, захворюваність на ЗПЯ в Україні 2011 року становила 14,7 випадку на 100 тис. населення (у світі – 10,4 випадку на 100 тис.); не прожили 1 року 32,3% уперше виявлених хворих. Особливу тривогу викликають високі показники щорічної смертності хворих на ЗПЯ репродуктивного віку, що негативно впливає на демографічну ситуацію (А. Jemal, 2009; В.М. Мерабишвили, 2010; М.И. Давыдов, Е.М. Аксель, 2010; І.Б. Щепотін, Л.І. Воробйова, З.П. Федоренко, 2012) і обумовлює необхідність обґрунтування можливостей проведення радикального органозберігаючого лікування хворих на початкові форми ЗПЯ репродуктивного віку з метою збереження фертильності.

Згідно із сучасними уявленнями занедбані форми ЗПЯ розглядаються як хронічний пухлинний процес. Стратегія лікування цього контингенту хворих передбачає застосування хірургічного втручання та хіміотерапії (ХТ) (Р. Sugarbaker, 1993; S.M. Eisenkop et al., 1996; В.В. Кузнецов, А.Г.Блюменберг, 2002; Е.Г. Новикова і соавт., 2007; А. du Bois, 2007; L. Kumar, 2010; F. Ortas, 2010; N. Iwasa, 2010).

Сучасними широкомасштабними рандомізованими дослідженнями зроблено певний внесок у вирішення зазначеної проблеми: удосконалюється хірургічна техніка, досліджуються оптимальні режими комбінованої ХТ в лікуванні цього контингенту хворих (В. Кузнецов, А. Блюменберг, 2002; А. Беришвили, 2004; Е. Новикова, 2006; А.Ф. Урманчєва, 2007; R.E. Bristow et al., 2007; I. Vergote, 2008; J. Sehouli, 2010; R. Zang, 2010). Разом із тим роль і послідовність використання цих методів у лікуванні як первинних ЗПЯ, так і рецидивів хвороби дотепер залишаються не визначеними. Єдина думка щодо ролі хірургічного методу в лікуванні пацієнток як з початковими, так і з занедбаними формами ЗПЯ відсутня. У значній кількості таких хворих неможливо технічно виконати оптимальну циторедуктивну операцію (ЦРО) (G. Aletti et al., 2006; J. Spasek, 2010; L. Gmyrek, 2010; M. MacKintosh, 2010), а частота її проведення коливається в межах від 10 до 85% залежно від поширеності пухлинного процесу. Багато авторів ставлять під сумнів необхідність виконання таких операцій, а ефективність лікування хворих на ЗПЯ покладають на ХТ (N. Spirtos, 2005; S. Kehoe, 2006; V. Gallotta, 2010; M. Peiretti, 2010). Проте можливості хірургічного втручання як основного методу лікування хворих на ЗПЯ, особливо репродуктивного віку, далеко не вичерпані (Я.В. Бохман, 1993; Е.В. Бахидзе, С.Я. Максимов, 2004; М.Є. Яроцький, 2005; M. Stramba-Badiale, 2009; J. van der Velde, 2010; H. Kajiyama, 2010).

Основною причиною летальності хворих на ЗПЯ є рецидиви захворювання з розвитком пухлинної інтоксикації і порушенням функцій життєво важливих органів, проте тактика лікування пацієнток з рецидивами остаточно не визначена через відсутність єдиних стандартів для схем ХТ 2-ї і 3-ї ліній, чітких показань для проведення повторних ЦРО. Остаточно не встановлена також роль неад'ювантної хіміотерапії (НАХТ) в комбінованому лікуванні хворих на ЗПЯ, недостатньо вивчені схеми і способи її проведення, не обґрунтована доцільність комбінації шляхів введення цитостатиків залежно від стадії та гістологічної форми пухлини (І.Б. Щепотін, Л.І. Воробйова, 2010; J. Sehouli, A. du Bois, 2010; A. Jakobson-Setton, 2010).

Не втрачають актуальності питання щодо залежності клінічного перебігу пухлинного процесу від біологічних особливостей пухлини, однією з характеристик якої є резистентність до цитостатиків, адже у 20-25% хворих на ЗПЯ ефект ХТ відсутній (I. Skirmisdottir, 2010; J. van der Velde, 2010; S. Geurts, 2010). У зв'язку з цим останніми роками все більшого значення набувають дослідження, присвячені вивченню молекулярно-біологічних характеристик пухлинних клітин для клінічної оцінки перебігу захворювання та обґрунтування індивідуальної тактики лікування хворих (X. Lin, S. Howell, 2006; В.Ф. Чехун, Н.Ю. Лукьянова, 2007; D. Livingston, 2008; L. Gortzak-Uzan, 2010).

Таким чином, розробка нових ефективних методик хірургічного лікування пацієнток із занедбаними та рецидивними ЗПЯ, своєчасна діагностика рецидивів, удосконалення схем НАХТ та ад'ювантної ХТ (АХТ) є актуальними і пріоритетними напрямками сучасних досліджень в онкогінекології.

В.С. Свінцицький, д.м.н., професор, Національний інститут раку, м. Київ

Комплексне лікування хворих на злоякісні пухлини яєчника



В.С. Свінцицький

Матеріали та методи

З метою підвищення ефективності лікування пацієнток з початковими, занедбаними та рецидивними формами ЗПЯ шляхом розробки нових та удосконалення існуючих методів у відділенні онкогінекології Національного інституту раку з 2002 до 2012 року проведено дослідження, що базується на ретроспективних та проспективних даних клінічних спостережень і результатах лікування 2158 хворих на ЗПЯ I-IV стадії. Усі хворі дали згоду на лікування за новими методиками і на використанні операційного матеріалу в наукових цілях.

Залежно від проведеного лікування учасниць було розділено на 3 основні групи:

- I група – 874 (40,5%) хворих на ЗПЯ, яким проведені різні типи первинних ЦРО (ПЦРО) та АХТ (з них 303 хворим проведені стандартні ЦРО – контрольна група);
- II група – 857 (39,7%) пацієнток із занедбаними формами ЗПЯ (первинно неоперабельні), яким проводилася НАХТ, різні типи проміжних ЦРО (ПрЦРО) та АХТ (з них 475 хворим проведені стандартні ЦРО – контрольна група);
- III група – 427 (19,8%) пацієнток із занедбаними формами ЗПЯ (первинно неоперабельні) після експлоративних або паліативних хірургічних втручань, яким проводилася ХТ як основний метод лікування (з них 159 хворим проводилася стандартна ХТ – контрольна група).

Розповсюдженість пухлинного процесу і стадію захворювання визначали за Міжнародною класифікацією TNM (6-те видання, 2002; код МКХ-0-С-56) та FIGO (2006). Усіх пацієнток обстежували за діючими в Україні стандартами з використанням загальноприйнятних клінічних і лабораторних методів, у т. ч. проводили рентгенологічне дослідження органів грудної клітки, ультразвукове сканування органів малого таза і черевної порожнини на ультразвукових апаратах Hawk 2102 EXL (B&K, Данія), фірм SSD-630 (Aloka), Siemens, Toshiba. Визначали рівень СА 125 та інших пухлинних маркерів у сироватці крові (за показаннями). Ефективність лікування хворих оцінювали за клінічними даними і ультразвуковими ознаками згідно з рекомендаціями ВООЗ (2004). Розподіл хворих на ЗПЯ у групах за гістологічним типом та стадією пухлини представлено в таблиці 1.

Обстеження органів травного тракту (езофагогастроудоденоскопію або рентгенологічне дослідження шлунка, колоноскопію або іригоскопію за показаннями) проводили

Таблиця 1. Розподіл хворих на ЗПЯ у групах за гістологічним типом та стадією

Гістологічний тип пухлини	Стадія	Група						Разом	
		I		II		III		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Емпіричне ЗПЯ (ЕЗПЯ)	I	117	16,7					117	7,2
	II	63	9,1	34	5,4			97	5,9
	III	370	53,2	413	65,5	89	29,1	872	53,4
	IV	146	21,0	184	29,1	217	70,9	547	33,5
	Разом	696	100,0	631	100,0	306	100,0	1633	75,7
Пухлина строми статевого тяжа (ПССТ)	I	40	48,8					40	27,0
	II	12	14,6	15	22,7			27	18,2
	III	21	25,6	37	56,1			58	39,2
	IV	9	11,0	14	21,2			23	15,6
	Разом	82	100,0	66	100,0			148	6,8
Герміногенна ЗПЯ (ГЗПЯ)	I	21	32,2					21	15,4
	II	10	15,4	19	26,7			29	21,3
	III	30	46,2	45	63,4			75	55,1
	IV	4	6,2	7	9,9			11	8,2
	Разом	65	100,0	71	100,0			136	6,3
Пухлина іншого гістогенезу	I	11	35,5					11	4,6
	II	6	19,4	4	4,5			10	4,1
	III	10	32,2	39	43,8	28	23,1	77	31,9
	IV	4	12,9	46	51,7	93	76,9	143	59,4
	Разом	31	100,0	89	100,0	121	100,0	241	11,2
Разом		874	40,5	857	39,7	427	19,8	2158	100,0

з метою виключення метастатичного ураження, комп'ютерну та/або магнітно-резонансну томографію органів черевної порожнини і малого таза (за показаннями) – для визначення локалізації та розповсюдженості пухлинного процесу. Діагноз ЗПЯ був підтверджений даними гістологічного дослідження операційного матеріалу та цитологічного дослідження асцитичної рідини.

Усім первинним хворим виконані ЦРО різного обсягу:

– стандартна операція включає видалення матки з придатками та резекцією великого сальника;

– розширена, крім виконання стандартної операції, включає видалення заочеревинних, клубових та/або парааортальних та/або пахових лімфовузлів;

– комбінована операція, крім стандартного або розширеного обсягу втручання, включає виконання резекції кишки, сечового міхура, сечоводу, м'яких тканин передньої черевної стінки або діафрагми, видалення селезінки та/або інших органів черевної порожнини у разі їх пухлинного ураження.

Визначені показання для виконання оптимальної ЦРО: відсутність візуальних ознак залишкової пухлини в черевній порожнині, малому тазові та заочеревинному просторі; для субоптимальної ЦРО такими є наявність залишкової пухлини <1 см у найбільшому вимірі, неоптимальної ЦРО – наявність залишкової пухлини >2 см у найбільшому вимірі.

Розроблено і впроваджено в клінічну практику методику лікування пацієнток з початковими формами ЗПЯ, застосування якої після процедури хірургічного стадіювання дає можливість зберегти матку та контралатеральний яєчник з метою профілактики післякастраційного синдрому і збереження репродуктивної функції (патент на корисну модель № 22138, 2007). На 7-8-й день післяопераційного періоду хворим проводили стандартну внутрішньовенну (в/в) поліхіміотерапію (ПХТ) за схемою PC: цисплатин 100 мг/м² + циклофосфан 800 мг/м². У 1-й лінії ХТ застосовували схеми CP, CC, TP, TC.

Для підвищення ступеня радикальності хірургічного втручання розроблено спосіб хірургічного лікування пацієнток із занедбаними формами ЗПЯ – тазова перитонектомія (патент № 79398, 2007; патент на корисну модель № 15985, 2006).

З метою підвищення ефективності НАХТ у хворих із занедбаними формами ЗПЯ нами розроблено спосіб комбінованого введення цитостатиків (в/в циклофосфан 800 мг/м² та одночасно в червну порожнину цисплатин 100 мг/м²), що дає можливість досягти значно вищої концентрації цитостатиків на поверхні і в судинній системі первинної пухлини та її метастазів, сприяє редукції пухлини, зниженню системного токсичного ефекту (патент на корисну модель № 22139, 2007). Через 14 днів після ХТ виконували проміжну ЦРО в обсязі пангістеректомії (ПГЕ), оментектомії (ОЕ). Комбіновану АХТ проводили через 7 днів після ЦРО. Після проведення 2 циклів комбінованої АХТ мікроіригатор видаляли, а хіміопрепарати (цисплатин 100 мг/м², циклофосфан 800 мг/м²) вводили в/в 4 циклами з інтервалом у 3 тиж.

З метою підвищення ефективності паліативного лікування хворих на ЗПЯ з метастазами в печінці проводили селективну внутрішньоартеріальну ХТ (ВАХТ): в печінкову артерію вводили оксаліплатин в дозі 50 мг/м² упродовж 60 хв протягом 3 днів (патент на корисну модель № 15986, 2006).

У 68 хворих на ЗПЯ II групи досліджено лікувальний патоморфоз після НАХТ. У кожній пухлині досліджували 27 гістологічних зрізів. Для вивчення лікувального патоморфозу і щільності судин у пухлинах яєчника застосовано морфометричний метод з використанням окулярної сітки з 25 тест-точками (Г.Г. Автандилов і соавт., 1981; К.О. Галахін, 2000). Кількість судин на 1 мм² розраховували за спеціальною формулою.

Імуногістохімічне дослідження включало оцінку експресії білків p53 (мутантний білок), Bcl-2, P-gp, GST, антигену проліферації IPO-38 на парафінових зрізах пухлин з використанням відповідних первинних моноклональних антитіл (МКАТ) компанії Dako Cytomation (Данія) і системи візуалізації EnVision за збільшення мікроскопа ×200, ×400. Результати імуногістохімічної реакції оцінювали напівкількісним методом шляхом підрахунку відносної кількості (%) позитивно забарвлених клітин з урахуванням ступеня експресії («+» – незначна, «++» – помірна, «+++» – сильна). Чутливість пухлин до цитостатиків вивчали за допомогою МТТ-тесту. Ці дослідження проведені у відділі механізмів

протипухлинної терапії Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Е. Кавецького НАН України.

Для оцінки ефективності лікування хворих на ЗПЯ досліджували тривалість безрецидивного періоду, частоту виникнення рецидиву та показники 1- і 5-річної виживаності.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням програм STATGRAPHICS Plus 5.0 і SPSS for Windows Release 10.0.5, а також пакета програм Excel 2003. Застосовували критерії Стюдента, Фішера, кореляційний аналіз. Виживаність хворих аналізували за методом Каплана-Мейера і log-rank тесту. Різницю вважали статистично вірогідною за умови $p < 0,05$.

Результати та обговорення

Органозберігаюче лікування хворих на ЗПЯ початкових стадій

Ретроспективний аналіз результатів лікування хворих на ЗПЯ початкових стадій та визначення морфологічних чинників перебігу хвороби дозволили удосконалити методику лікування цієї категорії хворих. Під час операції проводили хірургічне стадіювання і, якщо стадія хвороби відповідає градації $T_{1a-b}N_0M_0$ за TNM, виконували тільки одностороннє видалення придатків матки на боці ураження і біопсію контралятерального яєчника, резекцію сальника з терміновим інтраопераційним морфологічним дослідженням. На 7-8-й день післяопераційного періоду проводили стандартну в/в ПХТ за схемою РС. Застосування розробленого органозберігаючого методу лікування хворих на ЗПЯ ІА стадії преуперитонеального і репродуктивного віку дозволило зберегти репродуктивну функцію та запобігти розвитку післякастраційного синдрому, а показники 5-річної виживаності за цього підходу не відрізняються від таких після виконання стандартних операцій (ПГЕ, ОЕ) і становлять $89,2 \pm 9,9$ та $86,3 \pm 5,5\%$ відповідно ($p > 0,05$) (рис. 1).

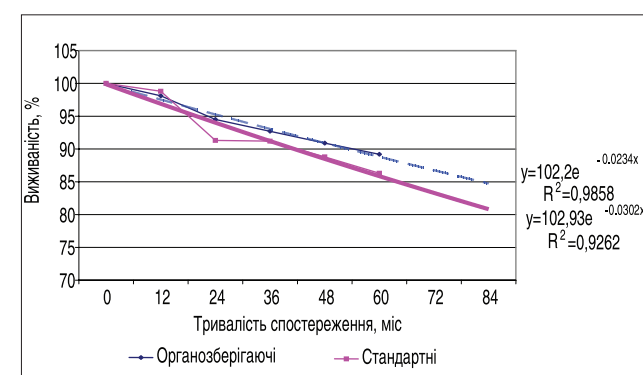


Рис. 1. Показники виживаності хворих на ЗПЯ ІА стадії після органозберігаючих і стандартних операцій

У випадку високодиференційованих ПССТ, дисгерміном, високодиференційованої муцинозної пухлини стадії $T_{1a-b}N_0M_0$ обмежувалися лише хірургічним втручанням. Комбінований метод лікування включав АХТ, перед проведенням якої уточнювали морфологічну структуру пухлин яєчника та враховували несприятливі чинники прогнозу. ПХТ призначали хворим з потенційно більш злоякісними пухлинами (пухлина ендодермальних синусів, епітеліальні мезонефрідні пухлини), з пухлинами низького ступеня диференціювання, а також за наявності факторів, що можуть несприятливо впливати на прогноз хвороби (порушення цілісності капсули пухлини, великі розміри новоутворень, наявність полісерозиту). Проводили 4-6 курсів ПХТ.

Аналіз видалених результатів органозберігаючого лікування пацієнток з початковими формами ЗПЯ різного гістологічного типу представлено в таблиці 2.

Тривалість спостереження, міс	Виживаність, %		
	ЕЗПЯ	ПССТ	ГЗПЯ
12	96,3±3,7	97,8±2,1	96,6±3,4
24	92,6±5,6	93,1±4,2	92,8±7,2
36	88,2±6,8	88,3±7,0	91,7±8,3
48	82,4±7,5	86,9±7,5	88,3±8,6
60	72,1±8,4	82,4±7,5	84,5±8,9

Отже, за представленими в таблиці даними, 5-річна виживаність хворих на ЗПЯ І стадії не залежить від гістологічного типу пухлини ($p < 0,05$ для кожного терміну спостереження).

У 15 хворих репродуктивного віку, яким було проведено органозберігаюче лікування (одностороння аднексектомія), настала вагітність (у 12 – одна, у 3 – дві). У 7 хворих вагітність закінчилася нормальними пологамі. Решті пацієнток за їх бажанням було проведено штучне переривання вагітності у термін від 6 до 11 тиж. Усі хворі після пологів перебувають під спостереженням без ознак рецидиву захворювання понад 5 років.

За результатами проведених досліджень доповнено перелік відомих раніше ознак початкових ЗПЯ (серозного, муцинозного, ендометриодного раку, гранульозоклітинних пухлин) такими, як розмір пухлини (до 10 см), інтактна поверхня без папіл і розривів, високий ступінь диференціювання клітин, низька щільність васкуляризації, відсутність асцитів та пухлинних клітин за наявності невеликої кількості асцитичної рідини. Слід відзначити, що стан щільності судин (гіпер- або гіповаскуляризація), виявлений у сосочках початкових форм ЗПЯ під час мікроскопічного дослідження операційного матеріалу, є одним з основних чинників прогнозу.

Первинне хірургічне лікування пацієнток із занедбаними формами ЗПЯ

З метою підвищення ступеня радикальності первинних ЦРО у пацієнток із занедбаними формами ЗПЯ застосовували комбіновані ЦРО, що, крім ПГЕ і видалення великого сальника, включали хірургічне втручання на інших органах.

Показаннями до виконання комбінованих операцій були пухлини з розповсюдженням на сусідні органи і тканини після виконання стандартного обсягу хірургічного втручання; залишкові пухлини, що порушують функції суміжних органів, які неможливо радикально видалити без резекції останніх після видалення основної маси первинної пухлини.

Комбіновані ПЦРО виконані 126 хворим І групи. Вік хворих варіював від 29 до 79 років (середній вік – $51,2 \pm 8,5$ року). У 102 (81,0%) хворих мала місце ІІІ стадія захворювання, у 24 (19,0%) – ІV. Під час операції виявлені пухлинні ураження тонкої кишки у 25 (19,8%) хворих, товстої – у 89 (70,6%); поєднане ураження відзначалося у 47 (37,3%) пацієнток. У 12 (9,5%) хворих комбіновані операції були пов'язані з резекцією печінки, у 12 (9,5%) – зі спленектомією. Відзначено залучення в пухлинний процес сечовивідних шляхів у 8 (6,4%) пацієнток, сечового міхура – у 6 (4,8%), сечоводу – у 2 (1,6%) хворих. У цих випадках резекція сечового міхура виконана 6 (4,8%), нефректомія – 2 (1,6%) хворим.

Розроблено метод хірургічного лікування пацієнток із занедбаними формами ЗПЯ – тазову перитонектомію (ТПЕ), яка включала видалення матки з ураженими яєчниками й метастазами єдиним блоком та пухлинних імплантатів, що локалізувалися на очеревині дуоденального простору, ректосигмоїдного відділу товстої кишки, сечового міхура (рис. 2).

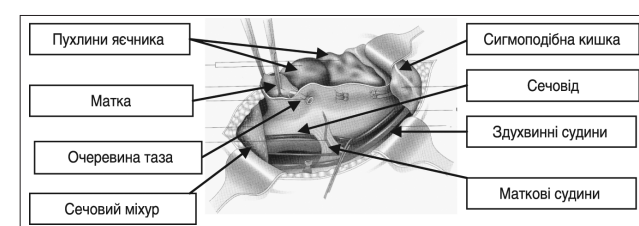


Рис. 2. Схематичне зображення операції ретроперитонеальної ПГЕ та ТПЕ

Виконання ретроперитонеальної ПГЕ і ТПЕ І типу дає можливість у більшості випадків виконати оптимальну циторедукцію без резекції кишечника, якщо пухлина розташована тільки на серозних покровках без інфільтрації м'язової оболонки; видалити уражені осередки очеревини в ділянці ректосигмоїдного відділу товстої кишки. За наявності інвазії пухлиною глибоких шарів товстої кишки виконувалася ТПЕ ІІ типу, що додатково включала нижню передню резекцію прямої кишки з первинною реконструкцією (первинним анастомозуванням, у т. ч. з використанням циркулярного степлера) (рис. 3).

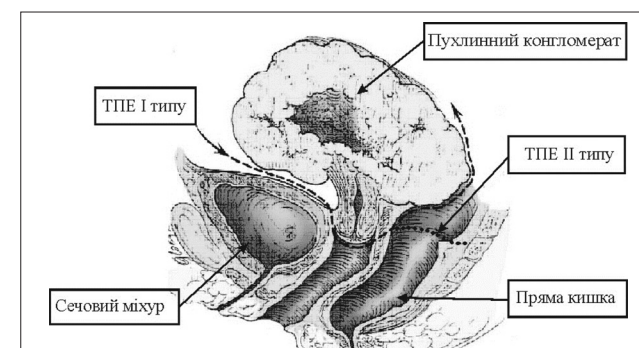


Рис. 3. Схематичне зображення операції ТПЕ І та ІІ типу

Аналіз ефективності проведених ПЦРО показав, що зі 126 пацієнток із занедбаними формами ЗПЯ оптимальні хірургічні втручання виконані у 52 (41,3%), субоптимальні – у 44 (34,9%), неоптимальні – у 30 (23,8%) хворих (табл. 3).

Оптимальні комбіновані хірургічні втручання у хворих на ЗПЯ проведені переважно завдяки ОЕ, яку виконано у 46 (36,5%) пацієнток, резекції ураженої кишки – у 21 (40,4%) та ТПЕ – у 18 (34,6%).

Враховуючи шляхи лімфогенного метастазування у разі ЗПЯ, виконували розширені хірургічні втручання в поєднанні з ПГЕ та ОЕ – від селективного видалення клубових лімфатичних вузлів до клубово-парааортальної лімфодисекції.

Обсяг хірургічного втручання	Оптимальні		Субоптимальні		Неоптимальні	
	n	%	n	%	n	%
ПГЕ та ОЕ + ТПЕ (n=31)	18	14,3	7	5,6	6	4,8
ПГЕ та ОЕ + резекція печінки або спленектомія (n=24)	7	5,6	12	9,4	5	4,0
ПГЕ та ОЕ + операції на кишечнику (n=58)	21	16,6	23	18,3	14	11,0
ПГЕ і ОЕ та інші комбіновані хірургічні втручання (n=13)	6	4,8	2	1,6	5	4,0
Разом (n=126)	52	41,3	44	34,9	30	23,8

Із 27 хворих, яким були виконані розширені ПЦРО, у 16 (59,3%) пацієнток втручання були оптимальними, у 7 (25,9%) – субоптимальними і лише у 4 (14,8%) – неоптимальними. Виконання оптимального варіанта хірургічного втручання стало можливим за ПГЕ + ОЕ + ТПЕ у 9 (33,3%) із 27 оперованих хворих. Оптимальні розширені операції виконані у 59,3% хворих, що у 6 разів перевищує відповідний показник (9,9%) у групі хворих, яким проводилися стандартні хірургічні втручання.

Результати проведених досліджень свідчать, що радикальність ПЦРО у пацієнток із занедбаними формами ЗПЯ можна підвищити шляхом виконання комбінованих та розширених операцій. Розширення обсягу ПЦРО у хворих не впливає негативно на їх загальний стан. Слід відзначити, що тривалість операції, величина крововтрати та термін перебування хворої в стаціонарі вірогідно не залежать від варіанта ПЦРО (оптимальна, субоптимальна, неоптимальна).

Частоту виникнення рецидивів захворювання аналізували з урахуванням типу виконаних операцій. Рецидиви в перші 2 роки після ПЦРО у випадку оптимальних стандартних операцій виникли у 33,3% хворих, субоптимальних – у 45%, неоптимальних – у 82,3%; після комбінованих оптимальних – у 23,1% пацієнток, субоптимальних – у 54,5%, неоптимальних – у 76,7%; після розширених оптимальних ПЦРО – у 18,8%, субоптимальних – у 71,4%, неоптимальних – у 100,0% прогресування захворювання.

Встановлено статистично вірогідний зв'язок між частотою виникнення рецидивів захворювання та радикальністю хірургічного втручання. Найменша частота рецидивів захворювання мала місце за виконання розширених оптимальних операцій – 18,8% ($p < 0,05$). Тому можна стверджувати, що виконання хірургічних втручань таких обсягів є перспективним і може забезпечити покращення видалених результатів лікування пацієнток із занедбаними формами ЗПЯ.

Поріг операбельності хворих на ЗПЯ залежить від багатьох чинників, а впровадження запропонованих нами хірургічних методик дозволило досягти оптимальної та субоптимальної циторедукції (відповідно у 26,4 та 50,3% випадків) навіть у випадку занедбаних форм хвороби. Аналіз результатів хірургічних втручань у контрольній І групі показав, що у пацієнток із занедбаними формами ЗПЯ стандартна операція була оптимальною у 5,8% випадків, субоптимальною – у 40,9%, неоптимальною – у 12,0% випадків.

Проведений аналіз 5-річної виживаності пацієнток із занедбаними формами ЗПЯ з урахуванням типу ПЦРО (рис. 4) показав, що після оптимальних ЦРО вона становить $41,4 \pm 7,3\%$, після субоптимальних – $14,7 \pm 2,1\%$, натомість після неоптимальних ЦРО – лише $7,5 \pm 4,3\%$ ($p < 0,05$).

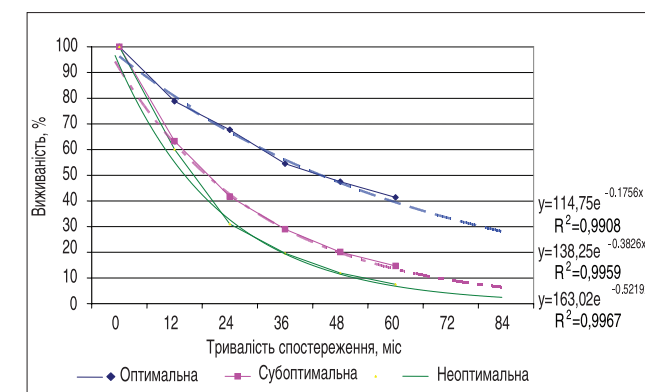


Рис. 4. Виживаність пацієнток із занедбаними формами ЗПЯ залежно від типу виконаної ПЦРО

Отримані результати мають велике практичне значення, оскільки відмова від виконання первинної циторедукції через розповсюдженість пухлинного процесу у хворих на ЗПЯ є необґрунтованою. Основна умова для виконання первинної циторедукції полягає в необхідності ретельного відбору хворих із занедбаними формами ЗПЯ на основі комплексного обстеження з використанням ендоскопічних і променевих методів та визначенням сонографічних критеріїв операбельності, а за наявності несприятливих чинників лікування слід розпочинати з НАХТ, після чого проводити ПЦРО.

Далі буде.