



С. М. Карташов¹,
Т. В. Базарінська¹,
М. Є. Тимченко²,
С. М. Граматюк³

¹Харківська медична академія
післядипломної освіти,
м. Харків

²ДУ «Інститут загальної
та невідкладної хірургії
ім. В. Т. Зайцева НАМНУ»,
м. Харків

³Інститут клітинної
біореабілітації, м. Харків

© Колектив авторів

РЕТРОСПЕКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА СУЧАСНІ РЕАЛІЇ І МОЖЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

Резюме. Метою цього дослідження було вивчення впливу клініко-морфологічних факторів на постановку діагнозу і виникнення рецидиву захворювання.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети нами було сформовано вибірку з післяопераційних зразків пухлинних тканин яєчників, які були розділені на 3 групи: група порівняння – рак яєчників (T1-3N0M0, T1-3N0M1) (РЯ n = 261); основна група 1 – пригранична пухлина яєчників (T1-3N0M0) (ПОЯ n = 100); основна група 2 – доброякісні пухлини яєчників (ДОЯ n = 40). Вік хворих коливався від 23 до 62 років. З них 50 % склали жінки фертильного віку – від 23 до 36 років (n = 26). До групи порівняння увійшли 46 пацієток з діагнозом рак яєчника у віці від 35 до 78 років. Серед них вікова група від 30 до 40 років склала 14 % (n = 6). Велика частина спостережень – 56 % (n = 24) – припала на пацієток у віці 40-60 років. Жінки старше 60 років становили 30 % (n = 14).

Результати і обговорення. Рак яєчників в структурі злоякісних новоутворень жіночих статевих органів характеризується неоднозначним прогнозом і найвищим показником смертності. Серед інших чинників, що визначають даний феномен, провідними є особливості метастазування пухлини. Метастазування раку яєчника відбувається на ранніх стадіях розвитку захворювання і проходить різними шляхами: контактно, внутрібрюшинно, гематогенно і через лімфатичну систему. Такі особливості метастазування визначаються топографією, анатомічною будовою, кровопостачанням і лімфатичних руслом жіночої статевої залози. Певну бар'єрну роль на шляху розвитку патологічного процесу по черевній порожнині грає великий сальник. Несприятливий прогноз і незадовільні результати лікування на сучасному етапі вимагають перегляду підходів до хірургічного лікування раку яєчників. У зв'язку з цим уточнення особливостей метастазування раку яєчника дає можливість для пошуку нових шляхів блоку поширення злоякісних клітин.

Висновки. Ключову роль у лікуванні при раку яєчника має хірургічне втручання, хіміотерапія, а також таргетна терапія. У виборі тактики лікування та оцінці поширеності захворювання важливе значення має адекватне стадіювання. Зростає значення генетичних та молекулярних досліджень, за результатами яких можна прогнозувати підвищений ризик розвитку РЯ, індивідуалізувати та коригувати схеми лікування.

Ключові слова: ракові клітини, рак яєчників, лімфатична система, хірургічне лікування.

Вступ

Зростання захворюваності і висока частота смертельних випадків зумовлює необхідність пошуку додаткових прогностичних маркерів раку яєчників (РЯ) та впровадження їх в практичну охорону здоров'я для оптимізації та індивідуалізації лікування хворих. У Західній Європі РЯ займає сьоме місце серед причин смертності від злоякісних новоутворень і становить 1-2 % від усіх смертей внаслідок ракових

захворювань [1]. За даними Національного канцер-реєстру в Україні за 2016 р захворюваність на РЯ становить 27 випадків на 100 тис. жіночого населення [2].

За зведеними даними Міжнародної федерації акушерів і гінекологів (FIGO), 5-річної виживаності при РЯ вдається домогтися тільки у 67,7 % хворих, в той час як 22,4 % пацієток гинуть в цей термін спостереження від прогресування пухлинного процесу [3].

«Золотим стандартом» діагностики РЯ на сьогодні є імуногістохімічне (ІГХ) дослідження. Серед різноманіття ІГХ маркерів провідне місце займає р53 і Нег-2/пew. Вважається, що ІГХ позитивна реакція практично повністю залежить від наявності саме р53. Висока частота поломок гена р53 при онкологічних захворюваннях зумовлює підвищений інтерес до даної проблеми і в даний час. Відомо, що приблизно в 50 % первинних новоутворень людини відзначаються мутації р53, а в злоякісних пухлинах яєчників мутації даного гена можуть досягати 80 % [4–6].

Міжнародним Раковим Співтовариством (ЮС8) було прийнято угоду про термінологію для „хірургічних процедур” при розповсюдженному ракові яєчників. Виходячи з обсягу остаточної пухлини, сформульовані поняття про оптимальну та субоптимальну циторедукції. Але, на жаль, трактування цих понять у різних авторів різне [1].

Відомо, що на момент діагностики більшість пацієнтів мають запущені форми захворювання. Захворювання є поширеним вже при ІС стадії, і після проведення стандартного лікування — операції і системної хіміотерапії, — як правило, рецидивує [7]. Це ускладнює прогноз при даному захворюванні. У зв'язку з цим найважливішим прогностичним фактором у цих пацієнтів є залишкова пухлина після первинної операції [13–16].

У зв'язку з актуальністю даної проблеми дослідження спрямовані на виявлення факторів прогнозу раку яєчника, вдосконалення хірургічного лікування, розробку нових препаратів і комбінацій для першої і наступних ліній хіміотерапії, вивчення ефективності таргетної терапії, а також на альтернативні підходи в хіміотерапії овариального раку.

Відомо, що особливості метастазування злоякісних пухлин в значній мірі визначають клінічний перебіг, вибір методів лікування і прогнозу захворювання [4].

Мета дослідження

Вивчення впливу клініко-морфологічних факторів на постановку діагнозу і виникнення рецидиву захворювання.

Матеріали та методи досліджень

Для досягнення поставленої мети нами було сформовано вибірку з післяопераційних зразків пухлинних тканин яєчників, які були розділені на 3 групи:

- група порівняння — рак яєчників (Т1-3N0M0, Т1-3N0M1) (РЯ n = 261);
- основна група 1 — пригранична пухлина яєчників (Т1-3N0M0) (ПОЯ n = 100);

- основна група 2 — доброякісні пухлини яєчників (ДОЯ n = 40).

Вік хворих коливався від 23 до 62 років. З них 50 % склали жінки фертильного віку — від 23 до 36 років (n = 26). До групи порівняння увійшли 46 пацієток з діагнозом рак яєчника у віці від 35 до 78 років. Серед них вікова група від 30 до 40 років склала 14 % (n = 6). Велика частина спостережень — 56 % (n = 24) — припала на пацієток у віці 40-60 років. Жінки старше 60 років становили 30 % (n = 14).

Стадіювання проводилося відповідно до класифікації FIGO 2009 року в більшості випадків виявлені Іа і Ів стадії захворювання — 33 (63,3 %) пацієток; Іа, Ів, ІС стадії діагностовано у 14 (26,6 %), ІІ і ІІА стадії — в 5 (10,1 %) випадках. Для морфологічної характеристики приграничних пухлин використовувалася «Міжнародна гістологічна класифікація пухлин жіночої статеві сфери ВООЗ 2013 г.».

У ході оперативного втручання проводилося видалення злоякісних утворень з наступним біохімічним дослідженням зразків тканини пухлини. У 10 % цитозольних фракціях тканини, приготованих на калій-фосфатному буфері рН 7,4, що містить 0,1 % Твін-20, методом ІФА, із використанням стандартних тест-систем, визначали рівень ростових факторів — sVEGF-A (Bender Med System, Австрія), відповідно до інструкції виробника.

Забір матеріалу проводився за згодою хворих і протоколювалася згідно стандарту етичного комітету, який розроблено відповідно до Гельсінської декларації, Всесвітньої асоціації «Етичні принципи проведення научних медичних досліджень за участю людини» з поправками 2000р. Всі особи, які брали участь в дослідженні, дали письмову інформовану згоду на участь. Статистичний аналіз отриманих даних проводили за допомогою програми Statistica 6.0. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакета програм Microsoft Excel (Windows XP). Дані таблиць представлені у вигляді $M \pm m$. Відмінності оцінювали по t-критерієм Стьюдента і вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення

В основу обстеження покладено аналіз даних про 401 хворих, 261 з яких з група порівняння — рак яєчників РЯ, 40 — доброякісні пухлини яєчників і 100 з приграничною пухлиною яєчників. Розподіл хворих з пухлинами яєчників в залежності від віку представлено в табл. 1. Як видно з наведених у таблиці даних, серед обстежених переважали хворі РЯ у віці 51–60 і 61–70 років, питома вага яких склала 55,3 %, а хворі до 40 років склали 18,9 %. Отже, «пик»



захворюваності РЯ доводиться на фізіологічний період гіпергонадотропіємії у жінок, відповідний пре- і постменопаузі.

Таблиця 1

Розподіл хворих пухлинами яєчників в залежності від віку

Вік хворих	Кількість хворих					
	РЯ		ПО		ДО	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-30 років	14	5,3	7	17,5	8	8
31-40 років	35	13,4	6	15	23	23
41-50 років	50	19,1	15	37,5	21	21
51-60 років	82	31,4	6	15	13	13
61-70 років	62	23,7	4	10	17	17
71-79 років	18	6,8	2	5	18	18
Всього	261	100,0	40	100,0	100	100,0

Серед усіх обстежених хворих було 136 (33,9 %) жінки репродуктивного періоду, 71 (17,7 %) клімактеричного і 194 (48,3 %) менопаузи. Згідно з наведеними даними переважали хворі в менопаузі.

Розподіл хворих РЯ з урахуванням генеративної функції і варіанти безпліддя було наступне: не родили жінки склали 19,2 % (50 хворих), хоча більшість хворих РЯ були народжували (211 хворих — 80,8 %). Розподіл хворих з урахуванням репродуктивної функції було наступне: 1 пологи були у 87 (33,0 %) хворих; 2 пологів — у 96 (36,4 %); 3 пологів — у 25 (9,4 %); 4 пологів — у 3 (1,1 %) хворих РЯ.

Дані про генеративних функція у хворих з П і Д пухлинами яєчників істотно відрізнялися від таких при РЯ, що можливо пов'язано з більш молодий віковою категорією досліджуваних. Родили жінки склали половину хворих з ПО 47,5 % (19 хворих), 1 пологи були у 12 (30 %) хворих; 2 пологів — 9 (22,5 %) хворих. Родили жінки склали одну третину всіх хворих з ДО 33 % (33 хворих); 1 пологи були у 30 (44,7 %) хворих; 2 пологів у 33 (49,2 %) хворих; 3 пологів у 4 (5,9 %) хворих.

Менструальної функції хворих РЯ і терміни настання менархе не мали відмінності від таких у жінок з П і Д пухлинами яєчників у 98,2 % (394) хворих був нормальний менструальний цикл.

Проведені дослідження показали, що РЯ не має патогномонічних клінічних симптомів, проте, підсумовуючи отримані нами дані можна все ж зазначити певні симптоми і їх частоту (табл. 2).

Встановлено, що болі виникають вже при досить значних розмірах пухлин (71,6 %) і навіть при наявності дисемінації метастазів в черевній порожнині клініка захворювання має «стертий» характер, що виражається в «діскомфорте», почутті розпирання живота. При цьому необхідно враховувати, що 79 % хворих на РЯ до моменту встановлення діагнозу були вже III або IV стадії захворювання. Болі у хворих з П і

Д пухлинами яєчників спостерігалися у більшій половині обстежених хворих і ступінь їх вираженості мала пряму залежність від розміру пухлини.

Таблиця 2

Скарги хворих з пухлинами яєчників на момент постановки діагнозу

Скарги хворих	Кількість хворих					
	РЯ		ПО		ДО	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Болі внизу живота	187	71,6	23	57,5	61	61
Втрата ваги	157	60,1	-	-	-	-
Загальна слабкість	153	58,6	-	-	-	-
Збільшення обсягу живота	103	39,7	17	42,5	23	23
Задишка	96	36,9	6	15	12	12
Ексудативний плеврит	79	30,2	-	-	-	-
Запори	85	21,1	8	20	36	36
Зменшення діурезу	61	17,0	-	-	-	-
Дизурія	200	76,6	4	10	9	9
Кров'яністі виділення зі статевих шляхів	5	1,4	3	7,5	6	6
Відсутність скарг	44	16,9	7	17,5	12	12
Всього	261	100	40	100	100	100

Примітка. * <0,05; ** <0,01 — різниця між групами статистично достовірно

Втрата ваги (157 хворих — 60,1 %) і загальна слабкість (153 хворих 58,6 %) не дивлячись на високу частоту зустрічальності, практично ніколи не з'явилися причинами, що змушують хворих РЯ звернутися до лікаря. Це обумовлено не тільки малою вираженістю даних клінічних проявів, а й відсутністю онко-стурбованості і населення, оскільки дані симптоми, поряд з больовим компонентом, є основними ознаками злоякісного процесу. Загальна слабкість при РЯ, на відміну від аналогічного симптому при раку шлунка і товстої кишки, не супроводжується анемією (3 хворих — 0,7 % випадків).

Втрата ваги і загальна слабкість не фігурували серед скарг у хворих з П і Д пухлинами яєчника, що вже на етапі збору анамнезу дозволяло прогнозувати доброякісний характер новоутворень.

Вивчення спадковості у хворих співаючи дозволило встановити наявність онкологічних захворювань у близьких родичів кожної п'ятої хворої пацієнтки, що склало 8 (20 %) спостережень, з них у 2 (5 %) хворий родичі мали злоякісні пухлини шлунково-кишкового тракту, у 2 (5 %) — рак молочної залози, у 2 (5 %) — РЯ, у 2 (5 %) — злоякісні пухлини інших локалізацій. У 32 пацієнток (80 % випадків) онкологічний спадковий анамнез обтяжений не був. Вивчення спадковості у хворих з ДОЯ дозволило встановити наявність онкологічних захворювань у близьких родичів кожної п'ятої хворої, що склало 20 (20 %) спостереження, з них у (5 %) хворий родичі мали злоякісні пухлини шлунково-кишкового тракту, у 6 (6 %) — рак молоч-

ної залози, у 4 (4 %) — РЯ, у 5 (5 %) — злякисні пухлини інших локалізацій. У 80 пацієнток (80 % випадків) онкологічний спадковий анамнез обтяжений не був.

Точний гістологічний діагноз — основа ефективної терапії. Гістологічний тип пухлини яєчника є одним з основних прогностичних факторів, що впливають на виживаність хворих. Розподіл хворих РЯ в залежності від гістологічної структури пухлин яєчників представлено в табл. 3.

Таблиця 3

Розподіл хворих РЯ в залежності від гістологічної структури пухлин

Гістологічна структура пухлини	Кількість хворих	
	абс.	%
Серозний рак	205	78,5
Муцинозний рак	15	5,7
Ендометріюїдний рак	12	4,5
Світлоклітинний рак	5	1,9
Недиференційований рак	24	9,1
Всього	261	100,0

Результати морфологічних досліджень РЯ показали, що переважали хворі з серозним раком — 78,5 %. Другим за частотою був діагностований недиференційований РЯ. Найменш часто спостерігався світлоклітинний (1,9 %), а муцинозних і ендометріюїдних РЯ займали проміжне положення. Таким чином, на частку прогностично несприятливих гістологічних форм РЯ, до яких відносять серозний, світлоклітинний і недиференційований раки, довелося 89,5 % з усіх аналізованих нами випадків.

Таблиця 4

Розподіл хворих співаючи в залежності від гістологічної структури пухлин

Гістологічна структура пухлини	Кількість хворих	
	абс.	%
Серозний рак	10	25
Муцинозний рак	16	40
Ендометріюїдний рак	12	30
Світлоклітинний рак	2	5
недиференційований рак	-	-
Всього	40	100,0

Результати морфологічних досліджень співаючи показали, що і в даному випадку переважали хворі з муцинозної гистоструктура пухлин — 40 %. Другими за частотою був діагностовано ендометріюїдні пухлини — 30 %. Найменш часто виявлялися світлоклеточні пухлини — 5 %, серозні пухлини займали проміжне положення — 25 %. Таким чином, на частку про-

гностично несприятливих гістологічних форм приграничних пухлин, до яких відносять серозний, світлоклітинний і недиференційований раки, довелося 30 % з усіх аналізованих нами випадків.

Результати морфологічних досліджень ДОЯ показали, що в даному випадку переважали хворі з серозними пухлинами — 78 %. Другим за частотою був діагностований недиференційований (7 %) і муцинозні (7 %) пухлини яєчників. Найменш часто спостерігався світлоклітинний (3 %), а ендометріюїдні пухлини займали проміжне положення (5 %).

Таким чином, на частку прогностично несприятливих гістологічних форм РЯ, до яких відносять серозний, світлоклітинний і недиференційований раки, довелося 89,5 % з усіх аналізованих нами випадків.

Висновки

Таким чином, ключову роль у лікуванні при РЯ має хірургічне втручання, ХТ, а також таргетна терапія. У виборі тактики лікування та оцінці поширеності захворювання важливе значення має адекватне стадіювання. Зростає значення генетичних та молекулярних досліджень, за результатами яких можна прогнозувати підвищений ризик розвитку РЯ, індивідуалізувати та коригувати схеми лікування (наприклад при визначенні мутацій BRCA).

Пік захворюваності РЯ припадає на віковий проміжок 50–70 років, питома вага яких складала 55,3 %: 51–60 років — 31,4 %, 61–70 років — 23,9 %. Пік захворюваності П і ДОЯ припадати на віковий проміжок 41–50 років питома вага складала 37,5 і 21 % відповідно.

Менструальної функції хворих РЯ і терміни настання менархе не мали відмінності від таких у жінок з П і ДОЯ і у 98,2 % (351) хворих був нормальний менструальний цикл. Безпліддя мали 19,2 % хворих РЯ і істотно більший відсоток жінок з ПО і ДОЯ — 47,5 і 33 % відповідно.

Проведені дослідження показали, що РЯ не має патогномонічних клінічних симптомів, що відрізняють його ПО і ДОЯ. Підсумовуючи отримані нами дані можна відзначити наступні провідні симптоми і їх частоту: болі внизу живота — 71,6 % при РЯ, 57,5 % при ПО, 61 % при ДОЯ; втрата ваги — 60,1 % при РЯ, не спостерігалось при ПО і ДОЯ; загальна слабкість — 58,6 % при РЯ, не спостерігалось при ПО і ДОЯ; збільшення обсягу живота — 39,7 % при РЯ, 42,5 % при ПО, 23 % при ДОЯ; задишка — 36,9 % при РЯ, 15 % при ПО, 12 % при ДВ



ЛІТЕРАТУРА

1. The writing committee on behalf of the ASTEC study group // *Lancet*.— 2009.— Vol. 373.— P. 125–136.
2. Рак в Україні, 2015–2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби; уклад.: З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович [та ін.] // *Бюл. Нац. канцер-реєстру України*.— К., 2016.— № 18.— 123 с.
3. FIGO committee on Gynaecologic Oncology // *Int. J. Gynaecol. Obstet.*— 2009.— Vol. 105.— P. 103–104.
4. Reuss A, du Bois A, Harter P, et al. TRUST: Trial of Radical Upfront Surgical Therapy in advanced ovarian cancer (ENGOT ov33/AGO-OVAR OP7). *Int J Gynecol Cancer* 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.136/ijgc-2019-000682>.
5. Kadhel P, Revaux A, Carbonnel M, et al. An update on preoperative assessment of the resectability of advanced ovarian cancer. *Horm Mol Biol Clin Investig* 2019. DOI: <https://doi.org/10.1515/hmbci-2019-0032>.
6. Voigt S, Ньттиг F et al. Risk factors for incidental prostate cancer—who should not undergo vaporization of the prostate for benignprostate hyperplasia? *Prostate*. 2011 Sep;71(12):1325-31. doi: 10.1002/pros.21349. Epub 2011 Feb 9.
7. 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.
8. Dubynina V. Tactic of resistant ovarian cancer palliative treatment in elderly patients / V. Dubynina, O. Kuznetsova, A. Rybin // *MASCC/ISOO (Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology) International Symposium on Supportive Care in Cancer*. June 27–29, 2013. Berlin, Germany. – *Support Care Cancer*. – 2013. – V. 21, suppl. 1. – doi: 10.1007/s00520-013-1798-3.
9. Chan JK, Urban R, Hu JM, Shin JY, Husain A, Teng NN, et al. The potential therapeutic role of lymph node resection in epithelial ovarian cancer: a study of 13918 patients. *Br J Cancer*. (2007) 96:1817–22. doi: 10.1038/sj.bjc.6603803.
10. Isonishi S, Niimi S, Sasaki H, Ochiai K, Yasuda M, Tanaka T. Drug sensitivity-related benefit of systematic lymphadenectomy during cytoreductive surgery in optimally debulked stages IIIc and IV ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. (2004) 93:647–52. doi: 10.1016/j.ygyno.2004.03.006.
11. Gao J, Yang X, Zhang Y. Systematic lymphadenectomy in the treatment of epithelial ovarian cancer: a meta-analysis of multiple epidemiology studies. *Jpn J Clin Oncol*. (2015) 45:49–60. doi: 10.1093/jjco/hyu175.
12. Eoh KJ, Lee JY, Yoon JW, Nam EJ, Kim S, Kim SW, et al. Role of systematic lymphadenectomy as part of primary debulking surgery for optimally cytoreduced advanced ovarian cancer: reappraisal in the era of radical surgery. *Oncotarget*. (2017) 8:37807–16. doi: 10.18632/oncotarget.13696.
13. Spiliotis JD, Iavazzo C, Kopanakis ND, et al. Secondary debulking for ovariancarcinoma relapse: The R-R dilemma — is the prognosis different for residual or recurrent disease. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2019. DOI: 10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0165.
14. du Bois A, Baert T, Vergote I. Role of neoadjuvant chemotherapy in advanced epithelial ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2019. DOI: 10.1200/JCO.19.00022.
15. Михановский А. А. Анализ эффективности комбинированного лечения с неoadъювантной химиотерапией у больных раком яичников / А. А. Михановский, Е. Н. Сухина // *Международ. мед. журн.*— 2014.— Т. 20, № 2. — С. 80–87.
16. Карташов С. М. Епідеміологія та діагностика раку яєчників: метод. рек. / С. М. Карташов, О. О. Акуліна, Т. В. Скрицька.— К., 2008. — 25 с.

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ И
СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ
И ВОЗМОЖНОСТИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ РАКА
ЯИЧНИКОВ

*С. М. Карташов,
Т. В. Базаринская,
М. Е. Тимченко,
С. Н. Граматюк*

Резюме. Целью настоящего исследования было изучение влияния клинико-морфологических факторов на постановку диагноза и рецидива заболевания.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами была сформирована выборка из послеоперационных образцов опухолевых тканей яичников, которые были разделены на 3 группы: группа сравнения — рак яичников (T1-3N0M0, T1-3N0M1) (РЯ n = 261) основная группа 1 — пограничный опухоль яичников (T1-3N0M0) (поя n = 100); основная группа 2 — доброкачественные опухоли яичников (ДОЯ n = 40). Возраст больных колебался от 23 до 62 лет. Из них 50 % составили женщины фертильного возраста — от 23 до 36 лет (n = 26). В группу сравнения вошли 46 пациенток с диагнозом рак яичника в возрасте от 35 до 78 лет. Среди них возрастная группа от 30 до 40 лет составила 14 % (n = 6). Большая часть наблюдений — 56 % (n = 24) — пришлось на пациенток в возрасте 40-60 лет. Женщины старше 60 лет составляли 30 % (n = 14).

Результаты и обсуждение. 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.

Выводы. Ключевую роль в лечении при раке яичника имеет хирургическое вмешательство, химиотерапия, а также таргетная терапия. В выборе тактики лечения и оценке распространенности заболевания важное значение имеет адекватное стадирования. Возрастает значение генетических и молекулярных исследований, по результатам которых можно прогнозировать повышенный риск развития РЯ, индивидуализировать и корректировать схемы лечения.

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



RETROSPECTIVE STUDY
AND CURRENT REALITIES
AND POSSIBILITIES OF
SURGICAL TREATMENT
OF OVARIAN CANCER

*S. M. Kartashov,
T. V. Bazarinska,
M. Ye. Tymchenko,
S. M. Gramatyuk*

Summary. *The aim* of the study was to study the effect of clinical and morphological factors on diagnosis and onset of disease recurrence.

Materials and methods. To achieve this goal, we formed a sample of postoperative samples of ovarian tumor tissue, which were divided into 3 groups: comparison group — ovarian cancer (T1-3N0M0, T1-3N0M1) (PЯ n = 261) main group 1 — borderline ovarian tumor (T1-3N0M0) (singing n = 100); the main group 2 — benign tumors of the ovaries (DOYA n = 40). The age of patients ranged from 23 to 62 years. Of these, 50 % were women of childbearing age — from 23 to 36 years (n = 26). The comparison group included 46 patients diagnosed with ovarian cancer aged 35 to 78 years. Among them, the age group from 30 to 40 years old was 14 % (n = 6). Most of the observations — 56 % (n = 24) — occurred in patients aged 40-60 years. Women over 60 made up 30 % (n = 14).

Results and discussion. 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.

Conclusions. A key role in the treatment of ovarian cancer has surgery, chemotherapy, and targeted therapy. Adequate staging is important in choosing treatment tactics and assessing the prevalence of the disease. The importance of genetic and molecular studies is growing, according to the results of which it is possible to predict an increased risk of developing OC, to individualize and adjust treatment regimens.

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