

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ

Винник Ю.А., Куцый А.С., Неффа М.Ю., Пирогова И.В., Казмирук О.В.

Харьковский институт усовершенствования врачей

Рак яичников является одним из самых распространенных онкогинекологических заболеваний, занимая 2-е место по частоте после рака шейки матки. На него приходится 25% рака гениталий, и им обусловлено 52% смертности онкогинекологических больных. В последние годы отмечен несомненный рост уровня заболеваемости раком яичников во всех странах мира. Соответственно возрастут и показатели смертности. (Сухина Е.М. Акимова Т.П., 1996г.)

Наиболее важным прогностическим фактором при раке яичников являются стадия процесса, объем первоначальной операции, размеры остаточных опухолей, степень клеточной дифференцировки опухоли. Запущенность и основная причина летальных исходов объясняется агрессивными биологическими свойствами заболевания и, прежде всего, его способностью к раннему и интенсивному метастазированию. Способы ранней диагностики рака яичников клиническими и инструментальными методами крайне ограничены и выявление с их помощью заболевания скорее случайно. Поздняя обращаемость,

особенности течения и, отчасти, субъективная бессимптомность заболевания приводят к тому, что большинство больных выявляются в запущенных стадиях процесса. В 66-94% случаев рак яичников диагностируется в 3-4 ст., когда результаты лечения неудовлетворительны: трех- и пятилетняя выживаемость больных составляет 2,5% и 1,3% соответственно (Кузнецова О.В., Васильева Т.А., 1998г.).

Лечение злокачественных опухолей яичников является одной из труднейших задач онкогинекологии. Это обстоятельство заставляет искать новые рациональные пути терапии подобных больных. В настоящее время стандартная тактика при раке яичников 3-4 ст. заключается в выполнении операции в максимальном объеме, химиотерапии - 6-12 курсов, повторной лапаротомии с оптимальными циторедуктивными операциями. (Горбунова В.А. и соавт., 1991г.) Лечение рака яичников начинается с удаления измененного яичника, возможно, обоих яичников и матки. При запущенной болезни хирург пытается удалить всю выявленную опухоль. В зависимо-

сти от гистологического типа опухоли и стадии процесса решается вопрос о необходимости химио- или лучевого лечения. (Kerst A.J.F.A., 1997г.)

При значительном местном и регионарном распространении заболевания хирургическое воздействие, направленное на первичный очаг, не решает основных проблем лечения. Однако удаление основной массы опухоли несомненно способствует реализации эффекта последующего лекарственного лечения. Чем меньше объем оставленной опухоли при циторедуктивных операциях, тем лучше результаты последующего лечения (Кононов В.Е., 1997г.)

Такая агрессивная хирургическая тактика приводит к увеличению количества травматичных и комбинированных операций, что повышает риск послеоперационных осложнений.

Исследование предпринято с целью анализа тенденции к расширению показаний для проведения комбинированных хирургических вмешательств в плане комбинированного лечения больных раком яичников.

Проанализированы непосредственные результаты лечения 478 больных раком яичников на базе Харьковского областного клинического онкологического диспансера с 1991 по 1998гг. Возраст пациентов колебался от 24 до 70 лет, средний возраст составил 47 лет. Распространенность процесса: 1ст. - 30 б-ных (6,3%), 2ст. - 67 б-ных (14%), 3-4ст. - 381 б-ная (79,7%). Гистологическая структура опухоли: серозные цистоаденокарциномы - 282 (58,9%), псевдомуцинозные раки - 64 (13,4%), эндометриондные раки - 40 (8,4%), недифференцированные раки - 40 (8,4%), гранулезоклеточные раки - 31 (6,5%), дисгерминомы - 13 (2,7%), злокачественные текомы - 8 (1,7%). В течение всего периода исследования эти показатели достоверно не изменялись ( $p < 0,05$ ).

За период 1991-1996 гг. выполнены оперативные вмешательства у 341 больной раком яичников. Из них комбинированные вмешательства составили 14 (4,1%): надвлагалищная ампутация матки с придат-

ками (НАМП) и резекция мочевого пузыря - 4, НАМП и резекция сигмовидной кишки по Гартману - 3, эквисцерация малого таза с резекцией сигмовидной кишки и пересадкой мочеточников - 1, НАМП и удаление забрюшинной опухоли - 2. Пробные лапаротомии выполнены у 49 (14,5%) пациентов. Общая послеоперационная летальность составила 0,9%, после комбинированных вмешательств - 0%.

С 1997г. с целью повышения резектабельности расширены показания к комбинированным вмешательствам. В 1997-1998гг. прооперировано 137 больных раком яичников. Из них комбинированные вмешательства выполнены у 20 (14,6%), в том числе: НАМП и резекция мочевого пузыря с пересадкой мочеточников - 5, НАМП и резекция сигмовидной кишки по Гартману - 8, НАМП и аппендектомия - 2, НАМП с резекцией сигмовидной кишки и нефрэктомией - 1, НАМП и резекция сигмовидной кишки - 3, экстирпация матки с придатками и резекция мочеточника - 1. Пробные лапаротомии за этот период произведены у 7 (5,1%). Общая летальность составила 0,7%, летальность после комбинированных вмешательств - 0%.

Во втором периоде по сравнению с первым достоверно увеличилось количество комбинированных вмешательств 14,6% и 4,1% ( $p > 0,05$ ), достоверно снизилось количество пробных лапаротомий - 5,1% и 14,5% соответственно ( $p < 0,05$ ). Послеоперационная летальность достоверно не изменилась 0,7% и 0,9% ( $p > 0,05$ ).

Таким образом анализ непосредственных результатов хирургического лечения больных раком яичников показал, что за период с 1997г. по 1998г. значительно расширены показания к комбинированным оперативным вмешательствам, что привело к снижению количества пробных лапаротомий. При этом количество послеоперационных осложнений и летальность не возросли.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунова В.А., Переводчикова Н.И., Козаченко В.П. и др. Возможности комбинированной химиотерапии распространенного рака яичников. Акушерство и гинекология. -1991.-№2. С.56-61.
2. Сухина Е.Н., Якимова Т.П. Круговая И.Н. и др. Лучевая терапия как эффективный метод лечения распространенных форм рака яичников. Актуальные проблемы онкологии и медицинской радиологии, сборник научных работ. -Минск.-1996. С.260-266.
3. Кузнецова О.В., Засильева Т.А., Важенин А.В. Опыт применения субтотального облучения в паллиативной терапии распространенного рака яичников. Онкология-98. Сборник научных трудов. Челябинск.-1998.-С. 273-274.
4. Kerst A.J.F.A. Повышение выживаемости при запущенном раке яичников с помощью внутрибрюшинной химиотерапии. Русский медицинский журнал.-Т.5.-№18.-1997.
5. Alberts DS, Liu PY, Hannigan EV, O'Toole R, et al. Intraperitoneal cisplatin plus intravenous cyclophosphamide versus intravenous cisplatin plus intravenous cyclophosphamide for stage 3 ovarian cancer. N Engl J Med 1996; 335:1950-5.

## РЕЗЮМЕ

### Безпосередні результати комбінованих операцій при раку яєчників

**Винник Ю.А., Куций А.С., Неффа М.Ю., Пирогова І.В., Казмирук О.В.**

Праналізовані безпосередні результати лікування 478 хворих раком яєчників з 1991 по 1998рр. Середній вік пацієнток склав 47 років. За період з 1991-1996рр. оперативні втручання виконані 341 хворій, з них комбінованих

операцій було 14, а в 1997-1998рр. комбіновані операції виконані 20 із 137 хворих. Аналіз безпосередніх результатів показав, що розширення комбінованих оперативних втручань призвело до зменшення кількості пробних лапаротомій, не збільшуючи кількості післяопераційних ускладнень та летальності.

## SUMMARY

### Early results of combined operations in ovarian cancer

*Yu.A.Vinnik, A.S. Kutsyj, M.Yu.Neffa, I.V.Pirogova, O.V.Kazmiruk*

Early results of management of 478 patients with ovarian cancer from 1991 to 1998 have been analysed. Surgical intervention was done during 1991-1996 in 341 patients, among them combined operations were 14, during 1997-1998 combined operations were done in 20 cases out of total 137. The results of the investigation showed that the increase of the number of combined operations decreased the number of test laparotomies, not increasing the number of postoperating complications and lethal outcomes.

---