

Соловьев И.А., Цыпурдеева А.А., Васильченко М.В., Гребеньков В.Г.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА РАКА ЯИЧНИКОВ С ИМПЛАНТАЦИОННЫМ МЕТАСТАЗОМ В ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ И ИНВАЗИЕЙ В ПРЯМУЮ КИШКУ У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

- occipital artery and ascending pharyngeal artery from a common trunk from the cervical segment of internal carotid artery. *Surg Radiol Anat.* 2006; 28: 650-653. doi: 10.1007/s00276-006-0145-5.
4. Small JE, Harrington J, Watkins E. Prevalence of arterial branches arising from the extracranial internal carotid artery on CT angiography. *Surg Radiol Anat.* 2014; 36: 789-93. doi: 10.1007/s00276-013-1246-6.
  5. Busch K, Chandra R, Buckenham T et al. Detection of anomalous cervical internal carotid artery branches by colour duplex ultrasound. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2017; 53: 776-782. doi: 10.1016/j.ejvs.2017.03.008.
  6. Seidel K. Arteriographische Beobachtung einer seltenen Carotis-anomalie. *Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed.* 1965; 103: 390-391.
  7. Livini F. The type and normal variations della carotis externa. *Arch Ital Biol.* 1903; 39: 486-487.
  8. Czerwinski F. Variability of the course of external carotid artery and its rami in man in the light of anatomical and radiological studies. *Folia Morphology.* 1981; 4: 449-454.
  9. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. — М.: Медицина, 2001. [Kovanov VV. Operativnaja hirurgija i topograficheskaja anatomija. M.: Medicina. 2001. (In Russ).]
  10. Bowen JC, Garcia M, Garrard CL, et al. Anomalous branch of the internal carotid artery maintains patency distal to a complete occlusion diagnosed by duplex scan. *J Vasc Surg.* 1997; 26: 164-167.
  11. Hayashi N, Hori E, Ohtani Y, et al. Surgical anatomy of the cervical carotid artery for carotid endarterectomy. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2005; 45: 25-29. doi: 10.2176/nmc.45.25.
  12. Карлсон Б. Основы эмбриологии по Пэттену. — М.: Мир, 1983. [Karlson B. Osnovy jembriologii po Pjettenu. M.: Mir. 1983. (In Russ).]
  13. Покровский А.В. Клиническая ангиология. — М.: Медицина. — 2004. — Т1. [Pokrovskij V. Klinicheskaja angiologija. M.: Medicina. 2004. T 1. (In Russ).]
  14. Lasjaunias P, Berenstein A, ter Brugge K (2001) Surgical neuroangiography, vol. 1, 2nd edn. Functional anatomy of craniofacial arteries. Springer, Berlin Heidelberg New York. pp 165-223, 370-378.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА РАКА ЯИЧНИКОВ С ИМПЛАНТАЦИОННЫМ МЕТАСТАЗОМ В ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ И ИНВАЗИЕЙ В ПРЯМУЮ КИШКУ У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Соловьев И.А.<sup>1</sup>, Цыпурдеева А.А.<sup>2</sup>,  
Васильченко М.В.<sup>2</sup>, Гребеньков В.Г.\*<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Городская Мариинская больница»,  
Санкт-Петербург

<sup>2</sup> ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская  
академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург

DOI: 10.25881/20728255\_2021\_16\_3\_112

**Резюме.** Рак яичников занимает третье место в структуре онкогинекологической заболеваемости и лидирует в структуре смертности женщин. Такая ситуация обусловлена поздней диагностикой, о чем свидетельствует тот факт, что более чем у 70,0% пациенток при первичном обращении диагностируются распространенные формы рака. Циторедуктивные операции при раке яичника с распространением на соседние органы малого таза, переднюю брюшную стенку приводят к изменениям в зоне хирургического вмешательства, соотношению анатомических структур и необходимости модификации обычного хирургического подхода.

Представлено наблюдение успешного комбинированного хирургического лечения рецидивного рака яичников у пациентки 20 лет с метастазом в переднюю брюшную стенку и инвазией опухоли в толстую кишку. Выполнение комбинированной операции при рецидиве рака яичников с резекцией толстой кишки и передней брюшной стенки может способствовать продлению жизни пациентки молодого возраста.

**Ключевые слова:** рак яичников, рецидивный рак яичников, циторедуктивная операция, оптимальная циторедукция, полихимиотерапия.

### Обзор литературы

Рак яичников (РЯ) занимает 3 место в структуре онкогинекологической заболеваемости и превалирует в структуре смертности у женщин, что обусловлено

### A CLINICAL CASE OF SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT OVARIAN CANCER WITH IMPLANTATION METASTASES IN THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL AND INVASION OF THE RECTUM IN A YOUNG PATIENT

Solovyov IA.<sup>1</sup>, Tsyurdeeva AA.<sup>2</sup>, Vasilchenko M.V.<sup>2</sup>, Grebenkov V.G.\*<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mariinsky Hospital, St. Petersburg

<sup>2</sup> S.M. Kirov Military medical academy, St. Petersburg

**Abstract.** Ovarian cancer ranks third in the structure of onco-gynecological morbidity and leads in the structure of mortality in women. This situation is due to late diagnosis, as evidenced by the fact that more than 70.0% of patients are diagnosed with advanced forms of cancer at the initial treatment. Cytoreductive operations in ovarian cancer with the spread to neighboring pelvic organs, the anterior abdominal wall lead to changes in the area of surgical intervention, the ratio of anatomical structures and the need to modify the usual surgical approach.

The article presents a case of successful combined surgical treatment of recurrent ovarian cancer in a 20-year-old patient with metastasis to the anterior abdominal wall and invasion of the tumor into the colon. The presented clinical case of performing a combined operation for recurrent ovarian cancer with resection of the colon and anterior abdominal wall may contribute to the prolongation of survival in a young patient.

**Keyword:** ovarian cancer, recurrent ovarian cancer, cytoreductive surgery, optimal cytoreduction, polychemotherapy.

поздним обращением пациенток за медицинской помощью и, в связи с этим, поздней диагностикой заболевания. Это подтверждается данными современной литературы: более чем у 70,0% пациенток

при первичном обращении диагностируются распространенные формы РЯ [1–3]. Первоначальное лечение РЯ IС–IV стадий включает в себя хирургическое вмешательство с последующей химиотерапией. При

e-mail: grebenkov\_89@mail.ru

этом результат хирургического лечения в значительной степени определяет прогноз и отдаленные результаты лечения [4].

В настоящее время до конца не решен вопрос необходимости выполнения вторичной циторедуктивной операции у пациенток с рецидивом РЯ. По результатам исследований DESKTOP III ( $n = 407$ , 2017) было выявлено, что только полная вторичная циторедуктивная операция значительно улучшает результаты лечения: медиана выживаемости без прогрессирования опухоли первой группы пациенток, которым выполнялось первым этапом хирургическое вмешательство, составила 21,2 мес., во второй группе больных, которые получали только химиотерапевтическое лечение — 14,0 мес. ( $p < 0,0001$ ). В этом исследовании данные по общей выживаемости исследованию не представлены [5].

В то же время, результаты крупного рандомизированного исследования GOG-213 ( $n = 485$ , 2018) не подтвердили данные исследования DESKTOP III: медиана выживаемости у пациенток первой группы составила 18,2 мес., а во второй группе — 16,5 мес. При этом в первой группе медиана общей выживаемости составила 53,6 мес., во второй — 65,7. Различия были статистически незначимыми. Такие противоречивые данные двух серьезных исследований обусловлены тем, что в DESKTOP III были представлены четкие критерии включения пациенток в исследование, в то время как в группе GOG-213 они отсутствовали [7–11].

Представленные результаты крупных исследований не дают однозначный ответ о необходимости выполнения вторичных циторедукций. По причине отсутствия конкретных критериев включения в группы исследования, результаты GOG-213 вызывают сомнения и в настоящее время многими исследователями подвергаются критике [22; 23]. В ближайшем будущем окончательные результаты исследования DESKTOP III должны прояснить роль вторичных циторедукций при РЯ. Кроме того, в настоящее время проходит еще одно крупное рандомизированное исследование SOC1, посвященное изучению роли хирургического лечения при рецидивах РЯ. Публикация результатов ожидается в конце 2021 г.

В то же время достоверно известно, что только полная вторичная циторедукция улучшает результаты лечения больных с платиночувствительными рецидивами РЯ [21–23]. Хирургическое удаление опухоли у таких пациенток создает «плацдарм» для дальнейшей лекарственной терапии, что невозможно у больных

резистентными к химиотерапии формами заболевания. Вероятность достижения полной циторедукции при платинорефрактерном РЯ минимальна [13; 20]. Таким образом, повторные циторедуктивные операции вносят большой вклад в лечение рецидивов РЯ, однако следует принимать во внимание наличие принципа «все или ничего» — любая резидуальная опухоль после вторичной циторедукции нивелирует пользу от её проведения. Это подчеркивает важность тщательного отбора пациенток для выполнения повторных циторедуктивных операций [16–19].

По данным литературы у 5,0–32,0% пациенток при развитии рецидива РЯ отмечаются изолированные метастазы [10–15]. Пациентки с такими рецидивами РЯ могут быть «идеальными кандидатами» для выполнения вторичных циторедуктивных вмешательств, так как в этих случаях отсутствуют канцероматоз и метастазы внутренних органов, которые зачастую препятствуют достижению полной циторедукции. Изучению оптимальных подходов к лечению этой категории пациенток было посвящено несколько работ. Результаты наиболее крупного исследования, посвященного изучению оптимальных подходов в лечении РЯ у пациенток с изолированными рецидивами были представлены М. Petrillo et al. в 2013 г. ( $n = 220$ ), А. Ferrero et al. в 2014 г. ( $n = 73$ ). В анализ включались пациентки, у которых по данным исследований отмечалось метастатическое поражение только 1 анатомической зоны и не более 3 лимфатических узлов. Медиана выживаемости после выполнения полной вторичной циторедукции составила 63 мес. у пациенток с изолированным поражением лимфатических узлов, у пациенток с поражением брюшины — 41 мес., при наличии метастазов в печени — 24 мес. ( $p = 0,001$ ). На основании этих исследований можно сделать вывод, что вторичная циторедукция показала хорошие результаты лечения у пациенток с изолированным рецидивом РЯ и характеризуется относительно благоприятным прогнозом [4–7].

Таким образом, проблема лечения больных рака яичников является актуальной в настоящее время. Несмотря на проводимые хирургические операции и химиотерапию, частота развития рецидива остается прежней. Статья посвящена изучению роли вторичных циторедуктивных вмешательств при рецидивах рака яичников [24; 25].

Больная А., 30 лет, поступила в клинику военно-морской хирургии

Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова 26.10.2020 г. для выполнения хирургического вмешательства с диагнозом направления: «Рак левого яичника рТЗсNxM1 (per, oth) IV ст. Операция от 19.03.2020 г. диагностическая лапароскопия, эвакуация асцита, конверсионная нижнесрединная лапаротомия, аднексэктомия, резекция правого яичника, оментэктомия, иссечение инфильтрата передней брюшной стенки, биопсия брюшины, выскабливание полости матки (ГИ №30160 от 02.04.2020 г. — муцинозная аденокарцинома яичника на фоне пограничной муцинозной опухоли с метастазами в брюшине и сальнике). ПХТ по схеме FOLFOX №6 от 24.04.2020 г. по 01.07.2020 г. Прогрессирование, местный рецидив опухоли, метастаз в левую подвздошную область передней брюшной стенки. Операция от 24.07.2020 г. — диагностическая лапароскопия, биопсия брюшины Дугласова пространства, иссечение рубца передней брюшной стенки. Гистероскопия. Биопсия эндометрия. (ГИ №2799 от 24.07.2020 г. — рубец: фрагменты фиброзно-мышечной ткани с множественными метастазами аденокарциомы, инвазией в капиллярное русло). ПХТ по схеме FOLFOX №3 с 13.08.2020 г. Прогрессирование: канцероматоз. ПХТ по схеме ТС №6 с Бевацизумабом с 04.12.2020 г. Прогрессирование, метастаз опухоли в левую подвздошную область передней брюшной стенки с инвазией в прямую кишку».

При поступлении предъявляла жалобы на образование в левой подвздошной области, боль в этой области при движении.

Из анамнеза заболевания известно, что в 2017 г. выполнена цистовариоэктомия слева, иссечение эндометриоидного инфильтрата. В марте 2020 г. при плановом УЗИ выявлено образование малого таза и 19.03.2020 г. выполнена лапароскопия, эвакуация асцита, конверсия доступа, аднексэктомия, резекция правого яичника, оментэктомия, иссечение инфильтрата передней брюшной стенки, биопсия брюшины, выскабливание полости матки. (Гистологическое заключение — муцинозная аденокарцинома яичника с mts в брюшине и сальник). С 24.04.2020 г. проводилась ПХТ по схеме FOLFOX №6, на фоне которой диагностирован полный регресс. При плановом обследовании выявлен рецидив опухоли и 24.07.2020 г. выполнена диагностическая лапароскопия, биопсия большого сальника, Дугласова пространства, иссечение рубца передней брюшной стенки. Гистероскопия. (гисто-

Соловьев И.А., Цыпурдеева А.А., Васильченко М.В., Гребеньков В.Г.  
 КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА РАКА ЯИЧНИКОВ С ИМПЛАНТАЦИОННЫМ  
 МЕТАСТАЗОМ В ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ И ИНВАЗИЕЙ В ПРЯМУЮ КИШКУ У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

логическое заключение — фрагменты фиброзно — мышечной ткани с множественными метастазами аденокарциномы). С 13.08.2020 г. выполнено 3 цикла I линии по схеме FOLFOX, на фоне которой выявлено прогрессирование: канцероматоз. Проведена ПХТ по схеме ТС №6 с Бевацизумабом с 04.12.2020 г. С 16.10.2020 г. по 26.10.2020 г. проходила обследование в клинике ВМХ. Результаты обследования:

ФКС от 20.10.2020 г. — осмотрена вся толстая кишка. На уровне 8,0 см от ануса экзогенная деформация шаровидной формы, диаметром до 3,0 см с неизменной слизистой на поверхности, плотноэластичное, несмещаемое. Слизистая оболочка розовая, блестящая.

УЗИ мягких тканей левой подвздошной области 16.10.2020 г. — в левой подвздошной области подкожно лоцируется неоднородное образование до 4,8 см в диаметре с жидкостными включениями.

КТ груди и живота от 22.10.2020 г. — определяется мягкотканое образование передней брюшной стенки левой подвздошной области с неровными бугристыми контурами, неравномерно накапливающее контрастное вещество,

размерами 66×62×55 мм. Образование вовлекает левые наружную и внутреннюю косые мышцы живота, подкожно-жировую клетчатку, интимно прилежит к проксимальным отделам сигмовидной кишки, к левой большой поясничной мышце без сохранения жировой прослойки. Фиброзные изменения в S8 левого легкого.

МРТ малого таза от 19.10.2020 г. — в левой подвздошной области определяется объемное образование размерами 61×43×44 мм неоднородной структуры за счет наличия мелких кистовидных участков. Распространяется на мышцы и подкожную жировую клетчатку передней брюшной стенки и левую подвздошно-поясничную мышцу. Вероятнее всего имеется распространение на серозную оболочку нисходящего участка ободочной кишки. Левый яичник не визуализируется, правый размерами 42×24×30 мм (Рис. 1).

Пациентка неоднократно обращалась в различные онкологические стационары города, где ей в хирургическом лечении было отказано. Учитывая наличие рецидива опухоли яичника, отсутствие отдаленных метастазов, бесперспективность консервативной терапии, риск раз-

вития осложнений (распад опухоли, параканкротный абсцесс, внутрибрюшное кровотечение) согласно клиническим рекомендациям по лечению РЯ больной выполнено оперативное лечение в объеме полной (оптимальной) циторедукции.

Под эндотрахеальным наркозом 27 октября 2020 г. выполнена операция в объеме экстирпация матки с придатками, левосторонняя гемиколектомия с наложением анастомоза, тазовая перитонэктомия, резекция участка передней брюшной стенки вместе с опухолью, пластика дефекта брюшной стенки сетчатым антиадгезивным трансплантатом. Во время операции канцероматоз не подтвержден, в смывах из брюшной полости опухолевых клеток не выявлено.

Интраоперационный и окончательный вид операционной раны с пластикой дефекта передней брюшной стенки сетчатым антиадгезивным трансплантатом представлен на рисунке 2.

Макропрепарат представлен на рисунке 3.



Рис. 1. МРТ брюшной полости и малого таза. В левой подвздошной области — объемное образование размерами 61×43×44 мм, распространяющееся на мышцы и подкожную жировую клетчатку передней брюшной стенки и левую подвздошно-поясничную мышцу (выделено кругом).

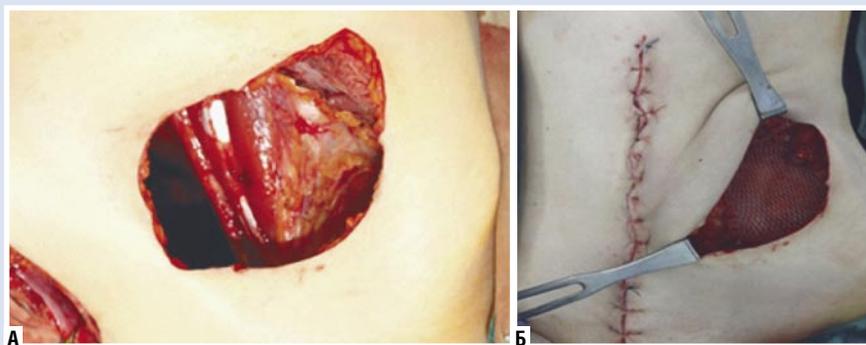


Рис. 2. А — вид послеоперационной раны после удаления метастаза; Б — пластика дефекта передней брюшной стенки сетчатым антиадгезивным трансплантатом в области иссечения метастаза.

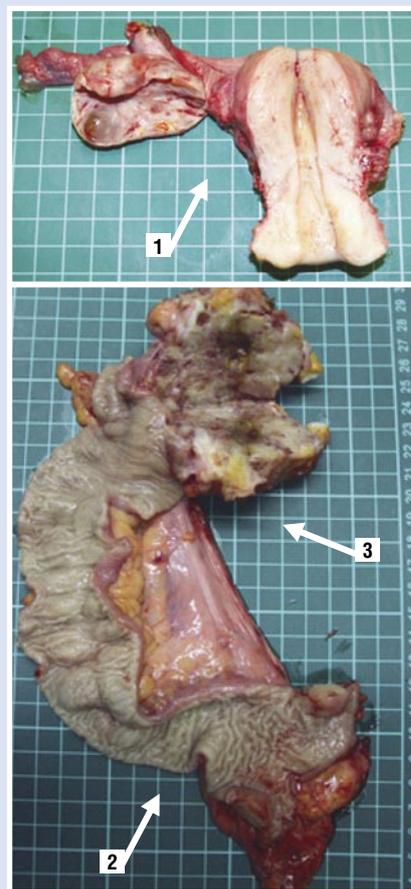
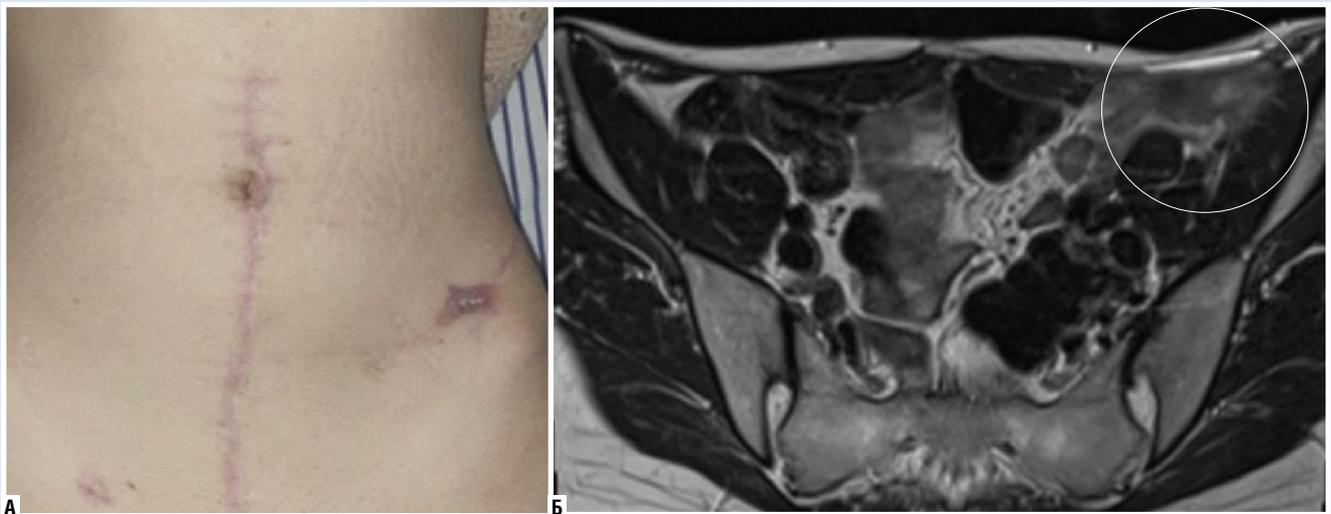


Рис. 3. Макропрепарат. Удаленная матка с правым придатком (1), левая половина толстой кишки (2) с участком передней брюшной стенки и удаленным метастазом (3).



**Рис. 4.** А — общий вид послеоперационных рубцов через шесть месяцев после оперативного вмешательства. Б — МРТ области операции через шесть месяцев после оперативного лечения (антиадгезивный трансплантат выделен кругом).

Результат патогистологического исследования макропрепарата: Серозная карцинома high-grade в виде опухолевых фокусов в большом сальнике — 5 мм в наибольшем измерении, в передней брюшной стенке — 3 см в параректальной жировой клетчатке с прорастанием в слизистую оболочку прямой кишки — 3 см. Кольца резекции из аппарата, края резекции с макропрепарата вне опухоли. Mts в 2 из 7 регионарных лимфоузла. 5 лимфоузлов из клетчатки, запирающей ямки справа, 3 лимфоузла из клетчатки запирающей ямки слева без метастазов.

Течение послеоперационного периода без осложнений. Из области установки сетчатого трансплантата на протяжении 2 недель 1 раз в 3 суток пункционно эвакуировали серому объемом от 20 до 60 мл. Дренаж из брюшной полости удален на четвертые сутки. Раны зажили первичным натяжением, с срединной раны сняты швы на 10 сутки после операции, раны левой подвздошной области — на 14 сутки.

Пациентка была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на 16 сутки послеоперационного периода. После операции проводилось 6 циклов полихимиотерапии по схеме ТС (Карбоплатин+Паклитаксел)+Бевазизумаб. За время динамического наблюдения по данным МРТ малого таза от 03.04.2021 г. и КТ органов грудной полости и живота от 06.04.2021 г., данных за рецидив опухоли не выявлено. На передней брюшной стенке — окрепшие послеоперационные рубцы в зоне выполнения лапаротомии и

иссечения метастаза передней брюшной стенки, без признаков метастазирования. Данных за послеоперационную вентральную грыжу не выявлено. При оценке физических и психологических показателей качества жизни с применением опросника EORTC QLQ-C30 отмечено значительное улучшение всех параметров в сравнении с дооперационным периодом. Окончательный вид послеоперационных рубцов представлен на рисунке 4.

#### Заключение

Лечение рецидивов РЯ остается в настоящее время одной из наиболее актуальных проблем онкогинекологии. Общеизвестно, что больные с рецидивом РЯ являются неизлечимыми, но правильно выбранная тактика лечения может позволить существенно улучшить прогноз заболевания, продлить общую выживаемость и сохранить качество жизни. Представленный клинический случай выполнения комбинированной операции при рецидиве рака яичников с резекцией толстой кишки и участка передней брюшной стенки у пациентки молодого возраста является наглядным примером выше изложенного.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).**

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). М., 2018. — 250 с. [Kaprin AD, Starinsky VV, Petrova GV. Malignant neoplasms

in Russia in 2017 (morbidity and mortality). Moscow, 2018. 250 p. (In Russ).]

- Peres LC, Cushing-Haugen KL, Köbel M, et al. Invasive Epithelial Ovarian Cancer Survival by Histotype and Disease Stage. *J Natl Cancer Inst.* 2019; 111(1): 60-68. doi:10.1093/jnci/djy071.
- Henderson JT, Webber EM, Sawaya GF. Screening for Ovarian Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2018; 319(6): 595-606. doi:10.1001/jama.2017.21421.
- Armstrong DK, Alvarez RD, Bakkum-Gamez JN, et al. Ovarian Cancer, Version 2.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2021; 19(2): 191-226. doi:10.6004/jnccn.2021.0007.
- du Bois A, Reuss A, Pujade-Lauraine E, Harter P, Ray-Coquard I, Pfisterer J. Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials: by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO). *Cancer.* 2009; 115(6): 1234-1244. doi:10.1002/cncr.24149.
- Chi DS, Eisenhauer EL, Zivanovic O, et al. Improved progression-free and overall survival in advanced ovarian cancer as a result of a change in surgical paradigm. *Gynecol Oncol.* 2009; 114(1): 26-31. doi:10.1016/j.ygyno.2009.03.018.
- Harter P, Muallem ZM, Buhmann C, et al. Impact of a structured quality management program on surgical outcome in primary advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2011; 121(3): 615-619. doi:10.1016/j.ygyno.2011.02.014.
- Harter P, Sehouli J, Lorusso D, et al. A Randomized Trial of Lymphadenectomy in Patients with Advanced Ovarian Neoplasms. *N Engl J Med.* 2019; 380(9): 822-832. doi:10.1056/NEJMoa1808424.

9. Chan JK, Urban R, Hu JM, et al. The potential therapeutic role of lymph node resection in epithelial ovarian cancer: a study of 13918 patients. *Br J Cancer*. 2007; 96(12): 1817-1822. doi:10.1038/sj.bjc.6603803.
10. Paik ES, Lee YY, Shim M, et al. Timing and patterns of recurrence in epithelial ovarian cancer patients with no gross residual disease after primary debulking surgery. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2016; 56(6): 639-647. doi:10.1111/ajo.12529.
11. Fotiou S, Aliko T, Petros Z, et al. Secondary cytoreductive surgery in patients presenting with isolated nodal recurrence of epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2009; 114(2): 178-182. doi:10.1016/j.ygyno.2009.04.025.
12. Gadducci A, Cosio S, Zizioli V, et al. Patterns of Recurrence and Clinical Outcome of Patients With Stage IIIc to Stage IV Epithelial Ovarian Cancer in Complete Response After Primary Debulking Surgery Plus Chemotherapy or Neoadjuvant Chemotherapy Followed by Interval Debulking Surgery: An Italian Multicenter Retrospective Study. *Int J Gynecol Cancer*. 2017; 27(1): 28-36. doi:10.1097/IGC.0000000000000843.
13. Legge F, Petrillo M, Adamo V, Pisconti S, Scambia G, Ferrandina G. Epithelial ovarian cancer relapsing as isolated lymph node disease: natural history and clinical outcome. *BMC Cancer*. 2008; 8: 367. doi:10.1186/1471-2407-8-367.
14. Petrillo M, Fagotti A, Ferrandina G, et al. Ovarian cancer patients with localized relapse: clinical outcome and prognostic factors. *Gynecol Oncol*. 2013; 131(1): 36-41. doi:10.1016/j.ygyno.2013.06.020.
15. Blanchard P, Plantade A, Pagès C, et al. Isolated lymph node relapse of epithelial ovarian carcinoma: outcomes and prognostic factors. *Gynecol Oncol*. 2007; 104(1): 41-45. doi:10.1016/j.ygyno.2006.06.039.
16. Тюляндин С.А., Коломиец Л.А., Морхов К.Ю., Нечушкина В.М., Покатаев И.А., Тюляндина А.С., Урманчеева А.Ф., Хохлова С.В. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака яичников, первичного рака брюшины и рака маточных труб. Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO. — 2018. — №3(2). — С.145-155. [Tyulyandin SA, Kolomiets LA, Morkhov KYu, Nechushkina VM, Pokataev IA, Tyulyandina AS, Urmancheeva AF, Khokhlova SV. Practical recommendations for the drug treatment of ovarian cancer, primary peritoneal cancer and fallopian tube cancer. *Malignant tumors: Practical recommendations of RUSSCO*. Moscow, 2018. 145-155 p. (In Russ).]
17. Harter P, Sehouli J, Reuss A, et al. Prospective validation study of a predictive score for operability of recurrent ovarian cancer: the Multicenter Intergroup Study DESKTOP II. A project of the AGO Kommission OVAR, AGO Study Group, NOGGO, AGO-Austria, and MITO. *Int J Gynecol Cancer*. 2011; 21(2): 289-295. doi:10.1097/IGC.0b013e31820aaafd.
18. Jänicke F, Hölscher M, Kuhn W, et al. Radical surgical procedure improves survival time in patients with recurrent ovarian cancer. *Cancer*. 1992; 70(8): 2129-2136. doi: 10.1002/1097-0142(19921015)7-0:8<2129::aid-cnrc2820700820>3.0.co;2-u.
19. Morris M, Gershenson DM, Wharton JT. Secondary cytoreductive surgery in epithelial ovarian cancer: nonresponders to first-line therapy. *Gynecol Oncol*. 1989; 33(1): 1-5. doi:10.1016/0090-8258(89)90593-3.
20. Harter P, du Bois A, Hahmann M, et al. Surgery in recurrent ovarian cancer: the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie (AGO) DESKTOP OVAR trial. *Ann Surg Oncol*. 2006; 13(12): 1702-1710. doi:10.1245/s10434-006-9058-0.
21. Ferrero A, Ditto A, Giorda G, et al. Secondary cytoreductive surgery for isolated lymph node recurrence of epithelial ovarian cancer: a multicenter study. *Eur J Surg Oncol*. 2014; 40(7): 891-898. doi:10.1016/j.ejso.2013.11.026.
22. Нечушкина В.М., Морхов К.Ю., Тюляндина А.С., Николаенко Л.О., Танделов Р.К., Румянцев А.А., Абдурагимова З.Т., Гаджиев А.А., Кузнецов В.В., Нечушкин М.И., Файнштейн И.А., Тюляндин С.А. Повторные циторедуктивные вмешательства при раке яичников. Злокачественные опухоли. — 2018. — №8(3). — С.42-46. [Nechushkina VM, Morkhov KYu, Tyulyandina AS, Nikolaenko LO, Tandelov RK, Rumyantsev AA, Abduragimova ZT, Gadzhiev AA, Kuznetsov VV, Nechushkin MI, Feinstein IA, Tyulyandin SA. Repeated cytoreductive interventions for ovarian cancer. *Malignant tumours*. 2018; 8(3): 42-46. (In Russ).]
23. Machida H, Tokunaga H, Matsuo K, et al. Survival outcome and perioperative complication related to neoadjuvant chemotherapy with carboplatin and paclitaxel for advanced ovarian cancer: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol*. 2020; 46(5): 868-875. doi:10.1016/j.ejso.2019.11.520.
24. Uzan C, Morice P, Rey A, et al. Outcomes after combined therapy including surgical resection in patients with epithelial ovarian cancer recurrence(s) exclusively in lymph nodes. *Ann Surg Oncol*. 2004; 11(7): 658-664. doi:10.1245/ASO.2004.11.023.
25. Santillan A, Karam AK, Li AJ, et al. Secondary cytoreductive surgery for isolated nodal recurrence in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2007; 104(3): 686-690. doi:10.1016/j.ygyno.2006.10.020.