



Рак яичников: современное состояние проблемы

¹О.И. Полунченко; ²И.Н. Рудык, к.мед.н., доцент; ²А.С. Шатковская, к.мед.н., доцент;

³Л.Н. Брындиков, к.мед.н., доцент, главный врач;

³Т.В. Закрыжевская, заведующая аналитическим центром

¹Хмельницкий городской перинатальный центр

²Кафедра акушерства и гинекологии ФПО Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³Хмельницкий областной онкологический диспансер

Проведен мониторинг показателей заболеваемости раком яичников в Хмельницкой области за период 2004-2014 гг. Анализ данных показал, что заболеваемость на 100 тыс. женщин в регионе такая же, как в среднем по Украине. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу от 45 до 75 лет (средний возраст 60 лет). Пятилетняя выживаемость больных в области колеблется от 59,4 до 60,8% и не отличается от таковой по стране в целом. Эти данные свидетельствуют о необходимости усиления санитарно-просветительской работы среди женщин региона и активизации онкологических профосмотров.

Ключевые слова: рак яичников, заболеваемость, смертность, пятилетняя выживаемость.

Проблема диагностики и лечения новообразований яичников является одной из самых трудных и актуальных в онкогинекологии. В разных странах мира заболеваемость и смертность от рака яичников имеет тенденцию к повышению. Согласно статистическим данным МЗ Украины, за 2013 г. частота рака яичников составляет 17,2 на 100 тыс. женщин и находится на четвертом месте в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов. Смертность вследствие рака яичников занимает первое место среди злокачественных опухолей женских половых органов и пятое – среди причин смерти от общей онкологической патологии у женщин [1-5]. Показатель летальности до года после установления диагноза при злокачественных новообразованиях яичника в среднем по Украине достигает 25,2%. Подавляющее большинство случаев рака яичников диагностируется у пациенток в постменопаузе, средний возраст больных составляет 63 года.

Установлено, что риск развития рака яичников тесно связан с функциональной активностью половых желез. Факторами, повышающими вероятность развития опухолей яичников, являются:

- отсутствие беременности и родов в анамнезе;
- раннее начало менструации;
- позднее наступление менопаузы;
- отказ от грудного вскармливания;

- заместительная гормональная терапия в период постменопаузы;
- кисты, доброкачественные опухоли, воспалительные заболевания яичников.

Немаловажную роль играют и факторы, связанные с образом жизни женщины. Постоянный стресс, плохой сон, курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание – все это негативно сказывается на состоянии репродуктивной системы женщины и способствует развитию онкологического заболевания. Также на развитие рака яичников влияют факторы окружающей среды. Выявлено, что в странах с высокоразвитой индустрией наблюдается наибольшее количество случаев этого заболевания, однако определенной прямой зависимости уровня заболеваемости от длительности контакта с промышленными онкогенными веществами не отмечено. Хотя большая часть случаев рака яичников возникает спорадически, роль наследственной предрасположенности в развитии заболевания не вызывает сомнений. Если в семье женщины имеется один случай рака яичников, риск заболевания составляет 4-5%, а при двух случаях заболевания – около 7%.

Несмотря на высокую чувствительность многих современных методов диагностики, их специфичность недостаточна для дифференциации доброкачественного и злокачественного процессов в яичниках, что не может обеспечить эффективный



скрининг для раннего выявления рака. По данным литературных источников, в 70-75% случаях рак яичников диагностируется лишь на III-IV стадиях. В Украине у 58,5% женщин заболевание выявляется в запущенной стадии, при этом во время профилактических осмотров онкологический процесс обнаруживают в 23,3% случаев.

Затруднения диагностики ранних стадий рака яичников связаны прежде всего с неспецифическими клиническими проявлениями начала заболевания. Первые признаки процесса зачастую остаются незамеченными. Это могут быть незначительные нарушения менструального цикла, дискомфорт внизу живота, повышенная утомляемость. Только после достижения опухолью значительных размеров появляются яркие клинические симптомы, связанные в основном с интоксикацией и нарушением функционирования соседних органов. Правильно установленная стадия заболевания позволяет определить объем необходимого лечения, а также является важным прогностическим фактором. Распространение злокачественных опухолей яичников происходит следующим образом:

- I стадия – процесс ограничен одним или обоими яичниками;
- II стадия – опухоль поражает один или оба яичника, распространяется на матку, маточные трубы или другие органы малого таза;
- III стадия – опухоль поражает один или оба яичника с внутрибрюшинными метастазами за пределами таза и/или метастазами в лимфоузлах, капсуле печени;
- IV стадия – имеются отдаленные метастазы.

В 60-85% случаев на стационарное лечение больные поступают с запущенными формами заболевания, что отрицательно сказывается на отдаленных результатах лечения. Именно поэтому любые исследования по изучению диагностики, лечения рака яичников, эпидемиологии заболевания, в т.ч. в отдельных регионах Украины, являются актуальными.

Нами проведен мониторинг показателей заболеваемости раком яичников, летальности до года с момента установления диагноза, а также 5-летней выживаемости; изучена частота встречаемости IV стадии заболевания, уровень охвата специальным лечением (отдельно комбинированным), а также смертности на 100 тыс. женщин в Хмельницкой области за период с 2004 до 2014 г. (табл. 1).

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что заболеваемость раком яичников в области на 100 тыс. женщин колеблется от 13 в 2006 до 18,8 в 2012 г. Амплитуда колебаний этих показателей является незначительной, расхождения со средними данными по Украине – несущественными.

Частота выявляемости IV стадии рака яичников в регионе несколько ниже, чем по стране в целом. Можно предположить, что рост показателей в 2007 и 2014 гг. объясняется снижением обращаемости женщин за медицинской помощью в связи с ухудшением социальных условий жизни в эти годы.

Летальность больных раком яичников до одного года после установления диагноза в Хмельницкой области существенно не отличается от таковой по Украине. Такой же вывод можно сделать и относительно показателя 5-летней выживаемости.

Таблица 1. Мониторинг показателей заболеваемости раком яичников за период 2004-2014 гг. по Хмельницкой области и по Украине в целом

Показатель	Годы											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	
Заболеваемость на 100 тыс. женщин	15,5 15,2	17,7 15,5	13,0 15,3	15,0 15,6	15,1 15,5	16,1 15,3	16,2 15,8	17,3 16,6	18,8 17,1	17,3 17,2	17,7 -	
IV стадия, %	7,1 16,2	7,9 15	6,5 14,6	10,2 14,5	4,8 13,8	7,1 13,3	6,3 13,2	3,6 14,2	7,2 12,8	5,2 13,2	10,1 -	
Летальность до года	32,1 32	32,1 34,8	36,5 32,2	27,4 29,9	25,9 31,9	27,9 28,4	28,6 28,6	26,5 27	22,3 27,3	26,4 25,2	23,3 -	
5-летняя выживаемость	60,4 61,2	60,7 -	62,5 62	60,9 62,6	61,2 -	61,1 63,4	60,4 64,0	60,8 64,2	59,6 64,4	59,4 64,4	58,2 -	
Охват специальным лечением, %	83,9 79,7	88,1 81	82,6 81,2	84,3 82	78,8 81	81,3 81,9	83 81,9	83,9 82,4	84,8 82,6	86,2 82	84 -	
Охват комбинированным лечением, %	64,9 62	70,3 64	76,3 65,3	69,2 65,7	65,8 62,9	71,4 65,4	68,8 65,5	71,3 65,8	73,6 65,5	74 68,2	70 -	
Летальность на 100 тыс. женщин	10 10	11,9 9,6	9,5 9,3	7,8 9,2	8,7 9,6	9,6 9,5	8,9 9,9	9,7 9,6	10,4 9,7	8,4 9,8	9,6 -	
Охват онкопрофосмотрами, %	23,2 21,5	15,1 22,5	18,5 23,3	17,6 21,9	20,2 22,3	15,2 22,5	19,6 23,7	22,3 22,2	17,6 25,3	13,8 23,3	21,8 -	

По Хмельницкой обл.

По Украине

*Данные по Украине за 2014 г. не опубликованы.



Таблица 2. Количество больных раком яичников в зависимости от возраста

Возраст, лет	До 14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	> 85
К-во пациенток	3	16	42	135	278	305	336	165	14
Частота, %	0,23	1,24	3,25	10,44	21,5	23,7	26,6	12,8	1,09

За период с 2004 по 2014 г. нами на учет взято 1293 больных со злокачественными опухолями яичников. Распределение пациенток по возрасту представлено в таблице 2.

Из приведенных в таблице 2 данных видно, что пик заболеваемости злокачественными новообразованиями яичников приходится на возраст от 45 до 75 лет. Средний возраст составляет 60 лет, что совпадает с данными, приводимыми большинством авторов [2, 3, 5].

Выявляемость больных с I-II стадией онкопроцесса яичников на протяжении указанного периода составила от 24,8 в 2005 до 48% в 2008 г. (табл. 3). Эти колебания, вероятно, зависят от обращаемости пациенток за медицинской помощью.

Таблица 3. Распределение больных по стадиям за период с 2004 по 2014 г.

Годы	I-II стадия, n (%)	III стадия, n (%)	IV стадия, n (%)
2004	42 (41)	55 (55)	5 (4)
2005	30 (24,8)	81 (67)	10 (8,2)
2006	32 (36,3)	50 (56,8)	6 (6,9)
2007	34 (32,7)	59 (56,7)	11 (10,6)
2008	48 (47)	49 (48)	5 (5)
2009	37 (33,5)	65 (60)	8 (6,5)
2010	48 (43,2)	56 (50,4)	7 (6,4)
2011	43 (39,1)	63 (57,3)	4 (3,6)
2012	44 (36,4)	68 (56,2)	9 (7,4)
2013	36 (33)	67 (61,5)	6 (5,5)
2014	47 (41,6)	54 (48,7)	12 (9,7)

Как следует из таблицы 3, в большинстве случаев была диагностирована III-IV стадия заболевания. Превалирование больных с запущенными формами рака яичников объясняется низкой выявляемостью заболеваний при онкологических профосмотрах. По данным наших наблюдений, этот показатель по годам колеблется от 13,8 до 23,2%.

Низкую выявляемость заболевания на ранних стадиях можно объяснить недостаточным охватом женского населения онкологическими профосмотрами в регионе. Последний показатель зависит от социальных изменений, произошедших за годы независимости Украины: исчезновение организованных коллективов на фабриках и заводах в связи с их закрытием, ликвидация фельдшерско-акушерских пунктов и участковых больниц в сельской местности, отсутствие страховой медицины, а следовательно, и отсутствие заинтересованности частных предпринимателей в организации онкологических профосмотров наемных работников.

В современных условиях у больных раком яичников применяются хирургические, химиотерапевтические и лучевые методы лечения, основной из которых – хирургический. При наличии злокачественной опухоли яичника производят надвлагалищную ампутацию или радикальное удаление матки с одновременным удалением придатков и большого сальника. Полное удаление матки осуществляется при сопутствующих патологических процессах во влагалищной части шейки матки. Двустороннее удаление придатков матки обусловлено тем, что чаще всего процесс рано или поздно захватывает оба яичника. Резекция сальника обязательна, так как он является наиболее частым объектом метастазирования рака яичников.

После операций назначают обычно 2-4 курса химиотерапии. Показания к проведению лечения химиотерапевтическими препаратами следующие:

- профилактика метастазов и рецидивов, проводимая после радикальной операции;
- ликвидация оставшихся очагов опухоли и мелких диссеминатов после нерадикальной операции;
- стабилизация роста опухоли с целью последующего выполнения радикальных операций после паллиативных хирургических вмешательств и диагностических лапаротомий;
- временная стабилизация и продление жизни больной при запущенных стадиях заболевания;
- предоперационная подготовка с целью создания более благоприятных условий для проведения операции.

Следует отметить, что при раке яичников лучевое лечение как самостоятельный метод малоэффективно и применяется в комбинации с оперативным и химиотерапевтическим. В представленном исследовании уровень охвата пациенток специальным лечением аналогичен среднеукраинскому. Процент охвата комбинированным лечением (оперативное вмешательство + медикаментозная терапия химиопрепаратами или лучевая терапия) несколько выше, чем по стране в целом. Комбинированное лечение проведено на ранних стадиях заболевания (Ia, Ib, Ic, IIa). При эпителиальных опухолях выполняли пангистерэктомию или надвлагалищную ампутацию матки с придатками и экстирпацию сальника. В послеоперационном периоде больные получили от 4 до 6 курсов адьювантной полихимиотерапии. При гранулезоклеточном раке лечение дополняли телегамматерапией. Исключение составили пять молодых (в возрасте от 18 до 25 лет) нерожавших пациенток, которым с целью сохранения детородной функции были выполнены органосохраняющие операции в виде односторонней аднексэктомии с биопсией второго яичника и большого сальника.



Из них две женщины страдали дисгерминомой и три – серозно-папиллярной аденокарциномой. В послеоперационном периоде они получали полихимиотерапию (от 3 до 6 курсов). По истечении одного года, на протяжении которого эти больные использовали контрацепцию, четыре женщины забеременели, успешно выносили беременность и родили здоровых доношенных детей. В послеродовом периоде признаков рецидива не выявлено. Наблюдение за данными пациентками продолжается, поскольку они входят в группу высокого риска.

При распространенных стадиях рака яичников (IIb, IIc, III) выполнено оперативное вмешательство в полном объеме с последующей полихимиотерапией от 4 до 6 курсов. У 27 больных циторедукция при операции была неполной, поэтому после проведенных курсов полихимиотерапии и по истечении 9-12 мес выполнена промежуточная циторедукция с последующими 3-4 курсами химиотерапии.

При асцитной форме III и IV стадий у пациенток молодого возраста при сохранении удовлетворительного общего состояния по возможности выполняли билатеральную аднексэктомию, экстирпацию сальника с проведением в послеоперационном периоде полихимиотерапии. В случаях тяжелого общего состояния (выраженная раковая интоксикация, общая слабость, анемия) и распространенности заболевания (отдаленные метастазы, прорастание в смежные органы) больным проводили симптоматическое лечение и паллиативную химиотерапию.

Выводы

Заболеваемость злокачественными опухолями яичников в Хмельницкой области, несмотря на возросшие возможности их диагностики и лечения, остается стабильно высокой. На момент выявления заболевания по-прежнему преобладает III-IV стадия процесса. Показатели летальности больных раком яичников до 1 года после установления диагноза, а также смертности на 100 тыс. женщин остаются высокими как в Украине, так и в области. Пятилетняя выживаемость пациенток со злокачественными опухолями яичников в области находится на уровне среднего показателя по стране. Вышеприведенные данные свидетельствуют о необходимости усиления санитарно-просветительской работы среди женщин региона и активизации онкологических профосмотров.

Список использованной литературы

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – СПб.: Медицина. – 1989. – С. 384-420.

2. Бондарь Г.В. и др. Избранные лекции по клинической онкологии. – Луганск, 2009. – С. 527-548.

3. Диагностика и лечение рака яичников: современные аспекты: Практическое руководство / под. ред. В.А. Горбуновой – М.: Мед. информ. агентство, 2011. – 247 с.

4. Гипарик Я.В. и др. Онкогинекология. – 2005. – С. 9-21.

5. Kamangar F., Dores G.M., Anderson W.F. Patterns of cancer incidence, mortality and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world // J. Clin. Oncol. – 2006. – V. 24. – № 14. – Н. 2137-2150.

Рак яєчників: сучасний стан проблеми

О.І. Полунченко, І.М. Рудик, А.С. Шатковська, Л.Н. Бриндіков, Т.В. Закрижевська

Проведено моніторинг показників захворюваності на злоякісні пухлини яєчників в Хмельницькій області за період 2004-2014 рр. Аналіз даних показав, що захворюваність на 100 тис. жінок в регіоні така ж, як в середньому по Україні. Пік ураження злоякісними пухлинами яєчників припадає на вікову групу пацієток від 45 до 75 років (середній вік 60 років). П'ятирічна виживаність хворих на рак яєчників в області коливається від 59,4 до 60,8% і суттєво не відрізняється від такої по країні. Ці дані свідчать про необхідність посилення санітарно-просвітницької роботи серед жінок регіону та активізації онкологічних профоглядів.

Ключові слова: рак яєчників, захворюваність, смертність, п'ятирічна виживаність.

Ovarian cancer: current state of the problem

O.U. Polunchenko, I.M. Rudyk, A.S. Shatkovska, L.N. Bryndikov, T.V. Zakryzhevska

The morbidity rate of malignant ovarian tumors in Khmelnytsky region during 2004-2014 was monitored. The analysis showed that the incidence rate per 100 thousand of female population in our region is the same as Ukrainian average. The peak of lesions with malignant ovarian tumors falls on group of patients from 40 to 75 years old (the average age of patients is 60 years). The five-year survival rate of patients in our region ranges from 59,4 to 60,8% and does not differ significantly from the same rate in Ukraine. This data suggests the need to strengthen health education among women in the region and enhance cancer prophylactic examinations.

Keywords: malignant ovarian tumors, morbidity, the death rate, five-year survival.