

**Т. И. Мацукова**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ III-IV СТАДИЙ В МИНСКОМ ГОРОДСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ**

**Научный руководитель: д. м. н., доц., проф. кафедры Литвинова Т. М.**

*Кафедра онкологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Резюме.** Заболеваемость злокачественными новообразованиями яичников, основным представителем которых является рак, выросла за последние 10 лет с 17,9 до 19,4 на 100.000 населения. Несмотря на использование высоких технологий диагностика этих опухолей остается неудовлетворительной. Так в 2016 году рак III и IV стадий был диагностирован в 56,8% случаев. Смертность от него в связи с расширением объема хирургических вмешательств уменьшилась за последние 10 лет с 9,9 до 9,0 на 100.000 населения. Отмечается также существенный рост 5-летней скорректированной выживаемости при III стадии с 23,2% до 39,1%, при IV— с 8,8% до 12,7%. В работе установлено, что использование именно новых стандартов лечения повышает результативность специальной терапии.

**Ключевые слова:** рак яичников III-IV стадии, стандарты 2007 года, стандарты 2012 года.

**Resume.** The incidence of malignant neoplasms of the ovaries, the main representative of which is cancer, has increased over the past 10 years from 17.9 to 19.4 per 100,000 population. Despite the use of high technology, the diagnosis of these tumors remains unsatisfactory. So in 2016, cancer III and IV stages was diagnosed in 56.8% of cases. The mortality from it due to the expansion of the volume of surgical interventions decreased over the past 10 years from 9.9 to 9.0 per 100,000 population. There is also a significant increase in the 5-year adjusted rate of survival at stage III from 23.2% to 39.1%, with IV from 8.8% to 12.7%. In the work it is established that the use of new standards of treatment increases the effectiveness of special therapy.

**Keywords:** ovarian cancer III-IV stage, 2007 standards, 2012 standards.

**Актуальность.** Заболеваемость раком яичников (РЯ) в Беларуси растёт из года в год и за последние 10 лет увеличилась с 17,9 до 19,4 на 100.000 населения. Одновременно повышается эффективность комплексного лечения этого заболевания, о чем свидетельствует показатель 5-летней скорректированной выживаемости, который при I-II ст. увеличился на 8,8%, при III-IV ст.— на 15,9%. Последнее может быть связано с использованием в стране для терапии III-IV стадий злокачественного процесса новых стандартов, основанных на современных оперативных технологиях с сохранением существующих курсов полихимиотерапии (ПХТ) [1]. Однако до настоящего времени нет детальной сравнительной оценки результатов специального лечения РЯ III-IV ст. по стандартам, которые были утверждены МЗ РБ дважды: в 2007 г. и 2012 г. [2]. Подобного рода анализ не выполнен как в РБ, так и в отдельных её регионах, хотя изучение этого вопроса представляет большой научный и практический интерес, поскольку полученные данные могут позволить в дальнейшем провести коррекцию комплексной терапии РЯ III-IV ст.

**Цель:** изучить эффективность комплексного лечения РЯ III-IV стадий с использованием национальных стандартов 2007 и 2012 годов по данным МГКОД, обратив особое внимание на объем хирургических вмешательств.

**Задачи:**

1. Оценить результаты комплексной терапии пациенток, имеющих РЯ III-IV ст., которые лечились по национальным стандартам 2007 г.

2. зучить эффективность специального лечения РЯ III-IV ст. по стандартам, утвержденным МЗ РБ в 2012 г.

3. ровести сравнительную оценку результатов комплексной терапии пациенток РЯ III-IV ст., пролеченных по различным национальным стандартам.

**Материал и методы.** В исследование включена информация, взятая из базы данных Белорусского канцер-регистра (БКР), о 592 пациентках, имеющих РЯ III-IV стадий, в возрасте от 17 до 90 лет (средний возраст при III ст. – 59,5 лет, IV – 59,4), которые лечились в МГКОД. Женщины были разделены на две группы. В 1-ю – вошли 289 пациенток, лечившиеся в 2009-2011 годах по протоколам 2007 г.; во 2-ю – 303 женщины, получавшие комплексную терапию в 2013-2015 гг. по протоколам 2012 г. Распределение пациенток, имеющих РЯ, вошедших в исследуемые группы, по годам лечения был равнозначным (таблица 1).

**Таблица 1.** Распределение пациенток по годам в зависимости от стадии

Год	III ст.	IV ст.	Всего
2009	67 (69,8%)	29 (30,2%)	96 (16,2%)
2010	73 (70,8%)	30 (29,2%)	103 (17,4%)
2011	64 (71,1%)	26 (28,9%)	90 (15,2%)
2009-2011	204 (70,6%)	85 (29,4%)	289 (48,8%)
2013	72 (75,8%)	23 (24,2%)	95 (15,9%)
2014	71 (72,4%)	27 (27,6%)	98 (16,6%)
2015	83 (75,5%)	27 (24,5%)	110 (18,7%)
2013-2015	226 (74,6%)	77 (25,4%)	303 (51,2%)

Пациентки обеих групп не отличались по возрасту. Минимальный возраст женщин, имеющих РЯ III-IV ст. составил 57,3 года, максимальный – 65,8.

По стандартным формулам рассчитаны процентное распределение заболевших по стадиям и возрасту, число возникших рецидивов и метастазов после проведенного лечения. С помощью пакета программы Excel 2016 определяли одно-, дву- и трехлетняя выживаемость пациенток каждой группы. Оценивали так же объем хирургического вмешательства и его эффективность.

**Результаты и их обсуждение.** Лечение по поводу РЯ III ст. по стандартам 2007 г. было проведено 204 пациенткам, из них ПХТ получали 16 женщин (7,9%), а комплексное лечение с циторедуктивными операциями – 188 (92,1%). В 75,7% случаев произведены оптимальные и субоптимальные циторедукции, в 24,5% – неоптимальные. Из циторедуктивных операций наиболее часто производилась тотальная гистерэктомия с билатеральной сальпингофорэктомией и оментэктомией, что составило 60,6%. Сальпингофорэктомия с резекцией большого сальника выполнялась у 69 пациенток (36,7%), а удаление опухоли яичника – у 5 женщин (2,7%). Указанные операции дополнялись перитонэктомией в 9,6% случаев. В таком же проценте случаев были проведены резекции тонкой/ толстой кишки. Тазовая лимфодиссекция выполнялась крайне редко и составила 4,3%, стриппинг диафрагмы – 1,6%. Операцию пангистерэктомию с оментэктомией в единичных случаях дополняли резекцией стенки мочевого пузыря (0,5%), спленэктомией (0,5%), атипической резекцией доли печени (0,5%).

Специальное лечение РЯ III ст. по стандартам 2012 г. было проведено 226 пациенткам, ПХТ в самостоятельном варианте – 27 женщинам (11,9%). Комплексную терапию, состоящую из циторедуктивных операций и курсов ПХТ, получало 199 пациенток (88,1%). Хирургическое лечение было представлено в 88,9% случаев оптимальными и субоптимальными циторедукциями, в 11,1% – неоптимальными. В большинстве случаев (76,9%) выполнялась тотальная гистерэктомия с билатеральной сальпингоофорэктомией и оментэктомией. Объем остальных операций был представлен: сальпингоофорэктомией с резекцией большого сальника (19,1%), удалением опухоли яичника (3%), оментэктомией (0,5%) и наложением колостомы (0,5%). В 48,2% случаев операции были дополнены перитонэктомией, в 18,1% – резекцией тонкой/ толстой кишки, в 18,6% – тазовой лимфодиссекцией, в 5% – резекцией стенки мочевого пузыря, в 4,5% – стриппингом диафрагмы, в 1,5% – спленэктомией, в 1,0% – атипической резекцией печени.

Во второй группе исследуемых, которые лечились по стандартам 2012 г., тотальную гистерэктомию выполняли на 16,3% чаще, чем в первой группе. Количество оптимальных и субоптимальных циторедукций возросло на 13,4%, а число неоптимальных – уменьшилось на 13,4% (рисунок 1).



Рисунок 1- Объем операций при РЯ III ст. в исследуемых группах

Использование стандартов 2012 г. позволило увеличить процент оптимальных и субоптимальных операций при РЯ III ст. за счет более частого использования таких операций как перитонэктомия, резекция кишечника, тазовая лимфодиссекция, стриппинг диафрагмы, резекция стенки мочевого пузыря, спленэктомия, атипической резекции печени (рисунок 2).

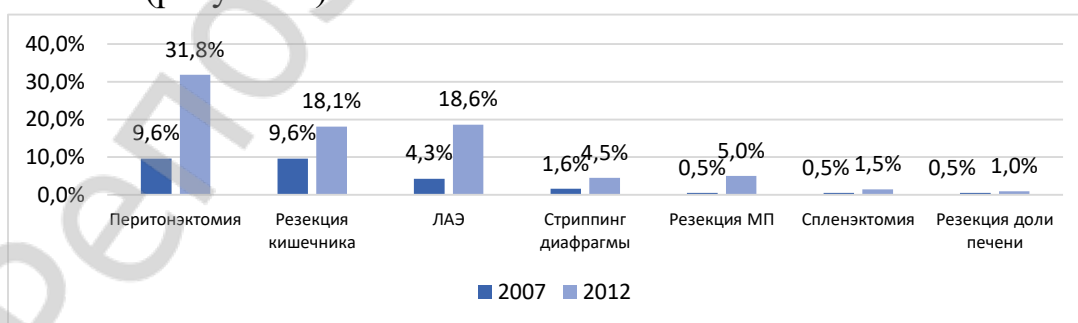


Рисунок 2- Оценка операций, выполненных по стандартам 2007 и 2012 гг. при РЯ III ст.

Лечение РЯ IV ст. по стандартам 2007 г. проведено 85 пациенткам. Из них только ПХТ получали 38 женщин (44,7%). Комплексное лечение получали 47 пациенток (55,3%). В 91,5% случаев удалось выполнить оптимальные и субоптимальные циторедукции, и только в 8,5% – неоптимальные. Из

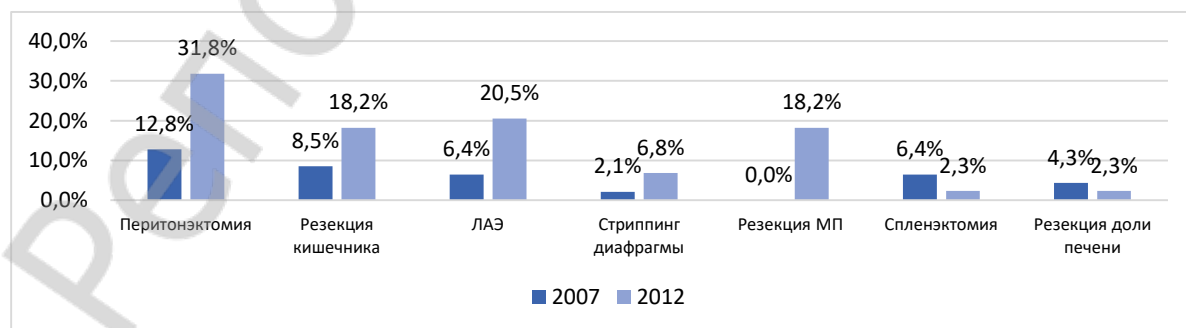
циторедуктивных операций тотальная гистерэктомия с билатеральной сальпингофорэктомией и оментэктомией произведена в 61,7% случаев, сальпингофорэктомия с резекцией большого сальника – 29,8%, удаление опухоли яичника – 8,5%. Операции, в отдельных случаях, были дополнены перитонэктомией (12,8%), резекцией тонкой/ толстой кишки (8,5%), тазовой лимфодиссекцией (6,4%), спленэктомией (6,4%), атипической резекцией печени (4,5%), стриппингом диафрагмы справа (2,1%).

Лечение по поводу РЯ IV ст. по стандартам 2012 г. получало 77 женщин: ПХТ – 33(46,8%), комплексную терапию – 44 (57,1%). В 79,5% случаев это были оптимальные и субоптимальные циторедукции, в 20,5% – неоптимальные. Наиболее часто (79,5%) выполняли тотальную гистерэктомию с билатеральной сальпингофорэктомией и оментэктомией. Сальпингофорэктомия с резекцией большого сальника проведена у 13,7% женщин, дренирование брюшной полости – у 4,5%, гемиколэктомия – у 2,3%. По показаниям, операции были дополнены перитонэктомией (31,8%), резекцией тонкой/ толстой кишки (18,2%), тазовой лимфодиссекцией (20,5%), резекцией стенки мочевого пузыря (18,2%), стриппингом диафрагмы (6,8%), спленэктомией (2,3%), атипической резекцией печени (2,3%). Во второй группе исследуемых тотальная гистерэктомия выполнялась на 17,8% чаще, чем в 1-ой, но при этом отмечено снижение на 12 % количество оптимальных и субоптимальных циторедукций. (рисунок 3).



**Рисунок 3-** Объем операций при РЯ IV ст. в исследуемых группах

Объем операций, как видно из рисунка ниже (рисунок 4), был расширен при использовании стандартов 2012 г. по сравнению со стандартами 2007 г.

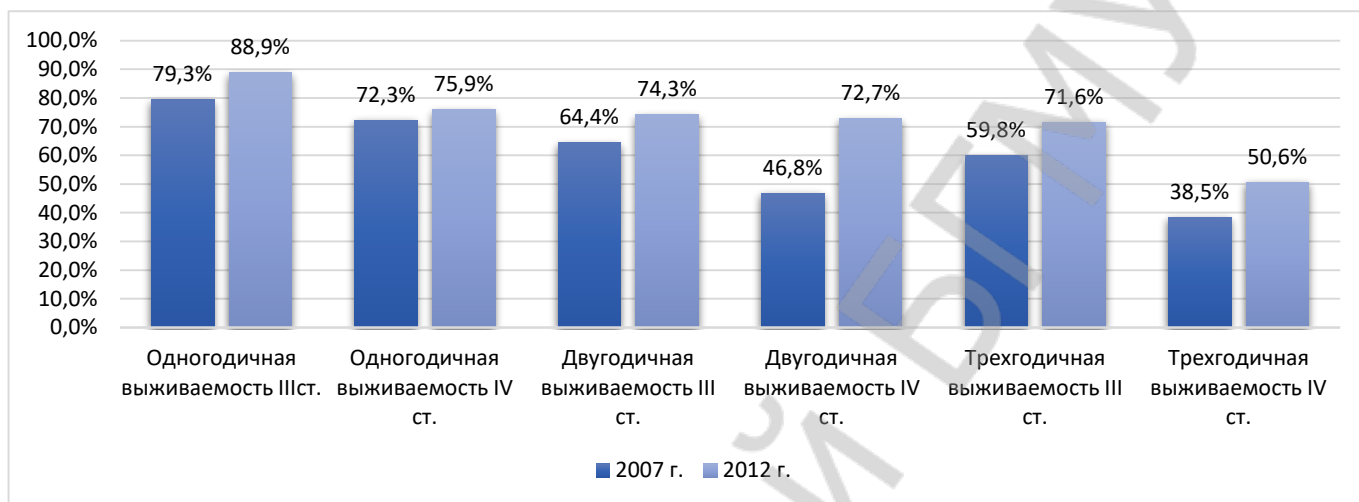


**Рисунок 4-** Дополнительные операции при РЯ IV ст.

Частота возникновения рецидивов во второй группы исследуемых по сравнению с первой уменьшилась в 2,1 раза при III ст. ( $p=0,02$ ), при IV ст.

статистически значимо не изменилась ( $p \geq 0,05$ ). Разницы между количеством метастазов у пациенток 1-ой и 2-ой групп не обнаружено.

Показатель одногодичной выживаемости при лечении женщин по стандартам 2012 г. повысился на 9,6% при РЯ III ст. и на 7,2% при IV ст. ( $p=0,035$ ), двухгодичной – на 10,5% и 25,9% ( $p=0,02$ ), трехлетней – на 11,8% и 12,1% соответственно ( $p=0,01$ ), что представлено ниже (рисунок 5).



**Рисунок 5-** Погодовая выживаемость пациенток при РЯ III-IV ст.

### **Выводы:**

Национальные стандарты 2012 года в отличие от стандартов 2007 года позволяют за счёт выполнения большего числа циторедуктивных операций:

1. у  
уменьшить число рецидивов после комплексного лечения РЯ III ст. в 2,1 раза;
2. п  
овысить статистически значимо показатели одногодичной, дву- и трехгодичной выживаемости при РЯ III- IV стадий.

*T. I. Macukova*

## **EFFICIENCY OF TREATMENT OF OVARIAN CANCER OF III-IV STAGES IN MINSK CITY ONCOLOGICAL DISPENSARY**

*Tutors: Doctor of Science, associate professor Litvinova, T.M.*

*Department of Oncology,  
Belarusian State Medical University, Minsk*

### **Литература**

1. 3  
локачественные опухоли яичников (С56) // Алгоритмы диагностики лечения злокачественных новообразований. Выпуск 2. Под ред: д-р мед. наук, проф. О.Г. Суконко, д-р мед. наук С.А. Красного - Минск: "Профессиональные издания", 2012. – с. 296-309.
2. Р  
еспублика Беларусь. Алгоритмы диагностики, профилактического обследования, диспансерного наблюдения пациентов, имеющих наследственную предрасположенность к злокачественным новообразованиям: приняты постановлением МЗ РБ от 09.02.2007 № 80 – Минск, 2007. – с. 80.