

DOI: 10.21802/artm.2022.3.23.40
УДК 616-037+616-006.6+618.11**ВИЖИВАНІСТЬ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКА ІІІ СТАДІЇ**І.Т. Дрін^{1,2}¹Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра онкології;²Комунальне некомерційне підприємство «Прикарпатський клінічний онкологічний центр Івано-Франківської обласної ради», м. Івано-Франківськ, Україна,
ORCID ID: 0000-0002-9311-7341, e-mail: drin3050@gmail.com

Резюме. На сучасному етапі недостатньо ефективною залишається терапія хворих на рак яєчника ІІІ стадії. Сучасні методи лікування хворих супроводжуються низькою виживаністю, що вимагає вивчення додаткових факторів прогнозу для індивідуалізації лікування. В основу дослідження покладені результати лікування 136 пацієнтів на рак яєчника ІІІ стадії, які отримували лікування в КНП «ПКОЦ ІФ ОР» з 2014 по 2019 роки. Вивченню та оцінці підлягала 3-х річна загальна та безрецидивна виживаність хворих на рак яєчника, у кореляції з отриманим лікуванням та факторами прогнозу: гістологічний тип пухлини, ступінь диференціації пухлини та наявності резидуальності пухлини після оперативного втручання. 3-річна загальна виживаність даних пацієнток склала 34 %, безрецидивна – 17 %. Встановлено, жодна пацієнтка з R1-R2 не прожила без рецидиву захворювання 3 роки. Пацієнти без залишкової резидуальної пухлини мають 3-річну безрецидивну виживаність 29,4 %. У структурі пацієнтів аденокарцинома G1 відзначена у 73 пацієнтів, G2 визначається у 29 хворих, G3 – у 33 пацієнтів, відповідно. Отже, у структурі пацієнтів найбільше хворих з високодиференційованими пухлинами – 54,1 %, найменше – з помірnodиференційованими – 21,5 %.

Встановлено, що починаючи з 4-го року спостереження, вища загальна виживаність – на 14.1 % – у пацієнтів, що отримали оперативне втручання з наступною ад’ювантною хіміотерапією в порівнянні з хворими, які отримували додатково неoad’ювантні курси ПХТ ($p < 0,05$). До негативних факторів прогнозу належить R2: пацієнти з R0 мають 3-х річну загальну виживаність 64,4 %, що на 41 % більше у порівнянні з R2, відповідно ($p < 0,05$). При R0 3-річна безрецидивна виживаність складає 52,3 %, натомість для R1 та R2 – 23,2% та 4,4%, відповідно без прогресії хвороби ($p < 0,05$).

Ключові слова: рак яєчників, фактори ризику, виживаність хворих на рак.

Вступ. Злоякісні пухлини яєчників на сьогоднішній день є актуальною проблемою в онкології [1, 12, 20]. Рак яєчника (РЯ) – у першій десятці за поширеністю, посідаючи 7 місце, та в першій п’ятірці за летальністю, посідаючи 4 місце [4, 15]. Міжнародна агенція з вивчення раку (IARC) вказує, що у 2018 році було діагностовано 295414 випадки злоякісних пухлин яєчників та 184799 смертей від даного захворювання [7, 18]. За даними Національного канцер-реєстру, захворюваність на злоякісні пухлини яєчника в Україні у 2019 році становила 3545 випадків, з яких на І-ІІ стадіях 29,6 %, ІІІ – 43,3 %, ІV – 18,7 % [2, 3, 8]. Не прожили 1 року з числа вперше виявлених у 2019 р. 22,7 % пацієнтів. П’ятирічна виживаність при РЯ становить 20–25 % [14, 16]. Прогнозується, що в 2040 році буде 434184 випадки РЯ [6, 9, 10, 11]. Загальносвітовий рівень захворюваності на РЯ становить 6,5 випадків на 100 тис. жіночого населення, а в країнах з високим рівнем економічного розвитку – 10–15,5 випадків на 100 тис. жінок [5, 12, 19, 21]. Тобто РЯ у всьому світі є проблемою, яка призводить до інвалідації пацієнток, дороговартісного лікування з низькими показниками виживаності та є однією з основних причин смерті жінок репродуктивного віку. Охоплено спеціальним лікуванням 79,6 % пацієнтів [13, 17].

Обґрунтування дослідження. Оскільки рак яєчника проявляється високими показниками занедбаності та низькими показниками виживаності, незважаючи на сучасні методи діагностики та лікування, тому

будь-які дослідження для вирішення цих проблем є актуальними. Пошук факторів, які впливають на виживаність пацієнток на РЯ, дозволять провести індивідуальний підхід до плану лікування.

Мета дослідження. Підвищити ефективність лікування пацієнтів на РЯ шляхом вивчення прогностичних факторів та індивідуалізації лікування.

Матеріали і методи. Характеристика пацієнтів. Ми проаналізували дані 136 пацієнтів з раком яєчника ІІІ стадії, що проходили лікування у комунальному некомерційному підприємстві «Прикарпатський клінічний онкологічний центр Івано-Франківської обласної ради») за 2014 – 2019 роки.

У всіх пацієнтів діагностовано РЯ ІІІ стадії, що було підтверджено морфологічно методом.

Вивченню та оцінці підлягала 3-х та 5-ти річна загальна та безрецидивна виживаність хворих на РЯ, в кореляції з отриманим лікуванням.

У подальшому, вивчено вплив прогностичних факторів, а саме: гістологічного типу пухлини, ступеня диференціації пухлини та наявності резидуальності пухлини після оперативного втручання.

Варіаційно-статистичний аналіз дослідження для оцінки ступеня достовірності результатів проводився з допомогою персонального комп’ютера та прикладних програм Microsoft® Office Excel® 2007 та Statistica v.6 (Statsoft Inc., США).

Критерії включення:

1) морфологічно підтверджений РЯ ІІІ стадії;

- 2) відсутність іншого онкологічного захворювання;
- 4) задовільний загальний стан хворого (0–1) за шкалою Східної кооперативної онкологічної групи (Eastern Cooperative Oncology Group – ECOG);
- 5) вік 30–70 років;
- 6) відсутність супутньої декомпенсованої патології.

Результати дослідження. У структурі лікування пацієнтів на РЯ III стадії отримали неоад'ювантну хіміотерапію з наступним оперативним втручанням та хіміотерапією в ад'ювантному режимі 33 хворих, оперативне втручання на I етапі з ад'ювантною хіміотерапією на II етапі 91 пацієнт, та 12 осіб – без будь-якого спецлікування (рис. 1).

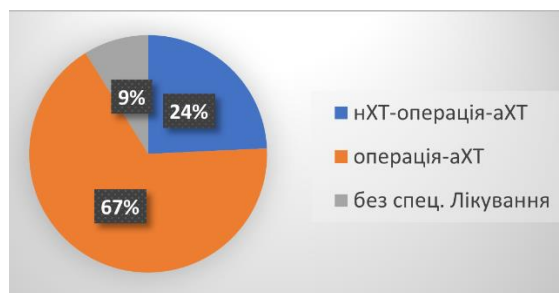


Рис. 1. Методи лікування пацієнтів на РЯ III стадії.

Згідно з отриманими статистичними даними, більшість хворих на РЯ III стадії отримали хірургічне лікування з наступною ад'ювантною хіміотерапією, що на 43 % більше, ніж хворі, які додатково отримали передопераційну хіміотерапію.

Вивченню підлягала загальна та безрецидивна виживаність хворих на РЯ III стадії без розподілу хворих відносно методів лікування (рис. 2).

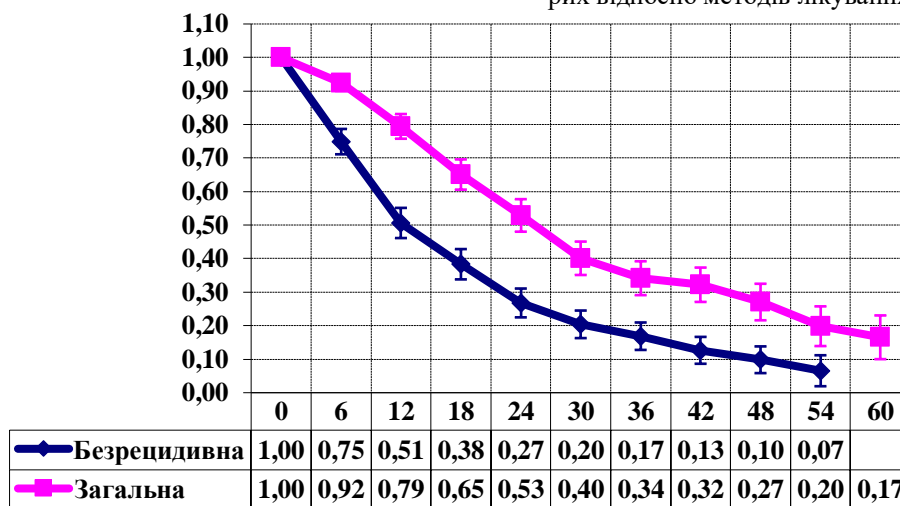


Рис. 2. Загальна та безрецидивна виживаність пацієнтів на РЯ III стадії.

При аналізі отриманих результатів ми бачимо, що на 3-му році спостереження загальна виживаність хворих на РЯ III стадії становить 34 %, що на 17 % більше в порівнянні з безрецидивною.

Визначено вплив методу спеціального лікування на загальну виживаність хворих на РЯ III стадії (рис. 3).

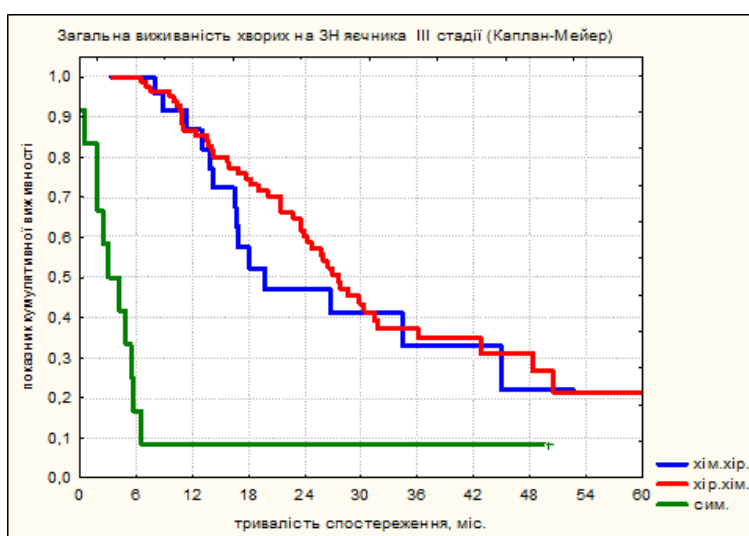


Рис. 3. Кумулятивна загальна виживаність пацієнтів в залежності від методів лікування.

Таблиця 1

Загальна виживаність (%) пацієнтів, в залежності від методів лікування

Метод лікування	Час спостереження (міс.)						Достовірність, Р
	6*	12*	24	36*	48	60	
Хір.+АХТ	99,4±0,8	85,9±3,8	59,9±5,7	37,1±6,2	30,5±6,7	17,6±7,5	*p1-2>0,05. p1-2<0,05.
НХТ+хір.+АХТ	98,4±2,3	86,3±6,8	45,9±11,1	32,9±11,2	16,4±11,0	-	& p1-3>0,05. p1-3<0,05.
Симптоматичне лікування	16,7±10,8	8,3±8,0	2,1±3,6	0,5±1,2	0,1±0,3	-	^ p2-3>0,05. p2-3<0,05.

Згідно з статистичним аналізом отриманих даних встановлено: на всіх досліджуваних часових інтервалах значно вища загальна виживаність у пацієнтів з спеціальним лікуванням у порівнянні з хворими, які отримали тільки симптоматичне лікування.

На наступному етапі дослідження вивчено вплив методу лікування пацієнтів на показники безрецидивної виживаності хворих на РЯ III стадії (рис. 4).

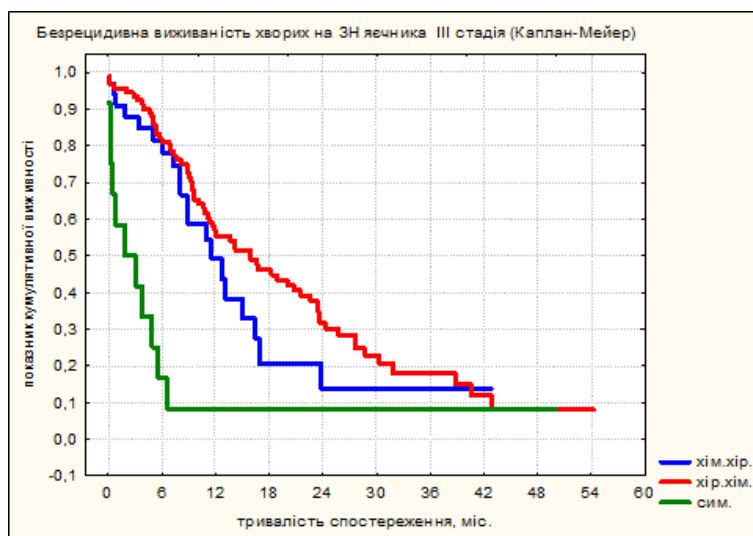


Рис. 4. Безрецидивна виживаність хворих в залежності від методу лікування.

Згідно з отриманими результатами, на всіх інтервалах дослідження вища безрецидивна виживаність відзначається у хворих, які отримали хірургічне лікування з наступною ад'ювантною хімотерапією. На 3-му році спостереження у пацієнтів, яким проведена операція з наступною ад'ювантною ПХТ,

безрецидивна виживаність становить 17,9 %, що на 10,5 % більше в порівнянні з хворими, які отримали додатково неоад'ювантні курси ПХТ. У групі пацієнтів, які отримали тільки симптоматичне лікування, на 36-му місяці спостереження безрецидивна виживаність становить 0,5 % (табл. 2).

Таблиця 2

Безрецидивна виживаність (%) пацієнтів, в залежності від методів лікування

Метод лікування	Час спостереження (міс.)				Достовірність, р
	6*	12*	24	36	
Хір.+АХТ	80,7±4,2	56,4±5,4	31,9±5,3	17,9±5,1	*p1-2>0,05. p1-2<0,05.
НХТ+хір.+АХТ	81,0±7,0	50,1±9,6	14,8±8,7	7,4±6,8	& p1-3>0,05. p1-3<0,05.
Симптоматичне лікування	16,7±10,8	8,3±8,0	2,1±3,6	0,5±1,2	^ p2-3>0,05. p2-3<0,05.

Згідно з отриманими результатами, для безрецидивної виживаності не виявлено відмінності виживаності для хворих, яким проведена операція з наступною ад'ювантною ПХТ, та з хворими, які отримали додатково неоад'ювантні курси ПХТ до 24-го місяця спостереження. Починаючи з 24-го місяця – значно вища безрецидивна виживаність у пацієнтів, які не отримували додатково неоад'ювантні курси ПХТ.

Згідно з статистичним аналізом отриманих даних встановлено: на всіх досліджуваних часових інтервалах значно вища безрецидивна виживаність у пацієнтів з спеціальним лікуванням в порівнянні з хворими, які отримали тільки симптоматичне лікування. Визначення ступеня резидуальності пухлини R та її вплив на загальну та безрецидивну виживаність пацієнтів при РЯ.

У структурі досліджуваних пацієнтів R0 визначається у 23 осіб, R1 у 20-ти хворих та у 81 пацієнтів – R2.

Визначено показник кумулятивної виживаності пацієнтів (рис. 5), в залежності від R, та проведено аналіз показників загальної виживання.

Пацієнти без залишкової резидуальної пухлини мають 3-ти річну загальну виживаність 64,4 %,

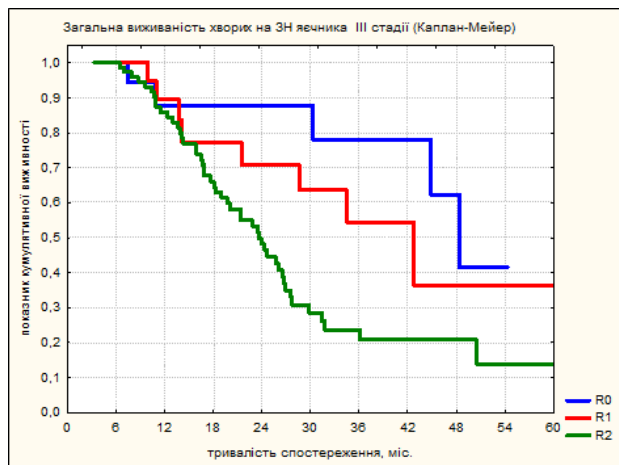


Рис. 5. Кумулятивна загальна виживаність пацієнтів в залежності від залишкової резидуальної пухлини.

що на 11,1 % та на 41 % більше у порівнянні з R1 та R2, відповідно.

У подальшому – визначено вплив ступеня резидуальності пухлини на безрецидивну виживаність хворих на РЯ III стадії та обрховано кумулятивну виживаність пацієнтів (рис. 6).

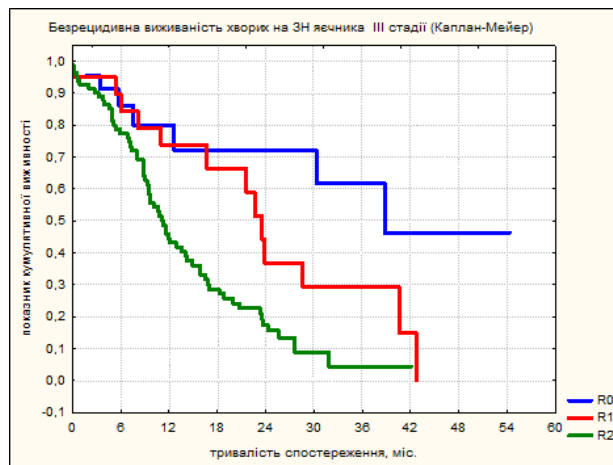


Рис. 6. Кумулятивна безрецидивна виживаність пацієнтів в залежності від залишкової резидуальної пухлини.

Згідно з рисунком, 6 при порівнянні безрецидивної виживаності – при відсутності залишкової резидуальної пухлини – 4-ти річна виживаність складає

29,4 %; не залишилося хворих з R1-R2 без прогресії хвороби.

Визначено статистичну достовірність отриманих результатів (табл. 3).

Таблиця 3

Вживаність (%) пацієнтів, в залежності від ступеня резидуальності пухлини

Загальна виживаність						
R	Час спостереження (міс.)					Достовірність, p
	6*&^	12*&^	24*	36*	48*^	
0	97,6±3,3	85,4±8,6	77,7±10,8	64,4±13,3	45,5±16,1	*pR0-R1>0,05. pR0-R1<0,05.
1	97,4±3,6	86,9±7,7	69,0±11,1	53,3±13,1	31,1±15,9	&pR0-R3>0,05. pR0-R3<0,05.
2	99,4±0,9	85,4±4,2	47,7±6,2	23,4±5,9	17,6±6,2	^pR1-R2>0,05. pR1-R2<0,05.
Безрецидивна виживаність						
R	Час спостереження (міс.)					Достовірність, p
	6*&^	12*	24	36	48	
0	85,7±7,6	79,4±9,3	67,2±12,1	52,3±14,3	29,4±16,8	*pR0-R1>0,05. pR0-R1<0,05.
1	89,7±6,9	73,4±10,2	37,2±12,7	23,2±12,3	-	&pR0-R3>0,05. pR0-R3<0,05.
2	77,2±4,7	45,0±5,7	17,7±4,7	4,4±3,7	-	^pR1-R2>0,05. pR1-R2<0,05.

Згідно з отриманими результатами, для загальної виживаності не виявлено відмінності виживаності для хворих з R0 та R1 на усіх досліджуваних інтервалах. З 24-го місяця спостереження достовірно вища виживаність у хворих з відсутністю резидуального пухлинного навантаження після оперативного втручання та R2 – на 36-му місяці спостереження 64,4 % та 17,7 % пацієнтів, що вижили, відповідно. Визначено

вищу загальну виживаність у пацієнтів з R1 у порівнянні з R2: на 36-му місяці спостереження 23,2 % та 4,4 %, відповідно.

Згідно з статистичним аналізом отриманих даних встановлено: з 24-го місяця спостереження безрецидивна виживаність хворих з відсутністю резидуального пухлинного навантаження після оперативного втручання значно вища в порівнянні з пацієнтами R1

та R2: так на 36-му місяці спостереження відсоток хворих, що вижили, становить 52,3 % при R0 для R1 та R2 23,2 % та 4,4 %, відповідно.

Визначення ступеня диференціації пухлини G та її вплив на загальну та безрецидивну виживаність пацієнтів при РЯ III стадії.

Аденокарцинома G1 відзначена у 73 пацієнтів, G2 визначається у 29 хворих, G3 – у 33 пацієнтів, відповідно. Отже, у структурі пацієнтів найбільше хворих з високодиференційованими пухлинами – 54,1 %, найменше – з помірnodиференційованими – 21,5 % (рис. 7).

Визначено показник кумулятивної виживаності пацієнтів (рис. 8), в залежності від G для загальної

кількості пацієнтів, та проведено аналіз показників загальної виживаності.

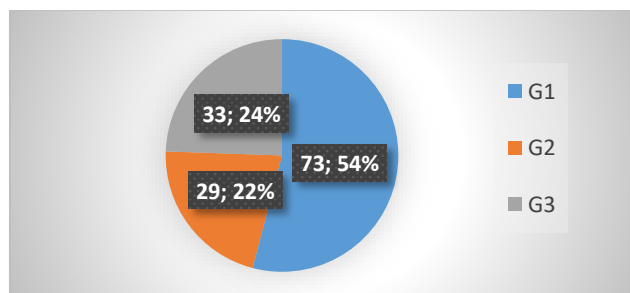


Рис. 7. Розподіл хворих на РЯ III стадії в залежності від ступеня диференціації.

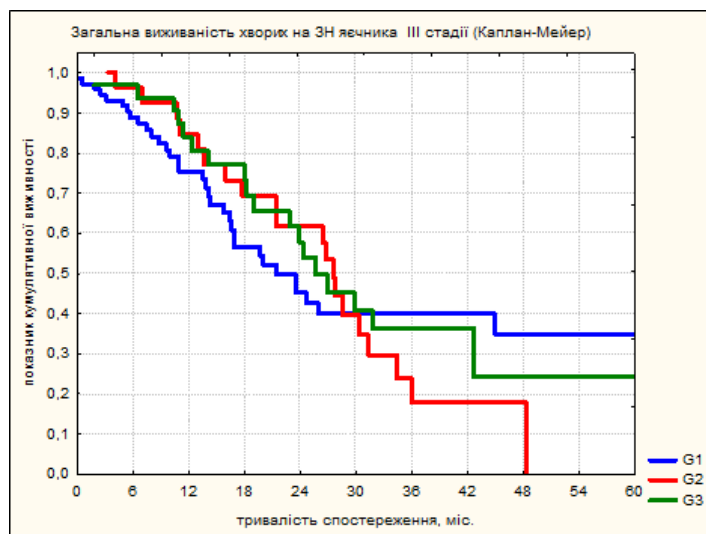


Рис. 8. Загальна виживаність пацієнтів з РЯ III стадії, в залежності від ступеня диференціації.

Обговорення результатів. Згідно з отриманими результатами, на більшості інтервалів дослідження вища загальна виживаність відзначається у хворих з високим ступенем диференціювання: так на 3-му році спостереження у пацієнтів з G1 виживаність становить 37,4 %, що на 0,7 % та 13,7 % більше в

порівнянні з G3 та G2 відповідно. При подальшому спостереженні 5-ти річна виживаність при G1 складає 19,7 %, що на 11,8 % більше в порівнянні з хворими, у яких низькодиференційовані пухлини. Не залишилося пацієнтів з помірnodиференційованими пухлинами (табл. 4).

Таблиця 4

G	Загальна виживаність (%) пацієнтів, в залежності від ступеня диференціації пухлини						Достовірність, p
	Час спостереження (міс.)						
	6 [^]	12 [^]	24 [^]	36 ^{&}	48 ^{&}	60	
1	88,5±3,8	74,7±5,5	44,8±7,0	37,4±7,3	30,1±8,0	19,7±10,3	*pG1-G2>0,05. pG1-G2<0,05.
2	96,4±3,6	84,8±7,0	61,5±9,6	23,7±9,3	7,9±9,1		& pG1-G3>0,05. pG1-G3<0,05.
3	96,9±3,0	84,0±6,6	58,2±9,3	36,7±9,7	23,8±10,7	7,9±9,8	[^] pG2-G3>0,05. pG2-G3<0,05.

Згідно з статистичним аналізом отриманих даних встановлено: до 36-го місяця спостереження загальна виживаність хворих з високодиференційованими пухлинами нижча в порівнянні, ніж у пацієнтів з пухлинами помірnodиференційовані. Проте, починаючи з 3-го року спостереження – вищі показники загальної виживаності у пацієнтів саме з високодиференційованими пухлинами в порівнянні з помірnodиференційованими. На 60-му місяці спостереження не залишилося хворих з помірnodиференційованими пухлинами.

Достовірно вища до 24-го місяця спостереження загальна виживаність хворих з низькодиференційованими пухлинами в порівнянні з високодиференційованими, з 36-го місяця спостереження не виявлено різниці виживання хворих даних дослідних груп, проте на 60-му місяці спостереження достовірно вищі показники загальної виживаності при високодиференційованих пухлинах.

Встановлено з 36-го місяця спостереження вищі показники виживання у хворих з

помірнодиференційованими пухлинами в порівнянні з низькодиференційованими.

У подальшому – визначено вплив ступеня диференціювання пухлини на безрецидивну виживаність

хворих на РЯ III стадії та обраховано кумулятивну виживаність пацієнтів (рис. 9).

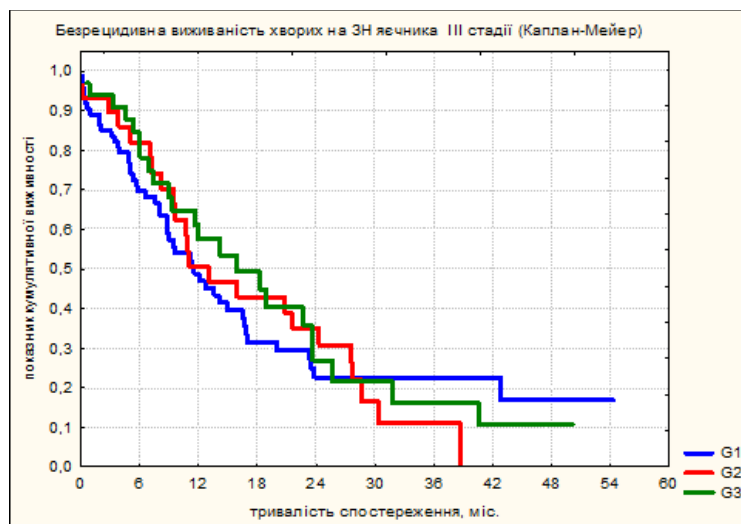


Рис. 9. Безрецидивна виживаність пацієнтів з РЯ III стадії, в залежності від ступеня диференціації.

Згідно з отриманими результатами, з 36-го місяця дослідження вища безрецидивна виживаність відзначається у хворих з високим ступенем диференціювання: так, на 48-му місяці спостереження безрецидивна виживаність хворих з високодиференційованими

пухлинами становить 11,2 %, що на 3,5 % більше порівняно з низькодиференційованими пухлинами. Не залишилося пацієнтів з помірнодиференційованими пухлинами (табл. 5).

Таблиця 5

Безрецидивна виживаність (%) пацієнтів, в залежності від ступеня диференціації пухлини

G	Час спостереження (міс.)						Достовірність, p
	6 [^]	12 ^{*^}	24 ^{&^}	36 ^{&^}	48 ^{&}	60	
1	69,0±5,5	48,4±6,1	22,7±5,7	19,1±5,9	11,2±6,1	-	*pG1-G2>0,05. pG1-G2<0,05.
2	81,8±7,4	50,6±9,8	34,7±9,4	9,7±6,8	-	-	& pG1-G3>0,05. pG1-G3<0,05.
3	81,3±6,9	57,6±9,0	28,2±9,0	17,3±8,2	7,76,5	-	[^] pG2-G3>0,05. pG2-G3<0,05.

Згідно з статистичним аналізом отриманих даних встановлено: до 48-го місяця спостереження не визначено достовірної різниці безрецидивної виживаності хворих з високо та помірнодиференційованими пухлинами. На 48-му місяці спостереження не залишилося пацієнтів з пухлинами помірного ступеня диференціювання.

Достовірно вища до 24-го місяця спостереження безрецидивна виживаність хворих з низькодиференційованими пухлинами в порівнянні з високодиференційованими, з 36-го місяця спостереження не виявлено різниці виживання хворих даних дослідних груп.

Встановлено ідентичні показники виживання у хворих з помірнодиференційованими пухлинами в порівнянні з низькодиференційованими.

Висновки. Встановлено, що на сучасному етапі недостатньо ефективною залишається терапія хворих на рак яєчника III стадії. Сучасні методи лікування хворих супроводжуються низькою 5-річною виживаністю, що вимагає вивчення додаткових факторів прогнозу для індивідуалізації лікування. Починаючи з 4-го року спостереження, вища загальна виживаність

– на 14,1 % у пацієнтів, що отримали оперативне втручання з наступною ад'ювантною хіміотерапією, в порівнянні з хворими, які отримували додатково неоад'ювантні курси ПХТ. На 5-му році спостереження залишилися тільки ті пацієнти, які отримали оперативне втручання наступними курсами хіміотерапії в ад'ювантному режимі ($p < 0,05$). Починаючи з 24-го місяця – значно вища безрецидивна виживаність у пацієнтів, які не отримували додатково неоад'ювантні курси хіміотерапії: на 3-му році спостереження у пацієнтів, яким проведена операція з наступною ад'ювантною хіміотерапією, безрецидивна виживаність становить 17,9 %, що на 10,5 % більше в порівнянні з хворими, які отримали додатково неоад'ювантні курси хіміотерапії. Виділено клінічні та морфологічні фактори, пов'язані з виживаністю хворих на рак яєчника III стадії. До негативних факторів прогнозу належить R2: пацієнти без залишкової резидуальної пухлини мають 3-ти річну загальну виживаність 64,4 %, що на 41 % більше у порівнянні з R2, відповідно ($p < 0,05$). При відсутності залишкової резидуальної пухлини 3-річна безрецидивна виживаність складає 52,3 % натомість для R1 та R2 – 23,2 % та

4,4 %, відповідно, без прогресії хвороби ($p < 0,05$). Проведена оцінка прогностичного значення ступеню диференціації пухлини на загальну та безрецидивну виживаність у хворих на РЯ. До сприятливих факторів прогнозу належить висока ступінь диференціації пухлин: 5-ти річна загальна виживаність при високодиференційованих пухлинах складає 19,7 %, що на 11,8 % більше в порівнянні з хворими, у яких низькодиференційовані пухлини. Не залишилося пацієнтів з помірнодиференційованими пухлинами ($p < 0,05$). 4-річна безрецидивна виживаність при високодиференційованих пухлинах складає 11,2 %, що на 3,5 % більше порівняно з низькодиференційованими пухлинами. Не залишилося пацієнтів з помірнодиференційованими пухлинами ($p < 0,05$).

References:

1. Bazarynskaaya TV. Sovremenyu vzglyad na etyologiyu y patogenez raka yaychnykov. Mezhdunarodnyy medytsynskyy zhurnal. 2018; 24(1):64-67.
2. Zhuk EG. Sovremennyye kontseptsyy v dyagnostyke raka yaychnykov. Onkologicheskyy zhurnal. 2020; 14(4):118-128.
3. Kolesnik OO, Rybin AI. Prognozuvannya efektyvnosti likuvannya khvorykh na rak yayechnykv. Aktualni pytannya pediatriyi, akysherstva ta ginekologiyi. 2017; 2:40-46.
4. Rybin AI, Demidchik RJ. Yakist znyttya khvorykh na rak yayechnykv pislya provedenoyi tsytoreduktivnoyi khirurgiyi ta khimioterapiyi. Aktualni problemy transpotnoyi medytsyny: navkolyshnye seredovyshe; profesiynе zdorovya, patologiya. 2018; 4:59-63.
5. Svinsitsky VS, Nespryadko SV, Renkas OP. Suchasni rekomendatsiyi diagnostyky ta likyvannya epitelialnogo raku yayechyka. Onkologiya. 2019; 21(3):192-199.
6. Tkachenko OI, Rybin AI, Kuznetsova OV. Prospektivne doslidzhennya klinichnoyi efektyvnosti dyferentsiyovanogo likuvannya raku yajechnykv. Odeskyy medychy zhurnal. 2017; 3:45-51.
7. Tsandekova MP. Sovremennyye predstavlenyya o faktorakh prognoza pry rake yajchyka. Uspehy sovremennoy nauky y obrazovannya. 2016; 6(11):99-106.
8. Yakovtsova II, Oliynuk AY, Danylyk SV. Sushasni uyavlenyya pro vak yayechnykv. Visnyk Vinnytskogo natsionalnogo medychnogo universytetu. 2019; 23(1):178-183.
9. Choi JI, Park SB, Han BH. Imaging features of complex solid and multicystic ovarian lesions: proposed algorithm for differential diagnosis. Clin. Imaging. 2016; 40(1):46-56.
10. Chow S, Karam A. Role of sentinel lymph node biopsy for gynecologic cancers. Curr Opin Obstet Gynecol. 2022; 34(1): 15-19.
11. Kaijser J. Towards an evidence-based approach for diagnosis and management of adnexal masses: findings of the International Ovarian Tumour Analysis (IOTA) studies. Facts Views Vis. Obgyn. 2015; 7(1):42-59.
12. Kehoe S. Primary chemotherapy versus primary surgery for newly diagnosed advanced ovarian cancer (CHORUS): an open-label, randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet. 2015; 386:249-257.
13. Kossai M, Leary A, Scoazec JY, Genestie C. Ovarian Cancer: A Heterogeneous Disease. Pathobiology. 2018; 85(1-2):41-49.
14. Matulonis UA. Ovarian Cancer. Hematol Oncol Clin North Am. 2018; 32(6):13-14.
15. Mirza MR. Niraparib maintenance therapy in platinum-sensitive, recurrent ovarian cancer. N. Engl. J. Ned. 2016; 375(22):2154-2164.
16. O'Malley DM. New Therapies for Ovarian Cancer. J Natl Compr Canc Netw. 2019; 17(5):619-621.
17. Penny SM. Ovarian Cancer: An Overview. Radiol Technol. 2020; 91(6):561-575.
18. Sehouli J, Grabowski JP. Surgery in recurrent ovarian cancer. Cancer. 2019; 125(24):4598-4601.
19. Simon PL. Endocrine therapy in epithelial ovarian cancer. Expert Review Anticancer Therapy. 2017; 17:109-117.
20. Vergote I, Harter P, Chiva L. Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy does not improve survival in advanced ovarian cancer. Cancer. 2019; 125(24):4594-4597.
21. Webb PM, Jordan SJ. Epidemiology of epithelial ovarian cancer. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2017; 41:3-14.

UDC 616-037+616-006.6+618.11

SURVIVAL RATES FOR STAGE 3 OVARIAN CANCER

I.T. Drin^{1,2}

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Department of Oncology;

²Municipal non-profit enterprise «Precarpathian Clinical Oncology Center of Ivano-Frankivsk Regional Council» Ivano-Frankivsk, Ukraine, ORCID ID: 0000-0002-9311-7341, e-mail: drin3050@gmail.com

Abstract. Introduction. At the present stage, the therapy of patients with stage 3 ovarian cancer remains insufficiently effective. Modern methods of treatment of patients are accompanied by low survival, which requires the study of additional prognostic factors to individualize treatment.

Methods. The study is based on the results of treatment of 136 patients with stage 3 ovarian cancer. The three- and five-year overall and recurrence-free survival of ovarian cancer patients, in correlation with treatment and prognosis, namely, histological type of tumor, degree of tumor differentiation, and tumor resuscitation after surgery, was studied and evaluated.

Results. In the structure of ovarian cancer stage 3 for 2014-2019 in Ivano-Frankivsk region a three-year overall survival is 34%, recurrence-free survival is 17%. It was found that no patient with R1-R2 lived without recurrence for 4 years. Patients without residual tumor have a four-year recurrence-free survival (29.4%). Adenocarcinoma G1 was observed in 73 patients, G2 was detected in 29 patients, G3 – respectively in 33 patients. Thus, most patients suffered from highly differentiated tumors

(54.1%), 21.5% of patients had moderately differentiated carcinoma.

Conclusions. The work was carried out according to the plan of scientific research of the Ivano-Frankivsk National Medical University (IFNMU) and is a part of the planned scientific theme of the Department of Oncology: state registration number: 0121U109033; 2021-2026 "Individualization of the treatment of cancer of the reproductive system and gastrointestinal tract by studying prognostic factors and improving diagnostic methods." The author is a direct executor of a fragment of research work. It was found that starting from the 4th year of follow-up, the overall survival was higher by 14.1% in patients who received surgery followed by adjuvant chemotherapy compared with patients who received additional neoadjuvant PCT treatment cycles ($p<0.05$). Starting from the 24th month, a significantly higher recurrence-free survival was among the patients who did not receive additional neoadjuvant chemotherapy; in the 3rd year of follow-up the recurrence-free survival was 17.9% among patients who underwent surgery with subsequent adjuvant chemotherapy, which is 10.5% more than among patients who received additional neoadjuvant courses of chemotherapy. Clinical and morphological factors related to the survival of patients with

stage 3 ovarian cancer have been identified. Negative prognostic factors include R2: 64.4% of patients with R0 have a three-year overall survival, which is 41% higher than in R2, respectively ($p<0.05$). In case of R0, the three-year recurrence-free survival is 52.3%, while for R1 and R2 it is 23.2% and 4.4%, respectively, without disease progression ($p<0.05$). The prognostic value of G for overall and recurrence-free survival in patients with ovarian cancer was assessed. Favorable prognostic factors include G1: five-year overall survival in case of G1 is 19.7%, which is 11.8% higher than in patients with G3. There were no patients with G2 ($p<0.05$). The four-year recurrence-free survival of G1 is 11.2%, which is 3.5% higher than in case of G3. There were no patients with G2 ($p<0.05$).

The relapse-free survival of patients with low-differentiated tumors is significantly higher up to the 24th month of observation compared to highly differentiated tumors, from the 36th month of observation, no difference in the survival of patients of the research groups was found.

Keywords: ovarian cancer, risk factors, survival of cancer patients.

Стаття надійшла в редакцію 11.05.2022 р.

Стаття прийнята до друку 27.09.2022 р.