

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Павел Георгиевич Брюсов¹, Андрей Иванович Мелько²,
Зоя Александровна Чаус³, Игорь Викторович Названцев⁴*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВТОРНЫХ РАСШИРЕННЫХ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВА РАКА ЯИЧНИКОВ

¹ Д. м. н., профессор, кафедра хирургии с курсом онкологии ГИУВ МО РФ
(105094, г. Москва, Госпитальная пл., д. 3)

² Д. м. н., доцент, кафедра хирургии с курсом онкологии ГИУВ МО РФ
(105094, г. Москва, Госпитальная пл., д. 3)

³ Аспирант, кафедра хирургии с курсом онкологии ГИУВ МО РФ
(105094, г. Москва, Госпитальная пл., д. 3)

⁴ Заведующий, отделение гинекологии ГВКГ им. Н. Н. Бурденко МО РФ
(105094, г. Москва, Госпитальная пл., д. 3)

Адрес для переписки: 107392, г. Москва, ул. Малая Черкизовская, д. 7,
кафедра хирургии с курсом онкологии, Чаус Зоя Александровна; e-mail: zajacch@mail.ru

Цель работы состояла в оценке эффективности и частоты развития осложнений при повторных расширенных циторедуктивных операциях с аргоноплазменной коагуляцией метастазов опухоли по брюшине у больных с рецидивом рака яичников. В исследование включены 57 больных, оперированных по поводу рецидива рака яичников в ГВКГ им. Н. Н. Бурденко МО РФ в период с 1996 г. по апрель 2010 г. Исследуемую группу составили больные (n = 21), которым выполнены повторные циторедуктивные операции с парааортально-тазовой лимфаденэктомией и аргоноплазменной коагуляцией метастазов опухоли по брюшине (аргоноплазменная коагуляция). В контрольной группе было 36 больных. Трехлетняя выживаемость больных без прогрессии опухоли после повторных циторедуктивных операций с парааортально-тазовой лимфаденэктомией и использованием аргоноплазменной коагуляции достигала 24%, медиана продолжительности жизни 18 мес. В группе контроля эти показатели составили 18 и 10 мес соответственно. Медиана общей продолжительности жизни в группе комбинированного лечения с лимфаденэктомией и использованием аргоноплазменной коагуляции составила 40 мес, в контрольной группе больных — 38 мес.

Ключевые слова: рак яичников, рецидив, лимфаденэктомия.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями яичников остается высокой и занимает третье место в структуре онкогинекологической патологии [1]. Несмотря на внедрение современных методов лечения, летальность при раке яичников (РЯ) стоит на первом месте в структуре смертности от онкогинекологических заболеваний [2]. На первом году жизни от момента установления диагноза умирают 27,4% больных [3]. Основной

причиной летальных исходов является рецидив заболевания [4]. Наиболее часто при рецидиве заболевания метастазами опухоли поражаются брюшина и лимфатические узлы [5].

Для лечения рецидивов злокачественных опухолей яичников применяются различные методы [6; 7]. В большинстве исследований было продемонстрировано, что выполнение повторных циторедуктивных операций статистически значимо увеличивает выживаемость больных рецидивным РЯ [8—10]. Наибольшее значение в прогнозе лечения придается размерам остаточной опухоли и ее чувствительности к химиотерапии [11—13].

Общая выживаемость больных была значительно выше при выполнении полной циторедуктивной операции с минимальными размерами резидуальной опухоли [14]. Это положение подтверждено и в других исследованиях [7; 15].

В связи с наиболее частым поражением метастазами опухоли брюшины и лимфатических узлов при рецидиве РЯ целью работы явилась оценка эффективности и частоты развития осложнений после повторных расширенных циторедуктивных операций с аргонплазменной коагуляцией (АПК) метастазов опухоли по брюшине у больных рецидивом РЯ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 57 больных, оперированных по поводу рецидива РЯ в ГВКГ им. Н. Н. Бурденко в период с 1996 г. по апрель 2010 г. Исследуемую группу составили больные ($n = 21$), которым выполнены повторные циторедуктивные операции с парааортально-тазовой лимфаденэктомией и АПК метастазов опухоли по брюшине в период с 2007 г. по апрель 2010 г. В контрольной группе было 36 больных, которым в период с 1996 по 2008 г. выполняли повторные циторедуктивные операции. Распределение больных с рецидивом РЯ в зависимости от объема хирургического вмешательства в составе комбинированного лечения представлены в табл. 1—3.

В группе женщин, которым выполнялась тазовая и парааортальная лимфаденэктомия с АПК (исследуемая группа), было 7 (33,3%) больных с I—II стадией заболевания и 14 (66,7%) с III—IV стадией. В этой группе в качестве химиотерапии первой линии применялись препараты платины с циклофосфаном у 10 (48,0%) больных, с таксанами — у 11 (52,0%) в количестве 6 циклов. Платиночувствительными были 13 (61,9%) женщин, платинорезистентными — 8 (38,1%). Статус ECOG 0—1 был у 18 (85,7%) больных, ECOG 2—4 — у 3 (14,3%). При гистологической верификации опухоли серозная аденокарцинома выявлена у 17 (81,0%) пациенток, муцинозная — у 2 (9,5%), мезонефرويدная — у 2 (9,5%). Дифференцировка опухоли G1 верифицирована у 2 (9,5%) больных, G2 — у 9 (42,8%), G3 — у 10 (47,7%). Рецидив опухоли в малом тазу и брюшной полости без отдаленных метастазов диагностирован у 4 (19,1%) и 9 (42,8%) обследованных пациенток соответственно. Отдаленные метастазы выявлены у 8 (38,1%) женщин: в плевре — у 4 (19,1%), печени — у одной (4,8%), селезенке — у 3 (14,3%).

В этой группе в составе повторной циторедуктивной операции у 12 (57,1%) пациенток выполнены хирургические вмешательства на органах брюшной полости: резекция толстой кишки с наложением межкишечного анастомоза — у 2 (9,6%); резекция толстой кишки с наложением межкишечного анастомоза, спленэктомией и холецистэктомией — у одной (4,8%); резекция толстой кишки с наложением межкишечного анастомоза, спленэктомией и аппендэктомией — у одной (4,8%); резекция толстой кишки с наложением межкишечного анастомоза и аппендэктомией — у 2 (9,6%); резекция диафрагмы и аппендэктомия — у одной (4,8%); спленэктомия и аппендэктомия — у одной (4,8%); спленэктомия — у одной (4,8%); аппендэктомия — у 3 (14,3%).

Цитостатическая терапия рецидива заболевания проведена платиносодержащими режимами с циклофосфа-

мидом 6 (28,6%) больным, платиносодержащими схемами с таксанами — 10 (47,6%), гемцитабином — 2 (9,5%), липосомальным доксорубицином — 3 (14,3%).

Введение цитостатиков по схемам СР/СС осуществляли в следующих дозировках: цисплатин 75—100 мг/м² или карбоплатин AUC = 5 с циклофосфамидом 750 мг/м² внутривенно. Больным, лечившимся по схеме САР, дополнительно вводили доксорубицин 50 мг/м² внутривенно. При платинотаксаносодержащих режимах применяли паклитаксел и доцетаксел: паклитаксел 175 мг/м² 3-часовая инфузия или доцетаксел 75 мг/м² часовая инфузия с цисплатином 75—100 мг/м² или карбоплатином AUC = 5. Премедикацию при использовании паклитаксела выполняли по стандартной методике: дексаметазон 20 мг внутримышечно за 12 и 6 ч до введения, димедрол 1% 5 мл и ранитидин 50 мг внутривенно капельно перед введением цитостатика; для доцетаксела применяли следующую стандартную премедикацию — дексаметазон 8 мг внутримышечно 2 раза за сутки до введения цитостатиков и в течение 3 дней после инфузии. Гемцитабин вводили 1000 мг/м² с интервалом 1 раз в неделю. Липосомальный доксорубицин применяли в дозе 60 мг/м².

В группе больных, у которых не применялась парааортально-тазовая лимфаденэктомия с АПК (контрольная группа), было 9 (25,0%) больных с I—II стадией заболевания и 27 (75,0%) с III—IV стадией. В этой группе в качестве химиотерапии первой линии применяли препараты платины с циклофосфамидом у 14 (39,0%) больных, с таксанами — у 22 (61,0%) в количестве 6 циклов. Платиночувствительными были 25 (69,4%) больных, платинорезистентными — 11 (30,6%). Статус ECOG 0—1 был у 31 (86,1%) женщины, ECOG 2—4 — у 5 (13,9%). При гистологической верификации опухоли серозная аденокарцинома выявлена у 22 (61,1%) пациенток, муцинозная — у 8 (22,2%), эндометриоидная — у 3 (8,3%), мезонефرويدная — у 3 (8,3%). Дифференцировка опухоли G1 верифицирована у 8 (22,2%) больных, G2 — у 7 (19,5%), G3 — у 21 (58,3%). Рецидив опухоли в малом тазу и брюшной полости без отдаленных метастазов диагностирован у 6 (16,7%) и 23 (63,9%) обследованных пациенток соответственно. Отдаленные метастазы выявлены у 7 (19,4%) больных: в плевре — у одной (2,8%), в печени — у 4 (11,4%), в плевре и печени — у одной (2,8%), в брюшной стенке — у одной (2,8%).

В этой группе в составе повторной циторедуктивной операции у 23 (63,8%) женщин выполнены хирургические вмешательства на органах брюшной полости: у 18 (50,0%) — резекция толстой кишки с наложением межкишечного анастомоза; у 3 (8,3%) — резекция толстой кишки с формированием колостомы; у одной (2,8%) — резекция печени; у одной (2,8%) — аппендэктомия. Цитостатическая терапия рецидива заболевания проведена 33 больным (так как 3 пациентки умерли в послеоперационном периоде): платиносодержащими схемами с циклофосфамидом — 19 (57,6%) больным, платиносодержащими схемами с таксанами — 12 (36,4%), гемцитабином — 2 (6,0%).

Статистическую обработку данных проводили непараметрическими методами с расчетом средних и относительных величин. Выживаемость больных определяли с помощью построения модели Каплана—Майера. Для определения различий между несвязанными группами

Таблица 1

Распределение сравниваемых групп больных с рецидивом РЯ при различных объемах хирургического лечения

Признак	Расширенные операции с АПК (n = 21)		Контрольная группа (n = 36)		p	Критерий
	абс.	%	абс.	%		
Стадия по FIGO						Фишера
I—II	7	33,3	9	25,0	0,56	
III—IV	14	66,7	27	75,0		
Комбинированное лечение	21	100	36	100	1,0	
Химиотерапия первой линии						
карбоплатин/цисплатин + циклофосфан	10	48,0	14	39,0	0,6	
карбоплатин/цисплатин + таксаны	11	52,0	22	61,0		
Платиночувствительность						
чувствительны	8	38,1	11	30,6	0,6	
резистентны	13	61,9	25	69,4		
Статус ECOG						
0—1	18	85,7	31	86,1	1,0	
2—4	3	14,3	5	13,9		
Гистологический тип опухоли						χ²
серозная аденокарцинома	17	81,0	22	61,2	0,3	
муцинозная аденокарцинома	2	9,5	8	22,2		
эндометриоидная аденокарцинома	0	0,0	3	8,3		
светлоклеточная аденокарцинома	2	9,5	3	8,3		
Степень дифференцировки опухоли						
G1	2	9,5	8	22,2	0,13	
G2	9	42,8	7	19,5		
G3	10	47,8	21	58,3		
Локализация рецидива						
малый таз	4	19,1	6	16,7	0,24	
брюшная полость (без поражения паренхимы печени)	9	42,8	23	22,8		
отдаленные метастазы	8	38,1	7	19,4		

Таблица 2

Распределение сравниваемых групп больных с рецидивом РЯ при различных объемах хирургического лечения

Локализация отдаленных метастазов при рецидиве РЯ	Расширенные операции с АПК (n = 21)		Контрольная группа (n = 36)		p (критерий Фишера)
	абс.	%	абс.	%	
Плевра	4	19,1	1	2,8	0,06
Печень	1	4,8	4	11,4	0,64
Плевра + печень	0	0,0	1	2,8	1,0
Брюшная стенка	0	0,0	1	2,8	1,0
Селезенка	3	14,3	0	0,0	0,05

рассчитывали критерий χ^2 , точный двусторонний критерий Фишера и логранговый критерий. Критическим значением являлось $p = 0,05$ [16].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При гистологическом исследовании микропрепаратов метастатическое поражение лимфатических узлов выявлено у 11 (52,3%) больных: тазовых — у 4 (19,0%), параортальных — у 2 (9,5%), тазовых и параортальных — у 5 (23,8%).

При сравнении различных объемов хирургического лечения больных с рецидивом РЯ по критерию достижения оптимальной остаточной опухоли было выявлено, что наилучшие результаты достигаются при выполнении повторных циторедуктивных операций с парааортально-тазовой лимфаденэктомией и использованием АПК.

В этой группе у 18 (85,7%) больных выполнены оптимальные циторедуктивные операции и у 3 (14,3%) — субоптимальные. При проведении повторных циторедуктивных хирургических вмешательств без парааортально-тазовой лимфаденэктомии и АПК только 17 (47,2%) пациенткам выполнены оптимальные операции и 19 (52,8%) — субоптимальные ($p = 0,005$). Оптимальность операции определяли согласно критериям Международного консенсуса по РЯ (1998) и GOG. Операцию расценивали как оптимальную при остаточной опухоли 1 см и менее, как субоптимальную — при остаточной опухоли более 1 см [17; 18].

В результате преобладания больных с оптимально выполненными операциями в исследуемой группе 3-летняя выживаемость без прогрессирования опухоли и медиана продолжительности жизни этих больных были статистически значимо выше, чем в контрольной группе.

Трехлетняя выживаемость больных без прогрессирования опухоли после повторных циторедуктивных операций с парааортально-тазовой лимфаденэктомией и использованием АПК достигала 24%, медиана продолжительности жизни — 18 мес. В группе контроля эти показатели составили 18% и 10 мес соответственно (рис. 1).

Медиана общей продолжительности жизни в группе комбинированного лечения с лимфаденэктомией и АПК

метастазов опухоли по брюшине составила 40 мес, в контрольной группе — 38 мес (рис. 2).

В связи с расширением объема хирургического вмешательства послеоперационный период в группе больных после лимфаденэктомии с АПК протекал тяжелее и осложнился у 13 (62,0%) женщин (табл. 4). Однако эти осложнения не влияли на выживаемость — летальных исходов не было. В контрольной группе послеоперационные осложнения диагностированы у 6 (16,7%) больных ($p = 0,006$).

После расширенных операций с АПК метастазов опухоли по брюшине у 4 (19,1%) пациенток развился после-

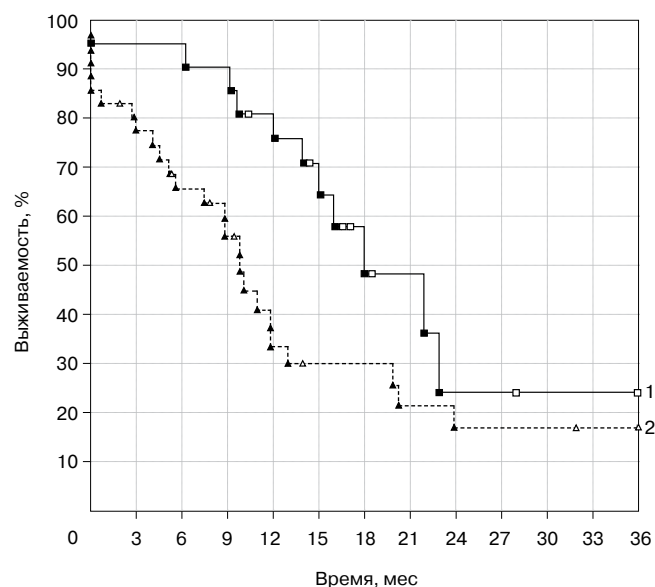


Рисунок 1. Трехлетняя выживаемость без прогрессирования опухоли у больных с рецидивом РЯ при различных объемах хирургического лечения ($p = 0,03$ между группами, критерий log-rank). Черными значками обозначены завершенные наблюдения, светлыми — цензурированные. 1 — расширенная циторедукция с АПК (n = 21); 2 — циторедукция (n = 36).

Таблица 3

Распределение сравниваемых групп больных с рецидивом РЯ при различных объемах хирургического лечения

Лечение	Расширенные опера- ции с АПК (n = 21)		Контрольная группа (n = 36)		Р	Критерий
	абс.	%	абс.	%		
Циторедуктивная операция	21	100	36	100	1,0	Фишера
Операции на органах брюшной полости	12	57,1	23	63,9	0,8	
резекция толстой кишки с анастомозом	2	9,6	18	50,0	0,003	
резекция толстой кишки с анастомозом, холецистэкто- мия, спленэктомия	1	4,8	0	0,0	0,4	
резекция толстой кишки с анастомозом, спленэктомия, аппендэктомия	1	4,8	0	0,0	0,4	
резекция толстой кишки с анастомозом, аппендэктомия	2	9,6	0	0	0,13	
резекция толстой кишки с формированием колостомы	0	0,0	3	8,3	0,3	
резекция диафрагмы, аппендэктомия	1	4,8	0	0,0	0,4	
резекция печени	0	0	1	2,8	0,4	
спленэктомия, аппендэктомия	1	4,8	0	0,0	0,4	
спленэктомия	1	4,8	0	0,0	0,4	
аппендэктомия	3	14,3	1	2,8	0,14	
Схемы химиотерапии рецидива РЯ						χ^2
СР/СС/САР	6	28,6	19	57,6	0,054	
платиносодержащие с таксанами	10	47,6	12	36,4		
гемцитабин	2	9,5	2	6,0		
липосомальный доксорубин	3	14,3	0	0,0		

операционный панкреатит, у 4 (14,3%) — транзиторный гидронефроз, у 3 (14,3%) — лимфокисты, у 2 (9,5%) — поддиафрагмальный абсцесс.

В контрольной группе (после циторедуктивных операций без лимфаденэктомии и АПК) у 3 (8,3%) больных диагностирован илеофemorальный тромбоз, у 2 (5,6%) — перитонит, у одной (2,8%) — пневмония.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные данные о высокой частоте метастатического поражения лимфатических узлов при рецидиве РЯ не противоречат результатам исследований других авторов [5].

Показано, что АПК — эффективный и безопасный способ эрадикации метастазов опухоли по брюшине у больных с рецидивом РЯ. При применении АПК очагов опухоли по брюшине с забрюшинной лимфаденэктомией в составе повторной циторедуктивной операции у 85,7% пациенток остаточная опухоль уменьшилась до оптимальных размеров, увеличились медиана общей продолжительности жизни и выживаемость без прогрессирования опухоли.

Парааортально-тазовая лимфаденэктомия сопровождалась формированием лимфокист у 14,3% больных, что является закономерным осложнением для этого объема хирургического вмешательства. По данным различных

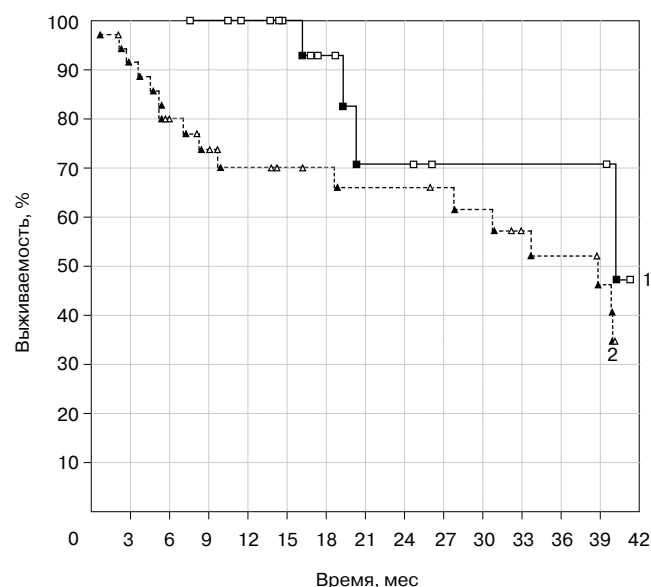


Рисунок 2. Медиана общей выживаемости больных с рецидивом РЯ при различных объемах хирургического лечения ($p = 0,048$ между группами, критерий log-rank). Черными знаками обозначены завершённые наблюдения, светлыми — цензурированные. 1 — расширенная циторедукция с АПК ($n = 21$); 2 — циторедукция ($n = 36$).

исследователей, у 7,9—10,0% больных развиваются лимфокисты в послеоперационном периоде при выполнении забрюшинной лимфаденэктомии [19; 20]. Транзиторный уретерогидронефроз, развившийся у 19,1% больных, вероятно, обусловлен атонией мочеточников, а также отеком тканей и временным сдавлением мочеточников в зоне хирургического вмешательства. У всех больных уретерогидронефроз разрешился самостоятельно на

12—14-е сутки послеоперационного периода. Развитие панкреатита у 4 женщин в послеоперационном периоде ассоциировалось с хирургическими вмешательствами в зоне проекции поджелудочной железы: у 3 больных с техническими трудностями выполнена спленэктомия и у одной — резекция левого купола диафрагмы.

ВЫВОДЫ

1. При выполнении повторных расширенных циторедуктивных операций с АПК метастазов опухоли по брюшине статистически значимо увеличиваются частота оптимальных циторедукций (85,7%) и выживаемость больных: трехлетняя выживаемость без прогрессирования опухоли — до 24%, медиана продолжительности жизни — до 18 мес, медиана общей продолжительности жизни повышается до 40 мес.

2. Специфическими хирургическими осложнениями повторных расширенных циторедуктивных операций с АПК метастазов опухоли по брюшине при рецидиве РЯ являются транзиторный гидронефроз (у 19,1% пациентов) и лимфокисты (у 14,3%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е. М., Горбачева И. А. Злокачественные новообразования в Москве и Санкт-Петербурге // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2008. — Т. 19, № 2 (прил. 1). — С. 120—134.
2. Злокачественные новообразования в России в 2006 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. — М.: ФГУ МНИОИ им. П. А. Герцена Росздрава, 2008. — 248 с.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2007 году / Под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. — М.: ФГУ МНИОИ им. П. А. Герцена Росздрава, 2008. — 184 с.
4. Портнова Н. И. Выявляемость злокачественных опухолей яичников в условиях диспансеризации и причины смерти больных: Дис... канд. мед. наук. — 2001. — 147 с.
5. Винокуров В. А. Рак яичников: закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных. — СПб.: Фолиант, 2004. — 333 с.

Таблица 4

Структура послеоперационных осложнений у больных с рецидивом РЯ при различных объемах хирургического вмешательства

Осложнение	Расширенные циторедуктивные операции с парааортально-тазовой лимфаденэктомией и АПК ($n = 21$)		Циторедуктивная операция ($n = 36$)		p (критерий Фишера)
	абс.	%	абс.	%	
Панкреатит	4	19,1	0	0,0	0,02
Транзиторный гидронефроз	4	19,1	0	0,0	0,02
Лимфокисты	3	14,3	0	0,0	0,04
Поддиафрагмальный абсцесс	2	9,5	0	0,0	0,13
Илеофemorальный тромбоз	0	0,0	3	8,4	0,3
Перитонит	0	0,0	2	5,6	0,5
Пневмония	0	0,0	1	2,8	1,0

6. Стенина М. Б. Спорные вопросы в лечении рака яичников // Трудный пациент. — 2006. — Т. 4, № 11 (спецвыпуск). — С. 9—14.

7. Role of salvage cytoreductive surgery in the treatment of patients with recurrent ovarian cancer after platinum-based chemotherapy / Matsumoto A., Higuchi T., Yura S., Mandai M., Kariya M., Takakura K., Fujii S. // J. Obstet. Gynaecol. Res. — 2006. — Vol. 32, N 6. — P. 580—587.

8. Горбунова В. А. Повторные циторедуктивные операции и вторая линия химиотерапии при лечении рецидивов рака яичников: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2001. — 20 с.

9. Secondary cytoreductive surgery for patients with relapsed epithelial ovarian carcinoma: who benefits? / Zang R. Y., Li Z. T., Tang J., Cheng X., Cai S. M., Zhang Z. Y., Teng N. N. // Cancer. — 2004. — Vol. 100, N 6. — P. 1152—1161.

10. Secondary cytoreductive surgery in patients presenting with isolated nodal recurrence of epithelial ovarian cancer / Fotiou S., Aliki T., Petros Z., Ioanna S., Konstantinos V., Vasiliki M., George C. // Gynecol. Oncol. — 2009. — Vol 114, N 2. — P. 178—182.

11. Optimal chemotherapy treatment for women with recurrent ovarian cancer / Fung-Kee-Fung M., Oliver T., Elit L., Oza A., Hirte H. W., Bryson P. // Curr. Oncol. — 2007. — Vol. 14, N 5. — P. 195—208.

12. Peritonectomy for peritoneal carcinomatosis: long-term outcomes from a single Brazilian institution / Akaishi E., Teixeira F., Katayama M., Mizumoto N., Costa F. P., Buzaid A. C., Hoff P. M. // World J. Surg. — 2009. — Vol. 33, N 4. — P. 835—839.

13. Cytoreductive surgery and intraperitoneal chemohyperthermia for recurrent peritoneal carcinomatosis from ovarian cancer / Zanon C., Clara R., Chiappino I., Bortolini M., Cornaglia S., Simone P., Bruno F., De Riu L., Airolidi M., Pedani F. // World J. Surg. — 2004. — Vol. 28, N 10. — P. 1040—1045.

14. The role of secondary surgery for recurrent ovarian cancer / Güngör M., Ortaç F., Arvas M., Kösebay D., Sönmezer M., Köse K. // Gynecol. Oncol. — 2005. — Vol. 97, N 1. — P. 74—79.

15. Селюжикский И. В., Лысенко М. В., Ларионов К. И. Вторичные циторедуктивные операции в комбинированном лечении рецидива рака яичников // Рос. онкол. журн. — 2006. — № 6. — С. 40—41.

16. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. — М.: Медиа Сфера, 2006. — 312 с.

17. Advanced epithelial ovarian cancer: 1998 consensus statements / Berek J. S., Bertelsen K., du Bois A., Brady M. F., Carmichael J., Eisenhauer E. A., Gore M., Grenman S., Hamilton T. C., Hansen S. W., Harper P. G., Horvath G., Kaye S. B., Lück H. J., Lund B., McGuire W. P., Neijt J. P., Ozols R. F., Parmar M. K., Piccart-Gebhart M. J., van Rijswijk R., Rosenberg P., Rustin G. J., Sessa C., Willemse P. H. // Ann. Oncol. — 1999. — Vol. 10, Suppl. 1. — P. 87—92.

18. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta-analysis / Bristow R. E., Tomacruz R. S., Armstrong D. K., Trimble E. L., Montz F. J. // J. Clin. Oncol. — 2002. — Vol. 20, N 5. — P. 1248—1259.

19. Дунаева Е. А. Оптимизация лечения больных раком тела матки I стадии: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2007. — 31 с.

20. Сидоренко Ю. С., Минаев А. Б. Органосохраняющие и функционально-щадящие операции в онкогинекологии // Южно-Рос. мед. журн. — 1998. — № 1. — С. 5—7.

Поступила 01.06.2010

*Pavel Georgievich Bryusov¹, Andrey Ivanovich Melko²,
Zoya Alexandrovna Chaus³, Igor Viktorovich Nazvantsev⁴*

EFFICACY OF SECONDARY WIDE CYTOREDUCTIVE SURGERY USING ARGON PLASMA COAGULATION IN PATIENTS WITH RELAPSED OVARIAN CANCER

¹ MD, PhD, Professor, Chair of Surgery with an Oncology Course, SIAMT, RF MD
(3, Hospitalnaya pl., Moscow, 105094, Russian Federation)

² MD, PhD, Assistant Professor, Chair of Surgery with an Oncology Course, SIAMT, RF MD
(3, Hospitalnaya pl., Moscow, 105094, Russian Federation)

³ Postgraduate Student, Chair of Surgery with an Oncology Course, SIAMT, RF MD
(3, Hospitalnaya pl., Moscow, 105094, Russian Federation)

⁴ MD, PhD, Head, Chair of Gynecology, N. N. Burdenko PMCH,
(3, Hospitalnaya pl., Moscow, 105094, Russian Federation)

Address for Correspondence: Chaus Zoya Alexandrovna, Chair of Surgery with an Oncology Course, 7,
Malaya Cherkizovskaya ul., Moscow, 107392, Russian Federation; e-mail: zajacch@mail.ru

The purpose of this study was to evaluate efficacy and morbidity of secondary wide cytoreductive surgery involving argon plasma coagulation of peritoneal metastases in patients with relapsed ovarian cancer. The study was performed in 57 patients undergoing surgery for relapsed ovarian cancer at the N. N. Burdenko PMCH, RF MD, during 1996 through April, 2010. The study group consisted of patients (n = 21) receiving secondary cytoreductive surgery with paraaortal-pelvic lymph node dissection and argon plasma coagulation of peritoneal metastases (argon plasma coagulation). The control group consisted of 36 patients. Three-year survival of patients who did not progressed following secondary cytoreductive surgery with paraaortal-pelvic lymph node dissection and argon plasma coagulation reached 24%, median survival was 18 months versus 18% and 10 months in the control group. Median overall survival in the receiving combination treatment with lymph node dissection and argon plasma coagulation was 40 months versus 38 months in the control.

Key words: ovarian cancer, lymph node dissection.