

Р.А. Грицик¹<https://orcid.org/0000-0003-3592-2606>**В.В. Тимофіїв¹**<https://orcid.org/0000-0002-7660-0251>**Ю.В. Стинський²**<https://orcid.org/0009-0000-4500-4054>**Ю.Д. Партикевич²**<https://orcid.org/0000-0003-1166-5940>**А.Є. Крижанівська^{1,2}**<https://orcid.org/0000-0001-7720-7374>¹ Івано-Франківський національний медичний університет,² КНП “Прикарпатський клінічний онкологічний центр Івано-Франківської обласної ради”, Івано-Франківськ, УкраїнаDOI: <https://doi.org/10.15407/oncology.2026.02.127>

ФАКТОРИ ПРОГНОЗУ БЕЗПОСЕРЕДНИХ І ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКА ІІІ–ІV СТАДІЇ

Мета: провести оцінку загальної та безрецидивної виживаності пацієнтів із раком яєчника (РЯ) ІІІ–ІV стадії та визначити ключові фактори, що впливають на безпосередні й віддалені результати лікування хворих цієї когорти. **Об’єкт і методи:** одноцентрове ретроспективне когортне дослідження 247 пацієток із РЯ стадій ІІІ–ІV, пролікованих у КНП “ПКОЦ ІФ ОР” у 2017–2023 роках. Залежно від проведеного лікування сформовано чотири групи: І–ІІ — первинна циторедуктивна операція з подальшими шістьма ад’ювантними циклами поліхіміотерапії (ПХТ) (групи І та ІІ відрізнялися за вихідним індексом перитонеального канцероматозу (PCI)); ІІІ — три неоад’ювантні цикли ПХТ, інтервальна циторедукція, ад’ювантна ПХТ; ІV — шість циклів ПХТ. Усі пацієнтки отримували наклітаксел + карбоплатин у 21-денному режимі. Первинні кінцеві точки: загальна та безрецидивна виживаність; оцінка відповіді — за RECIST 1.1; платинова чутливість класифікована як рефрактерна, резистентна або чутлива за стандартними часовими порогоми. **Результати:** із 247 пацієток із РЯ ІІІ–ІV стадій нечутливими до препаратів платини були 51: платинорефрактерні рецидиви спостерігали у 16 (5,5%), платинорезистентні — у 35 (14,2%), переважно з дебютом у черевній порожнині. Трирічна загальна виживаність становила: група ІІ — 39%, ІІІ — 41%, ІV — 18%. Трирічна безрецидивна виживаність: група ІІ — 21%, ІІІ — 20%, ІV — 6%. В якості негативних прогностичних факторів визначені вихідний PCI, радикальність операції (R0/R1/R2) і чутливість до препаратів платини, $p < 0,05$ (за відношенням шансів). **Висновки:** рекомендовано всім хворим на РЯ стадій ІІІ–ІV проводити комп’ютерну томографію з визначенням індексу перитонеального канцероматозу, залежно від рівня останнього приймати рішення щодо першого етапу терапії (хірургічне лікування чи неоад’ювантні курси хіміотерапії). Призначення 3 циклів неоад’ювантної ПХТ знижує PCI в 1,29 раза, скорочує тривалість проведення циторедукції без втрати радикальності та без збільшення інтра-/післяопераційних ускладнень, забезпечує у 92,4% випадків часткову відповідь або стабілізацію за RECIST 1.1 без погіршення якості життя та дає змогу ідентифікувати платинорефрактерних пацієток.

Ключові слова: рак яєчника, фактори ризику, променева діагностика, індекс перитонеального канцероматозу, неоад’ювантна поліхіміотерапія, циторедуктивна операція, загальна виживаність, безрецидивна виживаність.

Рак яєчника (РЯ) належить до найпоширеніших і найлетальніших злоякісних новоутворень жіночої репродуктивної системи. Щороку у світі діагностують близько 239000 нових випадків і ре-

єструють приблизно 152000 смертей, пов’язаних із РЯ. У європейських країнах це п’ята провідна причина смертності від злоякісних пухлин у жінок, що значною мірою пов’язано з пізнім встановленням

Ц и т у в а н н я: Грицик Р.А., Тимофіїв В.В., Стинський Ю.В., Партикевич Ю., Крижанівська А.Є. Фактори прогнозу безпосередніх і віддалених результатів комплексного лікування хворих на рак яєчника ІІІ–ІV стадії. Онкологія. 2026. 22, № 2. С. 127–132. <https://doi.org/10.15407/oncology.2026.02.127>

© РН “Akademperiodyka” of the NAS of Ukraine, 2026. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

діагнозу, переважно на III–IV стадіях, коли відзначається вже значна дисемінація процесу в черевній порожнині та у суміжних структурах [1–4].

Стандартна терапевтична стратегія при РЯ III–IV стадій передбачає первинну циторедуктивну операцію (primary cytoreductive (debulking) surgery, PDS), тобто максимально можливе видалення пухлинної маси з подальшим проведенням поліхіміотерапії (ПХТ) на основі карбоплатину та паклітакселу. Якщо виконання PDS на старті неможливе через тяжкий загальний стан або надмірну поширеність пухлини, застосовують неоад'ювантну хіміотерапію (НАХТ) для зменшення пухлинного навантаження з подальшою інтервальною циторедукцією (interval debulking surgery, IDS). Ключовим прогностичним чинником для виживаності визнано ступінь досягнутої радикальності хірургічного втручання.

Попри значний масив клінічних даних, питання переваг НАХТ лишається дискусійним. У рандомізованих контрольованих дослідженнях EORTC55971, SCORPION і JCOG0602 порівнювали тактику НАХТ з IDS проти традиційного підходу з PDS та ад'ювантною ПХТ у пацієток із FIGO III–IV, у яких імовірність повної резекції первинно вважали низькою [5–8]. Показано кращі безпосередні хірургічні результати при застосуванні НАХТ (менший обсяг і травматичність, нижча частота ранньої післяопераційної летальності), однак статистично значущої переваги за безрецидивною чи загальною виживаністю над PDS не виявлено. Дані серії досліджень AGO-OVAR засвідчили, що платинорезистентні рецидиви реєструють приблизно у 22,5% пацієток із РЯ, що й надалі обмежує ефективність лікування. Відтак посилюється інтерес до ідентифікації чинників, які визначають найближчі та віддалені результати терапії [9–12].

Мета роботи — оцінити загальну та безрецидивну виживаність у пацієток із РЯ III–IV стадій та визначити фактори, що впливають на найближчі та віддалені результати лікування хворих цієї категорії.

чі та віддалені результати лікування хворих цієї категорії.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовано найближчі результати (виникнення рецидивів під час лікування і в межах 6 міс. після його завершення), а також загальну й безрецидивну виживаність у пацієток із РЯ III–IV стадій, які отримували лікування в КНП “ПКОЦ ІФ ОР” у 2017–2023 роках.

До аналізу включено 247 пацієток із гістологічно підтвердженим РЯ III–IVB стадій. Середній вік пацієток складав $61,3 \pm 7,3$ роки. З огляду на включення матеріалів у науково-дослідну роботу кафедри онкології Івано-Франківського національного медичного університету, у кожної пацієнтки отримано письмову інформовану згоду на участь у дослідженні; протокол схвалено комісією з біоетики ІФНМУ. Усім пацієнткам визначали рівень онкомаркера СА-125 у сироватці крові перед початком терапії, перед кожним циклом хіміотерапії та під час подальшого диспансерного спостереження.

Обов'язковою складовою обстеження була комп'ютерна томографія (КТ) органів грудної клітки, черевної порожнини та малого таза з контрастуванням. КТ виконували на етапі первинної діагностики для розрахунку індексу перитонеального канцероматозу (peritoneal cancer index, PCI), через місяць після операції, у групі НАХТ — після 3 циклів терапії, а також кожні 12 тиж. протягом перших двох років після завершення лікування, надалі — раз на пів року.

За результатами КТ та значенням PCI пацієток розподілено на 4 групи: I група (51 пацієнтка) — PCI 0–10 балів, PDS; II група (69 пацієток) — PCI 11–20 балів, PDS; III група (ІІВ) (73 пацієнтки) — PCI 11–20 балів, IDS; IV група (54 пацієнтки) — PCI понад 21 бал. Дизайн дослідження представлено на *рис. 1*, характеристика пацієток різних груп — в *табл. 1*.

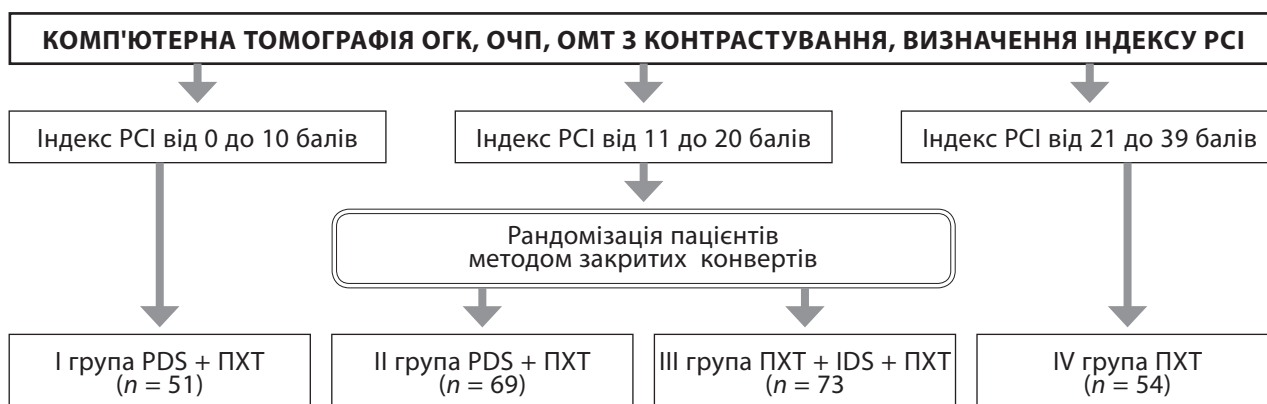


Рис. 1. Розподіл на групи пацієток із РЯ стадій III–IVB відповідно результатів розрахунку індексу перитонеального канцероматозу

Таблиця 1

Розподіл хворих на РЯ стадій III-IVB за клініко-патологічними характеристиками, *n* (%)

Характеристики	Групи хворих				
	I (<i>n</i> = 51)	II (<i>n</i> = 69)	III (<i>n</i> = 73)	IV (<i>n</i> = 54)	Всього (<i>n</i> = 247)
<i>Стадія РЯ відповідно до класифікації FIGO</i>					
IIIA	—	1 (1,4)	—	—	1 (0,4)
IIIB	2 (3,9)	5 (7,3)	3 (4,1)	—	10 (4,0)
IIIC	46 (90,2)	51 (73,9)	66 (90,4)	24 (44,4)	187 (75,7)
IVA	2 (3,9)	7 (10,1)	1 (1,4)	11(20,4)	21 (8,5)
IVB	1 (2)	5 (7,3)	3 (4,1)	19(35,2)	28 (11,4)
<i>Оцінка загального стану за шкалою ECOG</i>					
0	42 (82,4)	58 (84,1)	61 (83,6)	38 (70,4)	199 (80,6)
1	9 (17,6)	11 (15,9)	12 (16,4)	16 (29,6)	48 (19,4)
<i>Супутні захворювання</i>					
ССС	14 (27,4)	16 (23,2)	18 (24,6)	17 (31,5)	65 (26,3)
ШКТ	6 (11,8)	4 (5,8)	8 (11,0)	7 (13,0)	25 (10,1)
ЦД	2 (3,9)	3 (4,3)	2 (2,7)	5 (9,3)	12 (4,9)
Інші	9 (17,6)	11 (15,9)	10 (13,7)	13 (24,1)	43 (17,4)
<i>Об'єм циторедукції</i>					
R0	41 (80,4)	31 (44,9)	30 (41,1)	—	102 (52,8)
R1	9 (17,6)	27 (39,1)	34 (46,6)	—	70 (36,3)
R2	1 (2,0)	11 (15,9)	9 (12,3)	—	21 (10,9)
<i>Рівні онкомаркерів</i>					
CA-125, МО/мл	1261 ± 307	1544 ± 311	1791 ± 268	2103 ± 402	1674 ± 322
PEA, нг/мл	4,7 ± 1,1	3,9 ± 1,6	5,1 ± 1,8	4,7 ± 2,1	4,6 ± 1,7
HE4, пмоль/л	439 ± 107	572 ± 161	554 ± 138	609 ± 182	544 ± 147

Примітки: PEA — раково-ембріональний антиген; HE4 — онкомаркер Human epididymis protein 4; СССР — серцево-судинна система; ШКТ — шлунково-кишковий тракт; ЦД — цукровий діабет.

Пацієнткам I–III груп виконували хірургічні втручання, орієнтовані на досягнення максимально повної циторедукції. Після операції фіксували статус залишкової пухлини: R0 — повна відсутність макроскопічних залишків; R1 — наявність поодиноких дрібних вогнищ загальним розміром до 1 см; R2 — сумарний розмір залишкових уражень понад 1 см. Усі операції проводив сертифікований онкогінеколог.

Терапевтичні підходи за групами: у I та II групах після PDS призначали 6 циклів ПХТ; у III групі спершу проводили 3 цикли ПХТ, потім IDS і додатково 3–6 циклів ПХТ; у IV групі виконували 6 циклів паліативної ПХТ. Системну хіміотерапію здійснювали з інтервалом 21 день за схемою паклітаксел 175 мг/м² + карбоплатин AUC 6. Усі пацієнтки пройшли тестування на BRCA1/2; при виявленні мутацій рекомендовано підтримувальну терапію олапарибом.

Кількісні змінні подано як середнє ± стандартне відхилення; якісні — у вигляді абсолютної кількості (відсотків). Для порівняння кількісних показників у групах застосовували *t*-тест і *U*-критерій Манна–Уїтні; статистично значущими вважали відмінності при *p* < 0,05.

Оцінку виживаності здійснювали методом Каплана–Мейєра, що дозволяє враховувати особливості часових даних, включно з цензуруванням (випадками неповної інформації через вибуття зі спостереження). Відмінності між кривими оцінювали за допомогою критерію Гехана–Вілкоксона (GWT) для ранніх періодів та критерію Log-rank test (LRT) для віддалених інтервалів.

Для вивчення зв'язків між показниками використовували відносний ризик/відношення шансів, а також коефіцієнти кореляції: перші — для якісних змінних (номінальна шкала) з можливістю порівняння частот і кількісної оцінки асоціацій, другі — для пар, що включають щонайменше одну кількісну або напівкількісну змінну.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

До аналізу включено дані пацієнток із РЯ III–IV стадій, для яких наявні повні дані щодо проведеного лікування та подальшого спостереження. Загалом рецидиви захворювання було діагностовано у 211 (85,4%) пацієнток із 247 включених у дослідження. Найменша загальна кількість випадків рецидивів діагностована в групі I (у 33 пацієнток), найбільша — в групах II та III (відповідно у 61 та

Виникнення рецидивів РЯ у пацієнток груп I–IV, *n* (%)

Рецидиви	I група (<i>n</i> = 51)	II група (<i>n</i> = 69)	III група (<i>n</i> = 73)	IV група (<i>n</i> = 54)
Платинорефрактерні	3 (5,9%)	4 (5,8%)	5 (6,8%)	4 (7,4%)
Платинорезистентні	6 (11,8%)	9 (13,0%)	11 (15,0%)	9 (16,7%)
Платиночутливі	24 (47,1%)	48 (68,1%)	49 (67,1%)	39 (72,2%)
Всього (<i>n</i> = 247)	33 (64,7%)	61 (88,4%)	65 (89,0%)	52 (96,3%)

65 пацієнток). Нечутливою до препаратів платини виявилася 51 хвора на РЯ: платинорефрактерні рецидиви (рецидив під час проведення хіміотерапії) спостерігали у 16 (5,5%), платинорезистентні (до 6 міс. після завершення останнього циклу ПХТ) — у 35 (14,2%) хворих. Платиночутливі рецидиви (пізніше ніж через 6 міс. від останнього циклу ПХТ) відзначено у 160 (64,8%) хворих, які завершили лікування та перебували під наглядом: у 24 пацієнток групи I, у 48 пацієнток групи II, у 49 пацієнток групи III і 39 пацієнток групи IV. Детальний розподіл випадків рецидивів у пацієнток різних груп наведений в *табл. 2*.

За даними групового аналізу показників виживаності, у пацієнток групи I медіана загальної виживаності становила 44 міс., а медіана безрецидивної виживаності — 35 міс.; відповідні показники 3-річної виживаності сягали 69% та 51%. Максимальні значення досягали 71 міс. для загальної та 61 міс. для безрецидивної виживаності.

Порівняння показників пацієнток II та III груп продемонструвало близькі значення медіани загальної виживаності — 32 та 33 міс. відповідно;

3-річна загальна виживаність становила 39% у групі II та 41% у групі III, максимальна загальна виживаність складала 60 і 51 міс. відповідно. Медіана безрецидивної виживаності у пацієнток групи II дорівнювала 21 міс., групи III — 29 міс.; трирічні показники становили 21% та 20% відповідно, з максимальними значеннями 52 міс. в групі II та 44 міс. в групі III.

У пацієнток групи IV медіана загальної виживаності становила 22 міс., безрецидивної — 16 міс.; трирічні показники сягали 18% та 6% відповідно. Максимальна загальна виживаність складала 41 міс., безрецидивна — 36 міс.

Сумарно 3-річна загальна виживаність пацієнток із РЯ III–IV стадії в групі II становила 39%, в групі III — 41%, в групі IV — 18%. 3-річна безрецидивна виживаність дорівнювала 21% в II групі, 20% — в III та 6% — в IV групі.

У досліджуваних хворих нами були вибрані наступні фактори прогнозу: вихідний рівень PCI до початку лікування; обсяг хірургічного втручання (R0, R1, R2); чутливість пухлини до препаратів платини.

При оцінці відношення шансів для показника PCI встановлено наступне: порівняно з PCI 11–20 балів, інтервал PCI 0–10 асоціювався з підвищенням трирічної загальної виживаності у OR = 2,228 раз, $p > 0,05$; порівняно з PCI 21–39 балів, інтервал PCI 0–10 асоціювався з підвищенням трирічної загальної виживаності в OR = 2,913 раз, $p > 0,05$; порівняно з PCI 21–39 балів, інтервал PCI 11–20 асоціювався з підвищенням трирічної загальної виживаності в OR = 1,283 раз, $p < 0,05$; за об'єднаного порівняння PCI 0–20 проти 21–39 трирічна загальна виживаність зростала у OR = 1,772 раз, $p < 0,05$ (*рис. 2*).

Аналіз показників за обсягом хірургічного втручання засвідчив: радикальність R0 порівняно з R1 асоціювалася з вищою трирічною загальною виживаністю в OR = 1,211 раз, $p < 0,05$; радикальність R0 порівняно з R2 — в OR = 3,784 раз, $p < 0,05$; радикальність R1 порівняно з R2 — в OR = 3,125 раз, $p < 0,05$ (*рис. 3*).

Оцінюючи фактор чутливості пухлини до препаратів платини, встановлено, що платиночутливість порівняно з платинорезистентністю асоціювалася з підвищенням трирічної загальної виживаності в OR = 1,573 раз, $p < 0,05$. З огляду на те, що жодна пацієнтка з платинорефрактерним пе-

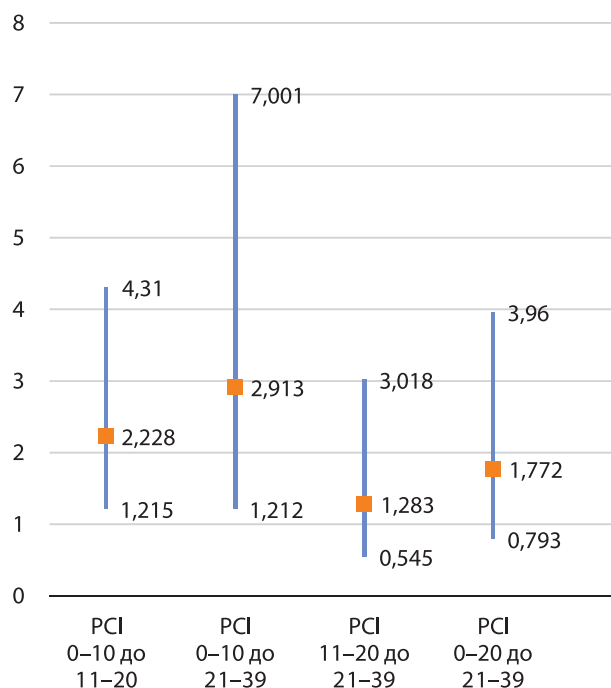


Рис. 2. Відношення шансів за фактором PCI (показник відношення шансів OR з 95% довірчим інтервалом)

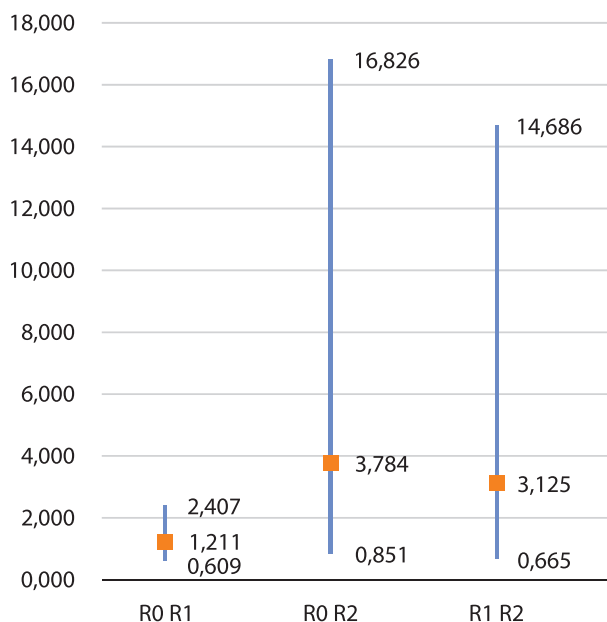


Рис. 3. Відношення шансів за фактором об'єм хірургічного втручання (показник відношення шансів OR з 95% довірчим інтервалом)

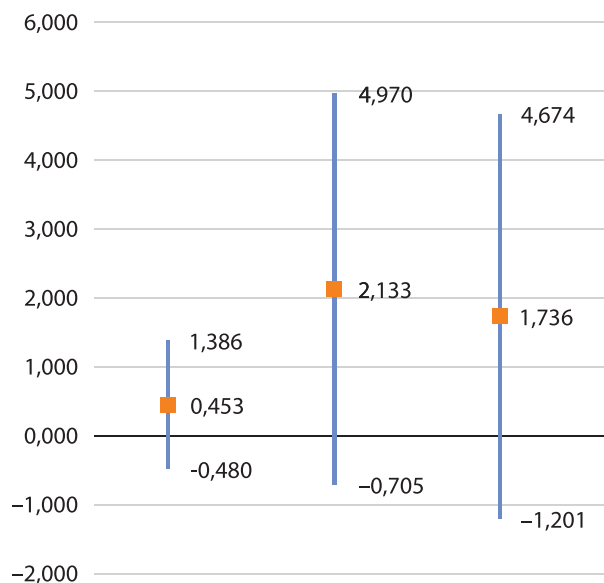


Рис. 4. Відношення шансів за фактором чутливості пухлини до препаратів платини (показник відношення шансів OR з 95% довірчим інтервалом)

ребігом не досягала трирічної загальної виживаності, для обчислення відношення шансів застосовано корекцію Гальдейна-Анскомба. За скоригованими даними, платиночутливий РЯ у порівнянні з платинорезистентним асоційований з підвищенням трирічної загальної виживаності в $OR = 8,436$ разів, $p < 0,05$, а платинорезистентний порівняно з платинорефрактерним — в $OR = 5,676$ разів, $p < 0,05$ (рис. 4).

У підсумку, за розрахунком відношення шансів OR встановлено, що до негативних факторів прогнозу належать високий рівень PCI на старті лікування, нижча радикальність циторедукції (R1/R2 відносно R0) та знижена чутливість пухлини до препаратів платини ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

1. Комп'ютерна томографія з визначенням індексу перитонеального канцероматозу PCI рекомендована всім хворим на поширений рак яєчника (стадії III–IV) для ухвалення обґрунтованого рішення щодо першого етапу терапії (хірургічне втручання або НАХТ).

2. Призначення 3 курсів НАХТ знижує PCI в 1,29 разів, що дозволяє скоротити тривалість циторедуктивної операції без зменшення її радикальності та без зростання частоти інтра- й післяопераційних ускладнень. Така тактика забезпечує часткову відповідь або стабілізацію процесу у 92,4% випадків за RECIST 1.1 без негативного впливу на якість життя і водночас сприяє своєчасному виявленню платинорефрактерних форм захворювання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Reid BM, Permuth JB, Sellers TA. Epidemiology of ovarian cancer: a review. *Cancer Biol Med* 2017; **14** (1): 9–32. doi: 10.20892/j.issn.2095-3941.2016.0084.
2. Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all cancer sites. European Cancer Information System. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/index.php>.
3. European Institute of Women's Health. Ovarian cancer: a silent killer. *Eurohealth*. <https://eurohealth.ie/policy-brief-women-and-ovarian-cancer-in-the-eu-2018/>.
4. Colombo N, Sessa C, du Bois A, et al. ESMO-ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. *Ann Oncol* 2019; **30** (5): 672–705. doi: 10.1093/annonc/mdz062.
5. Kehoe S, Hook J, Nankivell M, et al. Primary chemotherapy versus primary surgery for newly diagnosed advanced ovarian cancer (CHORUS): an open-label, randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet* 2015; **386** (9990): 249–57. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62223-6.
6. Vergote I, Trope CG, Amant F, et al. Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIC or IV ovarian cancer. *N Engl J Med* 2010; **363** (10): 943–53. doi: 10.1056/NEJMoa0908806.
7. Onda T, Satoh T, Saito T, et al. Comparison of treatment invasiveness between upfront debulking surgery versus interval debulking surgery following neoadjuvant chemotherapy for stage III/IV ovarian, tubal, and peritoneal cancers in a phase III randomised trial: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0602. *Eur J Cancer* 2016; **64**: 22–31. doi: 10.1016/j.ejca.2016.05.017.
8. Fagotti A, Ferrandina G, Vizzielli G, et al. Phase III randomised clinical trial comparing primary surgery versus neoadjuvant chemotherapy in advanced epithelial ovarian cancer with high tumour load (SCORPION trial): Final analysis of peri-operative outcome. *Eur J Cancer* 2016; **59**: 22–33. doi: 10.1016/j.ejca.2016.01.017.

9. Liu EL, Mi RR, Wang DH, et al. Application of combined intraperitoneal and intravenous neoadjuvant chemotherapy in senile patients with advanced ovarian cancer and massive ascites. *Eur J Gynaecol Oncol* 2017; **38** (2): 209–13. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29953782>.
10. van Meurs HS, Tajik P, Hof MH, et al. Which patients benefit most from primary surgery or neoadjuvant chemotherapy in stage IIIC or IV ovarian cancer? An exploratory analysis of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer 55971 randomised trial. *Eur J Cancer* 2013; **49** (15): 3191–201. doi: 10.1016/j.ejca.2013.06.013.
11. Tajik P, van de Vrie R, Zafarmand MH, et al. The FIGO Stage IVA Versus IVB of Ovarian Cancer: Prognostic Value and Predictive Value for Neoadjuvant Chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer* 2018; **28** (3): 453–8. doi: 10.1097/IGC.0000000000001186.
12. Vergote I, Coens C, Nankivell M, et al. Neoadjuvant chemotherapy versus debulking surgery in advanced tubo-ovarian cancers: pooled analysis of individual patient data from the EORTC 55971 and CHORUS trials. *Lancet Oncol* 2018; **19** (12): 1680–7. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30566-7.

PROGNOSIS FACTORS OF IMMEDIATE AND LONG-TERM OUTCOMES OF COMPREHENSIVE TREATMENT FOR PATIENTS WITH STAGE III–IV OVARIAN CANCER

R.A. Hrytsyk¹, V.V. Tymofiiiv¹, Yu.V. Stynskyi², Yu.D. Partykevich², A.Ye. Kryzhanivska^{1,2}

¹ Ivano-Frankivsk National Medical University

² Municipal Non-Profit Enterprise "Prykarpattia Clinical Oncology Center of the Ivano-Frankivsk Regional Council", Ivano-Frankivsk, Ukraine

Summary. Aim: to assess overall and progression-free survival in patients with stage III–IV ovarian cancer and to identify key factors influencing short- and long-term treatment outcomes in this cohort. **Object and methods:** single-center retrospective cohort study of 247 patients with stage III–IV ovarian cancer treated at Public Non-Commercial Enterprise "Prykarpattia Clinical Oncology Center Of The Ivano-Frankiv Regional Council" in 2017–2023. Four treatment groups were defined: I–II — primary cytoreductive surgery followed by 6 adjuvant cycles of combination chemotherapy (groups I and II differed by baseline peritoneal cancer index [PCI]); III — 3 neoadjuvant chemotherapy cycles, interval cytoreduction, then adjuvant chemotherapy; IV — 6 cycles of chemotherapy. All patients received paclitaxel plus carboplatin in a 21-day regimen. Primary endpoints were overall survival and progression-free survival, with response assessed per RECIST 1.1; platinum sensitivity was classified as refractory, resistant, or sensitive using standard time thresholds. **Results:** among 247 stage III–IV patients, 51 were non-platinum-sensitive: platinum-

refractory relapses in 16 (5.5%) and platinum-resistant in 35 (14.2%), predominantly with intra-abdominal onset. Three-year overall survival: group III — 41%, group II — 39%, group IV — 18%. Three-year progression-free survival: group II — 21%, group III — 20%, group IV — 6%. Negative prognostic factors included baseline PCI, extent of cytoreduction (R0/R1/R2), and platinum sensitivity, $p < 0.05$ (by odds-ratio analysis). **Conclusions:** it is recommended that all patients with stage III–IV ovarian cancer undergo computed tomography with determination of the peritoneal cancer index (PCI), with the initial therapeutic approach (surgery vs. neoadjuvant chemotherapy) decided according to PCI level. Administration of three NACT cycles reduces PCI by 1.29-fold, shortens the duration of cytoreduction without loss of radicality and without increasing intra-/postoperative complications, achieves partial response or disease stabilization in 92.4% of cases per RECIST 1.1 without deterioration in quality of life, and enables identification of platinum-refractory patients.

Keywords: ovarian cancer, risk factors, radiation diagnostics, peritoneal carcinomatosis index, neoadjuvant polychemotherapy, cytoreductive surgery, overall survival, relapse-free survival.

Адреса для листування:

Грицик Р.А.
76018, Івано-Франківськ, вул.Галицька, 2
Івано-Франківський національний медичний університет
E-mail: grytsy95@mail.com

Одержано: 20.09.2025

Рекомендовано до друку: 03.03.2026

Підписано до друку: 25.05.2026