



1 грудня
2018 м. місто Київ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ ОНКОГІНЕКОЛОГІЇ»



В ПРОГРАМІ КОНФЕРЕНЦІЇ

1. Комплексна діагностика та лікування онкогінекологічних захворювань. Шляхи поліпшення віддалених результатів протипухлинного лікування.
2. Кольпоскопія та цервікальна інтраепітеліальна неоплазія.
3. Дискусійні питання застосування лапароскопічної хірургії в лікуванні раку органів репродуктивної системи.
4. Інвазивна діагностика, профілактика злоякісних новоутворень з використанням методів інструментальної візуалізації.
5. Сучасні клініко-діагностичні можливості раннього виявлення захворювань вульви.
6. Початкові форми раку шийки матки – у фокусі уваги акушера-гінеколога.
7. Діагностика та протипухлинна терапія під час вагітності.
8. Новітні методи профілактики раку репродуктивної системи жінки.
9. Питання променевої діагностики в онкологічній практиці.

Умови реєстрації:

Реєстрація до 25.11 включно, оргвнесок для членів асоціації ВАГО – 2100 грн.
Реєстрація до 25.11 включно, оргвнесок для лікарів лікарі поза асоціацією ВАГО – 2400 грн.
Оплати оргвнеску в день конференції не приймаються.

Реєстрація учасників і додаткова інформація:

0503553042, 0982368707, training.colposcopy@gmail.com.

Сплата оргвнесків:

Реквізити: ФОП Длугунівич Микола Владиславович п/р 260078541 в АТ "Райффайзен Банк Аваль"
МФО: 322904 Код ЄДРПОУ 2698511217

В призначенні платежу обов'язково вкажіть:

участь в конференції 1.12, Ваше прізвище, ім'я, контактний телефон.

Місце проведення:

конференц-зала готелю **Ramada Encore Kiev**, Столичне шосе, 103, www.ramadaencorekiev.com

Актуальні питання сучасної онкогінекології

Першого грудня у місті Києві відбулася міждисциплінарна з міжнародною участю конференція «Актуальні питання сучасної онкогінекології». Організатори конференції – Всеукраїнська асоціація гінекологічних онкологів (www.usgo.com.ua), Національний інститут раку, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика і Школа кольпоскопії онкогінеколога Наталії Лигирди – зібрали у конференц-залі готелю Ramada Encore Kiev понад 300 учасників та 20 доповідачів.

Основною метою конференції було поширення актуальних онкологічних знань серед всієї акушерсько-гінекологічної спільноти. І завдяки доповідачам, їхньому натхненню і довіду мету вдалося реалізувати.

Відкрили конференцію президент Всеукраїнської асоціації гінекологічних онкологів, д-р мед. наук, професор, завідувач науково-дослідного відділення онкогінекології Національного інституту раку **Валентин Свінціцький** та член-кореспондент НАМН України, д-р мед. наук, професор **В'ячеслав Камінський**. Серед цікавинок програми привернула на себе увагу доповідь Валентина Свінціцького «Радикальні операції у хворих на рак шийки матки».

Тема вибору та реалізації оперативної тактики при раку шийки матки звучала у доповідях іноземних гостей – доктора **Туфан Оге** (Doctor Tufan Oge, Eskisehir



голови мультидисциплінарного консиліума з лікування перитонеального карциноматоза НІР. Примирити дискусантів та знайти «золоту середину» зумів **Сергій Карташов**, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедрою онкогінекології, акушерства та гінекології ХМАПО. Професор Карташов віртуозно модерував онкогінекологічну сесію та виступив з власною доповіддю: «Виклик майбутньому: рак яєчників під час вагітності».

Значну зацікавленість серед колег викликало повідомлення **Алли Вінницької**, д-ра мед. наук, головного лікаря клініки LISOD, про сучасні тренди та досягнення в імунотерапії в онкогінекології. Тема раку яєчників звучала у доповідях **Наталії Ціп**, д-ра мед. наук, провідного наукового співробітника відділення онкогінекології НІР,

та **Сергія Неспрядько**, канд. мед. наук, старшого наукового співробітника відділення онкогінекології НІР.

Ігор Гладчук, д-р мед. наук, професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету, віце-президент Асоціації акушерів-гінекологів України, перед доповіддю на тему сучасних можливостей лапароскопічної хірургії, зокрема



Osmangazi University, Department of Obstetrics and Gynecology Turkey) та **Мікаеля Пейретті** (Doctor Michele Peiretti, MD, PhD. ESGO/EBCOG Fellowship, Assistant Professor, Division of Obstetrics and Gynecology. University of Cagliari, Italy).

Бурхливі дискусії викликали у колег доповіді **Сергія Байдо**, канд. мед. наук, заступника головного лікаря з хірургічної роботи клініки LISOD, та **В'ячеслава Коpecького**,





щодо методу візуалізації «сторожового» лімфатичного вузла при гінекологічних раках, зазначив важливість міждисциплінарної співпраці хірургів акушерів-гінекологів та онкологів.

Про міждисциплінарну співпрацю задля добра пацієнток говорили і професор Свінцицький та **Наталія Лигирда**, канд. мед. наук, провідний науковий співробітник НІР. Наталія Лигирда надала можливість всім закоханим в кольпоскопію не лише прослухати доповідь «2011 IFCPC кольпоскопічна номенклатура. Роз'яснення щодо використання», а й відвідати прекурс «Кольпоскопія у хворих з початковими формами раку шийки матки».

Д-р мед. наук, професор кафедри променевої діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика **Тетяна Козаренко** детально ознайомила учасників із сучасними трендами променевої діагностики раку шийки матки.

Майже кожна третя доповідь стосувалася теми раку шийки матки. Однією з них була презентація дослідження клініко-прогностичної значущості у діагностиці раку шийки матки маркера SCC від **Владислава Сухіна**, канд. мед. наук, старшого наукового співробітника ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України». Про рак та передрак шийки матки доповідали і спеціально запрошені іноземні гості – професор **Волтер Прендевіль** (Professor Walter Prendeville, International Agency for Research on Cancer (W.H.O.), Lyon, France) та доктор **Ашфак Хан** (Doctor

Ashfaq Khan, head of the Lower Genital Tract Disease Unit at Whittington Hospital and course director for the post-graduate course of the British Colposcopy Society (BSCCP), and Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland).

На конференції виступали не лише корифеї української онкогінекології. Учасники мали можливість заслухати молодого талановитого онкогінеколога зі Львова **Маркіяна Фецича**, який представив свій досвід застосування методу НІРЕС та циторедуктивної терапії у комбінованому лікуванні раку яєчників. Про НІРЕС доповідав і **В'ячеслав Копецький**, який також провів прекурс «Парааортальна лімфодисекція в онкогінекологічних хворих».

Конференція «Актуальні питання сучасної онкогінекології» стала справжньою платформою для науковців та лікарів-практиків, які займаються всебічним вивченням онкогінекологічної патології та суміжних тем. Учасники змогли обмінятися інформацією, новочасними науковими та професійними досягненнями завдяки спонсорам конференції – Медичній лабораторії Діла, компаніям Sandoz та MSD.

Організатори сподіваються, що кожен учасник повіз додому не лише знання, а й приємні враження від спілкування з колегами. Це допоможе дочекатися наступної зустрічі. Побачимось у 2019 році!

Автор: Марина Левко

Роль цитологического скрининга в оценке патологических изменений шейки матки и рака шейки матки

И.Г. Амро

Запорожский государственный медицинский университет

В 2016 году рак шейки матки (РШМ) в структуре онкологических заболеваний женского населения Украины диагностирован в 5,9% случаев. Заболеваемость РШМ в Украине на протяжении 2010–2016 гг. не имела тенденции к снижению и достигла 20%, при этом в Запорожской области отмечается увеличение заболеваемости с 20,9 до 23,2%.

Целью скрининга является выявление предопухолевых заболеваний и начальных стадий РШМ, что ведет к изменению структуры заболеваемости за счет увеличения числа выявленных предраковых процессов и уменьшения числа запущенных форм РШМ.

Цель исследования: оценка эффективности цитологических исследований по данным КУ «Городская централизованная цитологическая лаборатория» г. Запорожья.

Задачи исследования:

1. Оценить информативность забора цитологического материала, полученного при профилактических осмотрах женского населения в городской цитологической лаборатории г. Запорожья.

2. Проанализировать частоту выявления предопухолевых заболеваний и РШМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Запорожской области в период с 2010 до 2016 г. отмечено уменьшение количества цитологических лабораторий с 4 до 3. При этом снизилось число цитологических исследований – с 884 626 до 692 800 (в абсолютных значениях) и соответственно уменьшились относительные величины (с 4885,1 до 3952,4 в перерасчете на 10 тыс. населения).

Материалом данного исследования явились данные цитологических исследований по выявлению онкопатологии шейки матки в условиях КУ «Городская централизованная цитологическая лаборатория» г. Запорожья.

Лаборатория основана в 1987 г. Заведующая лабораторией – Л.И. Елизарова, врач высшей категории, член Ассоциации цитологов Украины.

В лаборатории в течение нескольких лет ведется электронная база данных цитологических исследований, в картонном фонде хранятся все предраковые материалы.

В работе используются методы окраски цитологических препаратов гематоксилином и эозином, по Романовскому.

При анализе эффективности цитологического скрининга использовалась база данных и архивный материал лаборатории, что позволило осуществлять быстрый поиск нужного бланка, сравнивать полученные результаты при повторном взятии материала и изучать патологический процесс в динамике, а также провести оценку информативности забора материала (табл. 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты обследования женского населения за период с 2015 по 2017 г. в условиях КУ «Городская централизованная цитологическая лаборатория» г. Запорожья приведены в табл. 2.

С 2015 по 2017 г. было обследовано 445 822 женщины. В 444 918 (99,8%) случаях цитологические препараты признаны адекватными.

Обращает внимание то, что в связи с увеличением числа различных инфекционных заболеваний, в том числе ВПЧ, принято решение цитологические мазки с реактивными изменениями, эле-

Таблица 1

Показатели информативности материала, взятого для цитологического исследования с 2001 по 2017 г.

Год	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Информативность материала, %	9	21	43	49	59	68	73	74	78
Информативность материала, %	79	79	78	76	74	69	69	76	

Таблица 2

Результаты обследования женщин при профилактических осмотрах с 2015 по 2017 г. в г. Запорожье

Показатель	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	п	%	п	%	п	%
	152 080		148 144		145 598	
Цитограмма в норме. Тип I	133 151	87,55	121 900	82,28	48 103*	33,04*
Воспалительный тип мазка. Тип II	11 495	7,56	14 180	9,6	83 973*	57,67*
Дисплазия слабовыраженная. Тип IIIa	1194	0,79	1451	0,98	1892	1,3
Дисплазия умеренно выраженная. Тип IIIб	235	0,15	248	0,17	308	0,21
Дисплазия умеренно выраженная. Тип IIIв	28	0,02	66	0,05	42	0,03
Подозрение на рак. Тип IV	27	0,02	49	0,03	42	0,03
Рак. Тип V	24	0,02	45	0,03	36	0,025
Неадекватные	331	0,22	280	0,19	293	0,2

Примечание. * – С 2017 г. при цитологическом исследовании стали включать все выявленные патологические изменения, фоновые заболевания.

ментами хронического воспаления, ИПШ и изменения, характерные для ВПЧ, относят ко II типу. За счет этого уже в 2017 г. нормальная цитологическая картина была выявлена только у 33,04% обследованных, а «Воспалительный тип мазка» диагностирован у каждой второй пациентки, что составило 57,67%.

При этом среди обследованных пациенток легкая дисплазия эпителия шейки матки (CIN I) была обнаружена в 4537 (1,02%) наблюдениях, умеренная дисплазия (CIN II) – в 791 (0,18%) случае, тяжелая дисплазия (CIN III) – у 136 (0,03%) женщин, цитологически рак шейки матки был выявлен у 105 (0,023%) пациенток.

При анализе полученных данных отмечено повышение частоты CIN I с 0,79% в 2015 г. до 1,3% в 2017 г.

ВЫВОДЫ

1. Цитологический скрининг является ведущим компонентом в диагностике патологических изменений эпителия в комплексе мероприятий при профилактических осмотрах.

2. Качество цитологических исследований зависит от полноценности забранного материала, от квалификации врача лабораторной диагностики, от систематизации работы и оценки результатов цитологических исследований.

3. Тесное взаимодействие между специалистами, участвующими в скрининге (гинекологами, цитологами, гистологами и онкологами), использование комплексного подхода к выявлению предраковых заболеваний позволит повысить эффективность противораковой борьбы.

Вакцинація як первинна профілактика раку шийки матки в Івано-Франківській області

С.С. Долик

КЗ «Прикарпатський клінічний онкологічний центр», м. Івано-Франківськ

Рак шийки матки (РШМ) посідає одне з основних місць серед онкологічних захворювань жіночих статевих органів. Щороку у світі цю пухлину виявляють у понад 600 тис. жінок. Щодня в Україні помирає 6 хворих на РШМ. Пік РШМ змістився на 10 років у бік «помолодшання». Вірус папіломи людини (ВПЛ) передається статевим шляхом. У 15 років 28–32% дівчат мають сексуальний досвід. Найбільш актуальним на сьогодні є вакцинація від ВПЛ, який може спричинити виникнення РШМ.

Мета дослідження: зниження частоти передпухлинних та пухлинних процесів шийки матки та профілактика РШМ.

Матеріали та методи

Введено застосування інформаційних технологій на рівні влади, освіти, медицини, різних церковних конфесій та громадських організацій. Ураховуючи актуальність проблеми,

обласна рада виділила кошти для вакцинації дівчат до 15 років за державний рахунок протягом 5 років: 2016–2021 рр. (регіонарна обласна програма вакцинації).

Результати

По області, згідно з програмою, вакциновано близько 700 дівчат віком до 15 років. А також додатково у кожному районі області за кошти мерії чи райради проведено вакцинацію близько 300 дівчат. Сумарно вакциновано 1000 дівчат.

Висновки

Продовжити виконання регіональної програми вакцинації дівчат до 15 років до 2021 р. і за можливості продовжити її ще на 5 років, залучаючи приватні медичні заклади, університети, підприємства.

Комп'ютеризація цитологічного скринінгу раку шийки матки в Івано-Франківській області

С.С. Долик

КЗ «Прикарпатський клінічний онкологічний центр», м. Івано-Франківськ

Рак шийки матки (РШМ) – одне з найбільш частих онкологічних захворювань жіночих статевих органів. Щороку у світі цю пухлину виявляють у понад 600 тис. жінок. Щодня в Україні помирає 6 хворих на РШМ. По Івано-Франківській області щорічно ця цифра становить понад 110–130 жінок. Найбільш актуальним на сьогодні є профілактика РШМ, а саме – адекватний цитологічний скринінг.

Мета дослідження: зменшення захворюваності, занедбаності та летальності від РШМ та збільшення виявлення передпухлинних станів, *in situ*, мікроінвазивного раку.

Матеріали та методи

У 2013–2014 рр. створена обласна сітка кабінетів патології шийки матки, яка складається із районних кабінетів патології шийки матки та жіночих консультацій міста. Ця сітка забезпечена нормативно-правовою базою, комп'ютерами,

програмами та навченим персоналом (завідувач кабінету патології шийки матки, оператор). Сітка замикається на створений кабінет патології шийки матки, який знаходиться у Прикарпатському клінічному онкологічному центрі.

Результати

Визначені реальні дані охоплення жіночого населення цитологічним скринінгом. Щоквартально проводиться аналіз даних цитологічного скринінгу. Завідувач кабінетом звітує про виконану роботу.

Висновки

Даний скринінг дозволяє мати оперативну інформацію і можливість скерувати зусилля на категорії жінок віком понад 55 років, які 2 і більше років не оглядалися гінекологом (у 64,5% жінок у цих вікових категоріях діагностують онкологічну патологію).

Повні циторедуктивні операції у лікуванні рецидивів раку яєчника

А.І. Зелінський, М.Ю. Шалькова, А.О. Халєєв
Харківський обласний центр онкології

Рак яєчників залишається однією з основних причин онкологічної смертності серед жінок. У лікуванні раку яєчника хірургічний метод має первинне значення. Одним з вирішальних чинників, що впливають на виживаність, є об'єм залишкової пухлини.

Матеріали та методи

Із січня 2017 р. у Харківському обласному центрі онкології проліковано 21 пацієнтку, які за даними анамнезу отримували комбіноване лікування з приводу раку яєчника Іс – Іс стадій з подальшим прогресуванням захворювання (mts у клубові і парааортальні лімфатичні вузли, mts у печінку, mts у брижу клубової кишки, канцероматоз; РСІ становив від 6 до 17). В усіх хворих було отримано морфологічне підтвердження прогресування захворювання.

На першому етапі лікування усім хворим проведено 3 курси передопераційної ПХТ з подальшим оперативним лікуванням в обсязі повної повторної інтервальної циторедукції у різних хірургічних об'ємах, що включали наступні маніпуляції: стріпінг купола діафрагми і парієтальної очеревини, екстирпація кукси сальника, парааортальна

лімфодисекція А2, тазова лімфодисекція, атипіві резекції печінки, видалення імплантів брижі тонкої кишки, правостороння геміколектомія СМЕ/СVL. Тривалість операцій становила від 380 до 1080 ± 24 хв. Гемотрансфузія знадобилася тільки у 2 випадках.

Одна хвора померла у зв'язку з розвитком ентогенно-атмосферної нориці. У 6 пацієток виникли післяопераційні ускладнення – grade C, які не потребували повторних оперативних втручань. У післяопераційний період всі пацієнтки отримали 6 курсів ПХТ. Контрольну КТ виконували через 6, 9 та 12 міс після проведеного хірургічного лікування. З 20 хворих, виписаних зі стаціонару, у терміні від 19 міс до 2 міс живуть без рецидиву 18 жінок.

У 2 діагностовано прогресування хвороби:

1) mts в легені через 5 міс;

2) через 8 міс – канцероматоз очеревини.

В інших хворих даних щодо рецидиву не встановлено.

Висновки

Досягнуті результати свідчать про високу ефективність повних циторедуктивних операцій.

Аналіз результатів лікування хворих на серозний рак яєчників, пролікованих за стандартними методиками

М.Ю. Єгоров, В.С. Свінцицький
Національний інститут раку, м. Київ

На сьогодні основними методами лікування серозного раку яєчників залишаються хірургічні операції та хіміотерапія на основі препаратів платини (карбоплатин або цисплатин) у комбінації з паклітакселом.

Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб та амбулаторних карт 150 хворих, що пройшли лікування в Національному інституті раку у 2009–2017 рр. за стандартними методиками. Вік хворих коливався від 17 до 78 років, середній вік становив 45,6±1,1 року.

За стадіями серозного раку яєчників пацієнтки розподілилися так: I стадія – 41 (27,3%); II стадія – 18 (12%); III стадія – 79 (52,7%); IV стадія – 12 (8%) жінок. Виявлено 45 (30%) випадків рецидиву серозного раку яєчників.

За місцем локалізації рецидивів жінки розподілилися так: очеревина малого таза – 18 (40%), лімфатичні вузли (включаючи тазові, парааортальні, поперекові, пахові та пахвинні) – 10 (22,2%), очеревина верхніх відділів червоної порожнини – 9 (20%), тонкий та товстий кишечник – 5 (11,1%), контра-латеральний яєчник (після органозберігальної операції) – 2 (4,4%), печінка, селезінка – 8 (17,7%), пупок – 3 (6,6%),

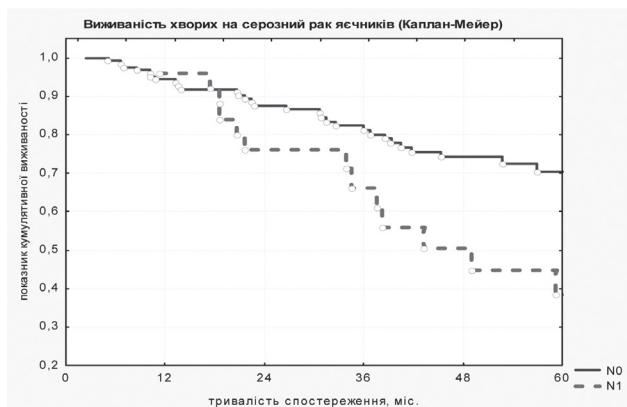
передня черевна стінка – 1 (2,2%), плевра та легені – 9 (20%), піхва – 1 (2,2%) пацієнтка.

За терміном виникнення рецидивів серозного раку яєчників хворі розподілилися так: 1–6 міс – 13 (28,9%), 7–12 міс – 11 (26,7%), 2 роки – 14 (31,1%), 3 роки – 2 (4,4%), 4 роки – 2 (4,4%), 5 років – 1 (2,2%), 10 років – 1 (2,2%) жінка.

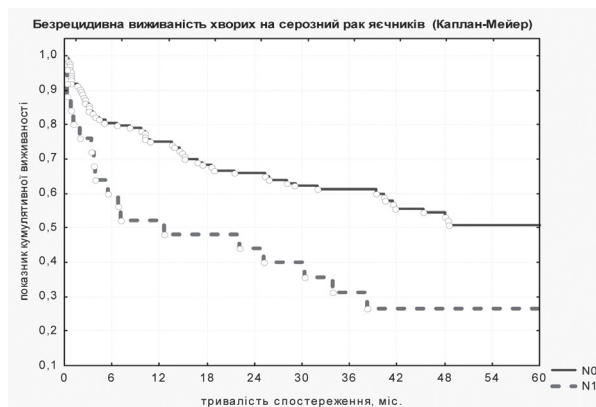
На сьогодні живі 103 (68,67%) пацієнтки, померли 47 (31,33%) жінок.

Результати

Показник 5-річної виживаності для хворих з відсутністю метастатичного ураження лімфатичних вузлів (N_0) становив 70,5±4,4, тоді як для хворих з наявністю метастазів у лімфатичних вузлах (N_1) він дорівнював 36,2±10,8. Різниця статистично достовірна (за логранговим критерієм): $p=0,01$ (мал. 1). Також була вищою медіана безрецидивної виживаності у хворих з відсутністю метастатичного ураження лімфатичних вузлів (N_0), що становило 54 міс, тоді як для хворих з наявністю метастазів у лімфатичних вузлах (N_1) вона становила лише 12 міс (мал. 2).



Мал. 1. Вживаність хворих на серозний рак яєчників після проведеного комбінованого лікування



Мал. 2. Безрецидивна вживаність хворих на серозний рак яєчників після проведеного комбінованого лікування

Висновки

Наявність ураження лімфатичних вузлів погіршує прогноз загальної та безрецидивної виживаності хворих з серозним раком яєчників після проведеного комбінованого ліку-

вання. Тому видалення тазових та парааортальних лімфатичних вузлів разом з виконанням тазової перитонеумектомії під час циторедуктивної операції може покращити віддалені результати лікування у цій групі хворих.

Місце лапароскопічних хірургічних втручань у лікуванні хворих зі злоякісною патологією органів жіночої репродуктивної системи – носіїв мутації у генах BRCA1/2

О.В. Палійчук^{1,2}, Л.З. Поліщук¹, З.І. Россоха², В.М. Бондар³, Є.В. Коляда³

¹Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України, м. Київ

²ДЗ «Референс-центр з молекулярної діагностики МОЗ України», м. Київ

³КЗ «Черкаський обласний онкологічний диспансер» ЧОР

Широке впровадження використання малоінвазивних ендоскопічних втручань у щоденну онкогінекологічну хірургічну практику дає можливість зменшити кількість післяопераційних ускладнень у хворих та покращити показники реабілітації і зменшити час до початку спеціалізованого етапу комплексного і комбінованого лікування. Також в останні роки завдяки розвитку молекулярно-біологічних технологій було констатовано, що особливості пухлинних процесів асоційовані з молекулярно-генетичними змінами пухлинних клітин. Завдяки впровадженню досягнень молекулярної генетики у клінічну онкологічну практику визначено роль мутацій у генах *BRCA1* та *BRCA2* у схильності до розвитку раку органів жіночої репродуктивної системи, кишечника та інших органів.

Мета дослідження: виявлення після проведення медико-генетичного консультування та клініко-генеалогічного аналізу родоводів пацієнток із обтяженим на рак сімейним анамнезом та проведення лікувальних органозберігальних лапароскопічних хірургічних втручань за результатами мо-

лекулярно-генетичного обстеження у разі виявлення у них мутацій у генах *BRCA1/2*.

Матеріали та методи

Проведено аналіз лапароскопічних хірургічних втручань за останні 6 років (2012–2017 рр.), які були виконані в онкогінекологічному центрі (ОГЦ) у 451/100% пацієнток віком 19–76 років. Як видно з таблиці, кількість таких операцій поступово щорічно зростала.

У число прооперованих з використанням лапароскопії включено 130/100% хворих зі злоякісною патологією органів жіночої репродуктивної системи (ОЖРС), у яких діагностовано рак тіла матки (РТМ) стадії IA-IB G1-2 (n=86), рак яєчника (РЯ) стадії IA G1 (n=8) та гормонозалежний рак грудної залози (РГЗ) стадії I-IIA G1-2 (n=36) і у родинах яких хворіли на рак родичі I та II ступеня спорідненості. У всіх 130 пацієнток було проведено молекулярно-генетичне дослідження периферійної крові на наявність найбільш поширених у слов'янській популяції мутацій у генах *BRCA1/2* – *185delAG* і *5382insC BRCA1*, *6174delT BRCA2*.

Роки	Пангістеректомія, п/%	Piver III, п/%	Оментектомія, п/%	Консервативна міомектомія, п (%)	Операції на придатках, п/%	Діагностичні з біопсією, п/%	З конверсією, п/%	Усього лапароскопічних втручань, п/%	Усього операцій /з них % лапароскопічних, п/%
2012	6/33,3	-	-	1/5,6	11/61,1	-	-	18/100	614/2,9
2013	12/30,8	-	-	2/5,1	15/38,5	10/25,6	7/17,9	39/100	591/6,6
2014	38/43,7	-	-	9/10,3	28/32,2	12/13,8	5/5,7	87/100	710/12,3
2015	36/43,4	1/1,2	1/1,2	2/2,4	22/26,5	21/25,3	11/13,2	83/100	664/12,5
2016	33/30,8	2/1,7	2/1,7	10/9,3	35/32,7	25/23,8	8/7,5	107/100	686/15,7
2017	34/29,1	2/1,7	5/4,3	12/10,2	36/30,7	7/5,9	5/4,3	117/100	696/31,2
Усього	159/32,3	5/1,1	8/1,8	36/7,9	147/32,6	75/16,6	36/7,9	451/100	3191/36,7

Результати

Молекулярно-генетичні обстеження виявили серед 130/100% хворих на рак ОЖРС 8/6,2% пацієнток із РЯ і 18/13,8% з РГЗ – носіїв мутації *5382insC* у гені *BRCA1* та 3/2,3% носії тої самої мутації серед пацієнток із РТМ. Хворим на РГЗ та РТМ, у яких виявлені мутації у гені *BRCA1*, були проведені лапароскопічні пангістеректомії та у подальшому спеціалізоване комбіноване чи комплексне лікування згідно зі стандартом. Хворим на РЯ носіям мутацій у гені *BRCA1* було проведено органозберігальне хірургічне втручання – аднексектомія на боці ураження, тубектомія з іншого боку разом з профілактичним видаленням апікальної частини білатерального яєчника (згідно з рекомендаціями ESGO-2015, 2016), оментектомія.

Висновки

За допомогою сучасних методів молекулярно-генетичного обстеження пацієнток із групи ризику щодо виникнення пухлин ОЖРС у разі виявлення носійства мутацій у genaх *BRCA1/2* таким жінкам можна провести вчасні, у тому числі органозберігальні, лапароскопічні хірургічні втручання та попередити у них виникнення рецидиву злоякісної патології грудної залози та раку яєчників. А використання лапароскопічного доступу у хворих онкогінекологічного профілю значно покращує перебіг післяопераційного періоду, скорочує терміни перебування на стаціонарному ліжку, має інші великі переваги у зменшенні навантаження знеболювальними медичними препаратами і дозволяє раніше почати проведення хімотерапевтичного та променевого етапів спеціального лікування.

Морфометричні показники метакронного раку грудної залози

А.Є. Крижанівська, І.Б. Дяків

Івано-Франківський національний медичний університет

Рак грудної залози (РГЗ) посідає перше місце у структурі онкологічної захворюваності та смертності жіночого населення України і світу. Метакронний РГЗ становить 69,6% всіх первинно-множинних пухлин та посідає серед них перше місце. Відсутність об'єктивних критеріїв прогнозування виникнення другого захворювання у хворих на РГЗ потребує подальших досліджень біологічних особливостей цієї патології з метою виділення факторів ризику і прогнозування перебігу хвороби.

Мета дослідження: вивчення морфометричних характеристик та особливостей молекулярного профілю метакронного РГЗ та визначення можливості використання цих показників для прогнозування перебігу пухлинного процесу.

Матеріали та методи

Дослідження базується на ретроспективному аналізі пухлин 63 хворих на РГЗ. До 1-ї групи увійшли 47 хворих на РГЗ, у яких протягом 5 років після встановлення діагнозу розвинувся рак тіла матки (РТМ). До 2-ї групи увійшли 16 хворих на РГЗ, у яких протягом 10 років після встановлення діагнозу виник рак яєчника (РЯ).

Результати

Під час аналізу морфометричних особливостей ядер клітин встановлено існування суттєвих відмінностей між

РГЗ хворих 1-ї та 2-ї груп. Максимальні значення периметра, радіуса та площі ядер клітин ($19,21 \pm 0,7$, $3,05 \pm 0,4$ та $36,3 \pm 0,9$ відповідно) відзначено у пухлинах хворих 1-ї групи. Периметр, радіус та площа ядер пухлинних клітин у пацієнтів 2-ї групи були у 1,7, 1,6 та 1,7 разу відповідно меншими, ніж аналогічні показники у пухлинах хворих 1-ї групи.

Разом з цим, збільшення периметра, радіуса та діаметра ядер клітин РГЗ хворих 1-ї групи асоціюється із наявністю метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів. Висока проліферативна активність РГЗ хворих обох груп дослідження асоціюється зі збільшенням в 1,5–2 рази периметра, радіуса та площі ядер клітин. Зниження ступеня диференціювання РГЗ супроводжується підвищенням усіх досліджуваних показників ядер пухлинних клітин у хворих обох обстежених груп.

Висновки

Морфометричною ознакою високого ризику виникнення другого захворювання при раку грудної залози є збільшення периметра, радіуса та площі ядер клітин на тлі підвищення проліферативної активності новоутворень.

Использование гипертермической интраперитонеальной химиоперфузии в лечении пациенток с перитонеальным канцероматозом при раке яичника

А.С. Рекута, В.И. Копецкий, А.В. Турчак, А.А. Самохвалова, А.А. Квасивка
Национальный институт рака, г. Киев

Рак яичника (РЯ) – ведущая причина смерти пациенток в структуре онкогинекологической смертности во всем мире. В 80% случаев заболевание диагностируют на III–IV стадии, и практически всегда оно сопровождается перитонеальным канцероматозом. Стандартным подходом в лечении этого заболевания является циторедуктивное хирургическое вмешательство и системная химиотерапия с использованием препаратов из группы таксанов и платины. Хотя цель циторедуктивной операции состоит в ликвидации всех макроскопических образований, жизнеспособные опухолевые клетки могут оставаться в брюшной полости и количество рецидивов в течение 1 года после лечения составляет более 30% у пациенток с полным ответом на химиотерапию.

HIPEC (Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy; гипертермическая интраперитонеальная химиоперфузия) – метод лечения первичных и вторичных опухолей брюшины, заключающийся в интраоперационной перфузии перитонеальной полости растворами, содержащими цитотоксические агенты, при температуре больше физиологической нормы (41–43 °C) такой продолжительности, которая позволит лекарственному препарату достигнуть своей максимальной эффективности (30–90 мин). Цель HIPEC – фармакологическое уничтожение микроскопических опухолевых очагов, неизбежно остающихся после хирургического удаления опухоли (макроскопической циторедукции). Патогенетический эффект гипертермии основан на

способности «агрессивного» температурного режима вызывать денатурацию белковых структур резистентных опухолевых клеток с целью нарушения ферментных систем и синтеза клеточной ДНК опухолевой клетки, изменять релогические свойства с нарушением микроциркуляции в опухоли, а также нарушать состояние цитоплазматической мембраны за счет активизации перекисного окисления липидов, что создает условия для проникновения и осаждения цитотоксического агента внутри опухолевых клеток.

В Национальном институте рака создана группа канцероматоза, целью которой является оказание помощи пациентам с онкологическими заболеваниями, сопровождающимися канцероматозом, благодаря выполнению циторедуктивных вмешательств с использованием HIPEC. Всего за 2018 г. было выполнено 13 таких вмешательств пациентам с РЯ и перитонеальным канцероматозом. Среди них первичных циторедукций выполнено 3 (23%), интервальных – 10 (77%). При выполнении процедуры HIPEC используется цисплатин (100 мг/м²) при температуре 42 °C в течение 60 мин. Количество полных и оптимальных циторедукций составило 12 (92%), в неполном объеме выполнена 1 (8%) циторедукция. Средний индекс канцероматоза составлял 12. Осложнение Clavien–Dindo >II было зафиксировано в 1 (1%) случае.

Циторедуктивные вмешательства с использованием HIPEC дают многообещающие результаты в лечении пациенток с перитонеальным канцероматозом при РЯ.

Роль лапароскопических диагностических вмешательств у пациенток с распространенными формами рака яичника

А.С. Рекута, В.С. Свинцицкий, А.В. Турчак, А.А. Самохвалова
Национальный институт рака, г. Киев

Циторедуктивные хирургические вмешательства и химиотерапия – это стандартные подходы в лечении рака яичника (РЯ) распространенных стадий. Неoadъювантная химиотерапия является альтернативой для пациенток с нерезектабельными формами заболевания. Для выбора пациенток, подходящих для успешной циторедукции, в рутинной практике используют данные компьютерной томографии (КТ), хотя общепринятой модели отбора пациенток не существует ввиду субъективной трактовки

результатов КТ. Некоторые поражения париетальной брюшины, брыжейки размером менее 5 мм невозможно увидеть на КТ. Целью лапароскопического стадирования есть не только морфологическая верификация, но и оценка распространенности опухолевого процесса для составления индивидуального плана лечения. Учитывая последние данные рандомизированных исследований, результаты общей выживаемости группы пациенток с РЯ, которым лечение начато с циторедуктивной операции, превышают те

результаты, у которых лечение начато с неoadъювантной химиотерапии.

В период с января по август 2018 г. в отделении онкогинекологии выполнено 17 лапароскопических диагностических вмешательств пациенткам с подозрением на РЯ. Средний возраст пациенток составил 41 год. В 16 случаях диагноз РЯ был подтвержден: серозный – 14 (88%), муцинозный – 1 (6%), светло-клеточный – 1 (6%), у 1 пациентки выявлен туберкулез. У 10 пациенток опухолевый процесс оценен как резектабельный и на I этапе выполнена первичная циторедуктивная операция: 6 полных

циторедукций (60%), 3 – оптимальные (30%) и 1 неоптимальная (10%). В 6 случаях на I этапе проведено 3 курса неoadъювантной химиотерапии, дополненные интервальной циторедукцией.

Таким образом, благодаря выполнению лапароскопических диагностических вмешательств, удалось избежать неоправданного проведения неoadъювантной химиотерапии у пациенток с резектабельным РЯ, однако выводы будут сделаны после выполнения большего количества вмешательств и оценки отдаленных результатов общей и безрецидивной выживаемости пациенток.

Операція трахелектомії. Показання щодо проведення у хворих на РШМ

В.С. Свінцицький, Н.Ф. Лигирда
Національний інститут раку, м. Київ

Зростання захворюваності на рак шийки матки (РШМ) в Україні у жінок репродуктивного віку та «постаріння» материнства призводить до того, що на момент виявлення РШМ у пацієнтки не реалізована репродуктивна функція або ж за наявності вагітності того чи іншого терміну гестації у вагітної виявляють передрак та РШМ.

Мета дослідження: визначення показань до проведення органозберігальної операції трахелектомії у хворих на РШМ.

Матеріали та методи

У дослідження були включені: I група (основна) – 220 хворих на РШМ стадії Tis-T1a-T1b1-N0-M0, яким були виконані органозберігальні операції; II група (контрольна) – 200 хворих на РШМ стадії Tis-T1a-T1b1-N0-M0, яким виконано хірургічне втручання у повному обсязі відповідно до діючих стандартів.

Результати

Визначення показань до проведення операції трахелектомії базується на бажанні жінки зберегти репродуктивну функцію та клінічному і гістологічному діагнозі. Методом вибору у пацієток з початковими формами РШМ є подвійна конусоподібна ексцизія ШМ з наступним гістологічним дослідженням серійних зрізів матеріалу конусу, оцінюванням меж резекції, лімфоваскулярної інвазії з морфометрією. За результатами гістологічного дослідження матеріалу конізації ШМ встановлюють заключний діагноз та визначають показання до вибору обсягу трахелектомії за необхідності (таблиця).

Висновки

Визначено показання до проведення органозберігальних операцій у хворих на РШМ репродуктивного віку та встановлена етапність у проведенні діагностично-лікувальних втручань, а саме: у пацієток з РШМ Tis-T1a на першому етапі проводять подвійну конічну ексцизію шийки матки з подвійним контролем межі зрізу.

Показання до проведення операцій трахелектомії у хворих на РШМ

Вид операції	Стадія	Показання
Трахелектомія тип А	ЦІН 3(Tis)	З поширенням на склепіння та стінки піхви
		З поширенням у канал шийки матки
		З поширенням по криптах у III зоні шийки матки
		Внутрішньоепітеліальна аденокарцинома (AIS)
		R1(у матеріалі конізації)
		Рецидив Tis з технічною неможливістю проведення реконізації
	T1a1	Анатомічні особливості шийки матки
		Комбіновані ураження шийки матки та склепінь піхви
		Канал шийки матки
		R1(у конусі), LOV0, G1-2
Трахелектомія тип В зі здуввинною лімфодисекцією	T1a2	Анатомічні особливості
	T1a1	Рецидив
Трахелектомія тип С зі здуввинною лімфодисекцією	T1a2	Діагностований у матеріалі попередньої конізації
	T1a1	з L1 у матеріалі конізації
Трахелектомія тип С зі здуввинною лімфодисекцією	T1b1	Розмір пухлини до 2 см
		Пухлина у межах шийки матки

Оцінювання якості життя у хворих на РШМ після органозберігальних операцій

В.С. Свінцицький, Н.Ф. Лигирда
Національний інститут раку, м. Київ

Термін «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» введено у медичну практику як інтегральну характеристику, на яку потрібно орієнтуватися під час оцінювання ефективності допомоги пацієнтам. Показник якості життя (ЯЖ) у віддалений період є невід'ємною складовою аналізу ефективності проведеного лікування на кожному етапі надання медичної допомоги пацієнтам.

Мета дослідження: вивчення ЯЖ у хворих на рак шийки матки (РШМ) після застосування органозберігальних та стандартних хірургічних втручань.

Матеріали та методи

Для оцінювання ЯЖ використовували опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey, MOS SF-36), розроблений у Центрі вивчення медичних результатів США, який визначають як «золотий стандарт» оцінювання ЯЖ, пов'язаної зі здоров'ям (див. додаток Б). Він представлений як багатоцільова коротка форма медичного обстеження, що включає 36 запитань. Результати оцінювання різних складових здоров'я подаються у балах по кожній із восьми шкал. У дослідження були включені: I група (основна) – 220 хворих на РШМ стадії Tis-T1a-T1b1-N0-M0, яким були виконані органозберігальні операції; II група (контрольна) – 200 хворих на РШМ стадії Tis-T1a-T1b1-N0-M0, яким виконано хірургічне втручання у повному обсязі відповідно до діючих стандартів.

Результати

Проведено оцінювання ЯЖ хворих на РШМ після розроблених органозберігальних методів лікування – операцій трахеалектомії типів А, В, С (ТЕ) та подвійної конічної ек-

цизії (ПКЕ). Установлена вірогідна різниця за 5 шкалами з 8 із аналогічними показниками у хворих на РШМ після стандартних методів лікування уже з 3–12 міс післяопераційного періоду за такими показниками, як:

- фізичне функціонування (ТЕ та ПКЕ 76,8±1,7 бала проти GE тип С 58,8±2,3 бала; $p < 0,05$), що свідчить про кращу адаптацію до фізичних навантажень у хворих після органозберігальних методів;
- життєва активність (ТЕ та ПКЕ 63,9±2,7 бала проти GE тип С 62,7±3,8 бала; $p < 0,05$); соціальне функціонування (ТЕ та ПКЕ 71,3±1,7 бала проти GE тип С 62,7±3,8 бала; $p < 0,05$), що свідчить про швидке повернення до соціального життя та праці, спілкування з рідними, друзями, колегами;
- емоційно-рольове функціонування (ТЕ та ПКЕ 68,8±3,2 бала проти GE тип С 43,8±2,8 бала; $p < 0,05$);
- психічне здоров'я (ТЕ та ПКЕ 70,8±3,7 бала проти GE тип С 56,4±3,8 бала; $p < 0,05$), що свідчить про краще сприйняття пацієнтками своєї особистості та свого психічного здоров'я, стабільний емоційний стан.

Висновки

Проведено оцінювання якості життя хворих на РШМ після терапії за розробленими методами органозберігального лікування (ТЕ та ПКЕ) та встановлено, що вони мали вірогідно кращі показники за 5 шкалами (фізичне функціонування, життєва активність, соціальне функціонування, емоційно-рольове функціонування, психічне здоров'я) щодо аналогічних показників у хворих на РШМ після стандартних методів лікування.

Роль неoad'ювантної хіміотерапії у лікуванні раку шийки матки

В.С. Свінцицький, В.В. Приймак, О.П. Ренкас
Національний інститут раку, м. Київ

Рак шийки матки посідає друге місце серед онкологічної патології у жінок. У світі щорічно реєструють понад 300 тис. випадків смерті внаслідок даної патології та близько 500 тис. нових випадків. Крім того, відзначається невпинне підвищення його частоти протягом останніх років, особливо у жінок молодого віку. Актуальність проблеми зумовлює необхідність пошуку нових методик терапії з високим лікувальним ефектом та низькою токсичністю.

Мета дослідження: оцінювання ефективності застосування неoad'ювантної хіміотерапії (НАХТ) у пацієнток з раком шийки матки ІВ–ІІВ стадії та визначення особливостей змін пухлини з урахуванням відповіді на проведеної терапії.

Матеріали та методи

Проведено аналіз результатів застосування НАХТ у пацієнток з раком шийки матки ІВ–ІІВ стадії, які перебували

на стаціонарному лікуванні у відділенні онкогінекології Національного інституту раку за період з 2016 до 2018 р. До дослідження включено 33 пацієнтки, середній вік – 48,76±4,72 року. Усім пацієнткам застосовували НАХТ за схемою карбоплатин + паклітаксел кожні 3 тиж, 2–3 курси. Стадіювання раку проводили згідно з класифікацією FIGO. За допомогою критеріїв RECIST визначали ефективність проведеної терапії. Оцінювання локальної інвазії пухлинного процесу проводили на підставі даних комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії. Вірогідність безпомилкового прогнозу встановлювали при $p \leq 0,05$. Для статистичного оброблення отриманих результатів застосовували програму Statistica 10.

Результати

Загальна ефективність проведеної НАХТ становила 72,73%. У результаті проведеної терапії повну регресію фік-

сували у 8 (24,24%) пацієнток. У переважній більшості – 16 (48,49%) жінок – встановлено ознаки часткової регресії. Стабілізація процесу спостерігалася у решті 9 (27,27%) хворих. Прогресування пухлинного процесу у групі обстежених не виявлено. Під час порівняння показників інвазії стромы шийки матки та ураження локальних лімфатичних вузлів у групі пацієнток з повною та частковою ремісією спостерігалася достовірно кращі результати порівняно з аналогічними показниками групи пацієнток зі стабілізацією процесу

($p=0,02$ та $p=0,03$ відповідно). Під час порівняння показників інвазії параметрія достовірно різниці у групах не встановлено ($p=0,49$).

Висновки

Отже, доведено високу ефективність застосування неoad'ювантної хіміотерапії у лікуванні раку шийки матки, що дозволяє застосовувати методику як перший етап перед проведенням наступного хірургічного лікування.

Злокачественные опухоли яичника: гормональная связь

Ю.Г. Ткаля¹, В.С. Свинцицкий¹, С.В. Неспрядько¹, А.Н. Грабовой¹, Н.Ю. Лукьянова², В.Ф. Чехун²

¹Национальный институт рака, г. Киев

²Институт экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии им. Р.Е. Кавецкого НАН Украины, г. Киев

Цель исследования: изучение гормонообусловленности и гормонозависимости злокачественных опухолей яичника (ЗОЯ), клинической, прогностической и терапевтической значимости гормонального рецепторного статуса (ГРС) опухолевых клеток и его корреляции с клинико-морфологическими показателями ЗОЯ.

Материалы и методы

В ретроспективном исследовании приняли участие 303 больные с ЗОЯ разного гистогенеза I–IV стадии; изучена частота сопутствующих гиперпластических процессов эндометрия у пациенток всех возрастных периодов. Проведено иммуногистохимическое исследование парафиновых блоков операционного материала 284 больных для изучения ГРС опухолей разного морфологического генеза и определения гормонально-рецепторного фенотипа серозного рака яичника (РЯ). Иммуногистохимическое исследование экспрессии HER-2/neu и VEGF в опухолевых клетках выполнено на блоках операционного материала 104 больных серозным РЯ III стадии. Оценена общая, безрецидивная выживаемость и прогноз у пациенток с серозным РЯ в зависимости от гормонально-рецепторного фенотипа, HER-2/neu- и VEGF-статуса опухолей.

В проспективном исследовании приняла участие 41 больная с рецидивом серозного РЯ (основная группа) и 35 пациенток с хирургической менопаузой (контрольная группа), оперированных по поводу доброкачественной патологии матки. Изучен и сопоставлен гормональный гомеостаз пациенток двух групп. Проведено иммуногистохимическое исследование блоков операционного материала для изучения молекулярно-биологических особенностей серозного РЯ и функциональных кист яичника.

В экспериментальном исследовании *in vivo* использованы 72 крысы-самки линии Wistar, которым произведена внутрибрюшинная перевивка эстроген- и прогестерон-рецептор-положительной асцитной формы опухоли яичника (ОЯ). Изучена противоопухолевая активность агониста гонадотропин-рилизинг-гормона трипторелина и ингибитора ароматазы экземестана в монотерапии и в комбинации с цисплатином на модели перевиваемой злокачественной асцитной эстроген- и прогестерон-рецептор-положительной ОЯ; исследован лечебный патоморфоз и экспрессия VEGF в опухолевых клетках яичника; проанализирована выживаемость крыс с перевиваемой ОЯ при использовании лекарственных средств в монотерапии и в политерапии цитостатика с гормональными препаратами.

Результаты

Наличие сопутствующих гиперпластических процессов эндометрия выявлено у 60,0% больных с ЗОЯ с одинаковой частотой в разные возрастные периоды. У 65,0% пациенток диагностирована комплексная неатипическая гиперплазия эндометрия как результат хронических дисгормональных нарушений.

Положительный ГРС отмечен в серозном (рецепторы к эстрогенам (РЭ) – 66,4%, рецепторы к прогестерону (РП) – 63,4%, рецепторы к тестостерону (РТ) – 53,0%), муцинозном РЯ и в опухолях стромы полового тяжа с высокой экспрессией всех стероидных рецепторов. Однако наибольший процент рецепторположительных опухолей выявлен у больных с муцинозным РЯ (РЭ – 88,0%, РП – 84,0%, РТ – 60,0%) и с опухолями стромы полового тяжа (РЭ – 74,1%, РП и РТ – 77,8%), что подтверждается установленной корреляционной связью между морфологическим строением опухолей и экспрессией рецепторов стероидных гормонов (РЭ – $r=0,4$, РП – $r=0,4$, РТ – $r=0,3$; $p<0,05$) и достоверными различиями между частотой экспрессии РЭ и РП в опухолях различного гистологического типа ($p<0,05$).

Отмечена прямая связь между экспрессией РЭ, РП в ЗОЯ и возрастным периодом больных ($r=0,3$ для РЭ и РП; $p<0,05$) и слабая корреляция со стадией заболевания (РЭ – $r=-0,3$, РП – $r=-0,2$; $p<0,05$). Показано отсутствие влияния неoad'ювантной химиотерапии на частоту экспрессии стероидных рецепторов и не установлено корреляции со степенью дифференцировки ОЯ различного морфологического генеза (РЭ – $r=-0,07$, $p=0,4$; РП – $r=0,02$, $p=0,8$; РТ – $r=0,05$, $p=0,4$).

У больных серозным РЯ в постменопаузальный период отмечена наибольшая частота опухолей с позитивным гормонально-рецепторным фенотипом, особенно в поздней постменопаузе (52,4 и 39,0% соответственно; $p<0,05$). Установлена прямая корреляционная связь между гормонально-рецепторным фенотипом серозного РЯ и возрастным периодом больных ($r=0,5$; $p=0,002$), что позволяет предположить высокую чувствительность серозного РЯ как к эндогенным половым стероидам, так и к гормональной терапии больных в постменопаузальный период.

Однофакторный анализ показал достоверно низкую общую и безрецидивную выживаемость больных РЯ с опухолевой экспрессией РТ ($p=0,035$ и $p<0,05$ соответственно). По данным многофакторного анализа установлена достоверно низкая общая выживаемость больных с позитивным гормонально-рецепторным фенотипом серозного РЯ (29,5±3,4%),

чем у пациенток с негативным гормонально-рецепторным фенотипом опухолей (44,5±3,7%) ($p<0,05$). Позитивный ГРС (HR 1,4; 95% CI: 1,1–1,8), как и выраженная экспрессия РТ (HR 1,3; 95% CI: 1,1–1,9) в серозном РЯ, являются факторами неблагоприятного течения опухолевого процесса.

Позитивная экспрессия HER-2/neu в ОЯ наблюдалась у 61,6% больных, из них 46,2% – имели высокую степень и гиперэкспрессию этого маркера. У больных с HER-2/neu-позитивной опухолью установлена достоверно низкая общая (14,7±5,0%) и безрецидивная выживаемость (11,5±4,6%), чем у пациенток с HER-2/neu-негативным серозным РЯ (50,7±10,4 и 46,1±10,7% соответственно) независимо от ГРС опухолей ($p=0,0015$). Положительные HER-2/neu-опухоли (HR 1,8; 95% CI: 1,1–2,4), как и выраженная экспрессия РТ (HR 2,3; 95% CI: 2,0–3,4) независимо от HER-2/neu-статуса серозного РЯ, являются независимыми факторами неблагоприятного течения опухолевого процесса.

Позитивная экспрессия VEGF в опухолевых клетках наблюдалась у 44,2% больных серозным РЯ, из них у 32,7% больных отмечена гиперэкспрессия этого маркера.

При однофакторном и многофакторном анализе установлена достоверно низкая общая (10,9±6,0%) и безрецидивная выживаемость (4,8±3,8%) больных с VEGF-позитивной опухолью, чем у пациенток с VEGF-негативной (42,7±11,9 и 42,2±11,7% соответственно; $p=0,03$), независимо от гормонального рецепторного статуса серозного РЯ. Выявленная экспрессия РЭ, РП в VEGF-позитивной опухоли имеет неблагоприятное прогностическое значение у больных РЯ ($p=0,003$, $p=0,002$ соответственно). VEGF-позитивный серозный РЯ и выраженная экспрессия РЭ (HR 2,1; 95% CI: 1,4–3,2; $p=0,003$) и РП (HR 2,1; 95% CI: 1,1–3,0; $p=0,002$) в таких опухолях являются предиктивными факторами неблагоприятного течения опухолевого процесса.

Показатели гормонального гомеостаза больных с рецидивным РЯ не имели достоверных различий с таковыми у пациенток контрольной группы ($p<0,05$) и соответствовали референтным значениям уровней половых гормонов в постменопаузальный период.

Установлено, что у женщин контрольной группы экспрессия рецепторов стероидных гормонов, HER-2/neu и VEGF наблюдалась только в клетках функциональных кист яичника. Отмечена высокая частота экспрессии указанных маркеров как в клетках серозного РЯ (РЭ – 65,9%, РП – 63,4%, РТ – 56,1%, HER-2/neu – 65,9 и VEGF – 48,8%), так и в функциональных кистах яичника:

- фолликулярные кисты: РЭ – 75,0%, РП – 50,0%, РТ – 25,0%, HER-2/neu – 75,0% и VEGF – 50,0%;
- кисты желтого тела: РЭ – 61,5%, РП – 76,9%, РТ – 61,5%, HER-2/neu – 92,3% и VEGF – 69,2%.

Однако степень экспрессии этих маркеров была достоверно выше в серозном РЯ (33,7±4,9%, 29,5±4,8%, 23,7±4,1% и 38,5% против 10,0±3,3%, 12,6±4,1%, 10,0±3,8% и 18,6% соответственно; $p<0,05$).

Среди животных, пролеченных с помощью монотерапии цисплатином, трипторелином или экзестаном, наиболее выраженная антиангиогенная активность в клетках ОЯ отмечена при использовании гормональных препаратов (трипторелина – 39,4±1,9% и экзестана – 33,9±1,4%; $p=0,003$). Однако наиболее высокая степень лечебного патоморфоза в ОЯ наблюдалась при лечении цисплатином (11,7%; $p=0,001$). Комбинированное использование трипторелина и экзестана повысило антиангиогенную активность в клетках ОЯ (12,2±0,9%; $p=0,001$), достоверно не изменив показатели лечебного патоморфоза (22,1±0,4%; $p=0,005$) и выживаемости животных (32,2%; $p=0,007$), чем у крыс, пролеченных с помощью монотерапии трипторелином или экзестаном. Комбинированное применение цитостатика с трипторелином или экзестаном продемонстрировало достоверно высокие показатели лечебного патоморфоза (10,1±0,1% и 16,2±0,3% соответственно), антиангиогенной активности в клетках ОЯ (21,4±1,4% и 15,0±1,3% соответственно) и наиболее высокую выживаемость животных (100,0% и 85,7% соответственно), чем у крыс, пролеченных монотерапией цисплатином, трипторелином, экзестаном или комбинацией гормональных препаратов.

Выводы

Представленные результаты свидетельствуют о наличии общих факторов риска и механизмов гормонального патогенеза гормонозависимых доброкачественных заболеваний органов репродуктивной сферы и злокачественных опухолей яичника.

Установлены независимые факторы неблагоприятного прогноза серозного рака яичника (РЯ): постменопаузальный возраст больных; позитивный гормональный рецепторный статус опухолей (экспрессия всех стероидных рецепторов и позитивный гормонально-рецепторный фенотип серозного РЯ); HER-2/neu-позитивный и VEGF-позитивный статус опухолей.

Оценка уровней гормонов в сыворотке крови женщин постменопаузального возраста не дает полной информации о возможных вариантах развития патологических процессов, так как для реализации гормонального эффекта необходимо наличие достаточного уровня стероидных рецепторов в клетках тканей-мишеней.

Гормонотерапия повышает противоопухолевую активность цисплатина в яичниках крыс с перевиваемой злокачественной опухолью яичника.

Особливості анестезіологічного забезпечення при циторедуктивних операціях у хворих на рак яєчника

С.В. Ушаков, Л.Д. Сидоренко, А.С. Рекута, С.В. Неспрядько

Національний інститут раку, м. Київ

Циторедуктивні хірургічні втручання – це невід’ємний етап у комбінованому лікуванні хворих на рак яєчника. За останнє десятиліття погляди щодо підходів у хірургічному лікуванні пацієнток з раком яєчника змінились. Найбільшу увагу приділяють об’єму залишкової пухлини. Ураховуючи те, що у 80% випадків рак яєчника діагностують на III–IV

стадії і пухлинний процес поширюється за межі внутрішніх статевих органів, є необхідність у виконанні комбінованих хірургічних втручань (з резекцією кишки, перитонеотомією, спленектомією і т.д.). Це своєю чергою збільшує тривалість операції, об’єм крововтрати та вимагає певного рівня анестезіологічного забезпечення.

У Національному інституті раку розроблено протокол анестезіологічного забезпечення пацієнтів, яким виконують циторедуктивні втручання. Загальна анестезія, як правило, комбінується з епідуральною аналгезією – як під час операції, так і у післяопераційний період це доповнюється мультимодальною аналгезією, що включає в себе парацетамол, нестероїдні протизапальні препарати, опіати та епідуральну аналгезію. Такий підхід дозволяє значно зменшити дозу опіатів та прискорити активізацію хворих у післяопераційний період згідно із сучасними рекомендаціями ERAS.

Об'єм інфузійної корекції залежить від тривалості та об'єму циторедуктивного втручання, а також об'єму крововтрати, та становить 8–12 мл/кг/год. Доповнення процедури циторедуктивного втручання процедурою HIPEC супроводжується значними змінами у кровообігу та метаболізмі, а саме: збільшенням температури тіла, що у 20% випадків досягає 39 °С, розвитком та поглибленням метаболічного ацидозу, збільшенням продукції CO₂, а також зниженням загального судинного опору зі збільшенням серцевого індексу. Дані зміни потребують певної корекції від анестезіологічного забезпечення:

- 1) профілактика гіпертермії внутрішньовенним введенням охолоджених розчинів, використання антипіретиків та зовнішнє охолодження пацієнта;
- 2) зміна параметрів штучної вентиляції легенів зі збільшенням хвилинного об'єму дихання для попередження гіперкапнії з внутрішньовенним введенням NaHCO₃ для підтримання нормального рівня рН крові;
- 3) введення вазопресора для відновлення загального судинного опору.

Для ефективної корекції зазначених вище змін необхідна наявність апаратури для:

- вимірювання та корекції температури тіла,
- поглибленого та інвазивного моніторингу гемодинаміки з вимірюванням пульсу та тиску,
- оцінювання газового складу та кислотно-основного стану крові.

Виконання наведеної вище програми терапії дозволяє уникнути перенавантаження пацієнта об'ємом рідини, яка вводиться під час анестезіологічного забезпечення, що дозволяє йому відновитись у максимально короткі строки після виконання циторедуктивних хірургічних втручань, у тому числі з використанням HIPEC.

Циторедуктивна хірургія та HIPEC (Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy) у комбінованому лікуванні рецидивного раку яєчника

М.Т. Фецич, Н.А. Володько, Р.Р. Ярема

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета дослідження: вивчення клінічної ефективності застосування циторедуктивних втручань та гіпертермічної внутрішньочеревної хіміотерапії (hyperthermic intraperitoneal chemotherapy – HIPEC) у комбінованому лікуванні хворих на рак яєчників (РЯ) з імплантацийними метастазами, а також факторів прогнозу у таких хворих.

Матеріали та методи

Проведено аналіз ефективності застосування циторедуктивних втручань, HIPEC та системної хіміотерапії у комбінованому лікуванні 59 хворих на РЯ, що супроводжувався перитонеальним карциноматозом (49 хворих на рецидивний РЯ та 10 хворих на первинний РЯ). Середня тривалість останнього безрецидивного періоду до початку комбінованого лікування у хворих на рецидивний РЯ становила 16,2±24 міс (0,5–144 міс). З метою регресу інтраперитонеального рецидиву перед початком комбінованого лікування 22 (37,3%) хворим проводили неoad'ювантну хіміотерапію, у середньому 4±1,8 (від 2 до 8) циклів хіміотерапії.

Процедуру HIPEC проводили за «закритою» методикою протягом 90 хв з середньою інтраабдомінальною температурою 43,3±1,4 °С (від 39 до 44,5 °С) з використанням у платинових випадках інтраперитонеально цисплатину у дозі 100 мг/м², у разі платинорезистентних рецидивів – цисплатину у дозі 75 мг/м² та доксорубіцину 15 мг/м².

Результати

Післяопераційні хірургічні ускладнення розвинулись у 26 хворих, 60-денна післяопераційна летальність становила 6,8%. Мінімальний термін диспансерного спостереження за пацієнтами після комбінованого лікування становив 10 міс, максимальний – 84 міс.

Медіана безрецидивної та загальної виживаності 59 хворих на РЯ, яким проводили CRS+HIPEC та системну хіміотерапію, становила 13,9 міс та 30,2 міс відповідно. Проведено монофакторний аналіз потенційних чинників прогнозу. Статистично вірогідним впливом на виживаність характеризувалися наступні: наявність асцитів, хіміочутливість та тривалість безрецидивного періоду у хворих на рецидивний РЯ, перитонеальний індекс раку (PCI), ступінь повноти циторедукції, а також наявність екстраперитонеальних метастазів.

Висновки

Застосування тактики агресивного комбінованого лікування хворих на РЯ з перитонеальним карциноматозом з використанням циторедуктивних операцій та HIPEC демонструє прийнятні безпосередні результати та оптимістичні показники виживаності хворих. Більшість випадків післяопераційної летальності асоційовані з субмаксимальними показниками перитонеального індексу раку.

Лапароскопічні хірургічні втручання у хворих на рак шийки матки

К.В. Харченко¹, О.В. Поступаленко²

¹Київський міський клінічний онкологічний центр

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

На початку впровадження малоінвазивних хірургічних втручань у лікування хворих на рак шийки матки (РШМ) дослідницькі групи доводили можливість виконання адекватного об'єму лімфодисекції лапароскопічно, як референтний метод застосовували лапаротомну ревізію та, за потреби, видалення залишкових лімфатичних вузлів (ЛВ). У середньому їхня кількість збільшувалась на 2,8. Проте не було жодного випадку, коли у залишених ЛВ було діагностоване вторинне ураження. Більш пізніші публікації наводять результати щодо можливості видалення більшої кількості ЛВ лапароскопічно порівняно з відкритим доступом (25,5 проти 22) та зниження частоти локальних рецидивів (5,3% проти 17,2%).

Мета-аналіз Y.Z. Wang та співавторів (n=1539; 2015) доводить значно меншу інтраопераційну крововтрату (у середньому на 268,4 мл; p<0,01), зниження ризику післяопераційних ускладнень (OR [95% CI] = 0,46 [0,34–0,63]) та тривалості госпіталізації (у середньому на 3,22 доби; p<0,01) при лапароскопічних втручаннях порівняно з лапаротомними. Кількість видалених ЛВ, частота інтраопераційних ускладнень та чистота країв резекції суттєво не відрізнялись між групами. Показники загальної (HR [95% CI] = 0,91 [0,48–1,71]; p=0,76) та безрецидивної (HR [95% CI] = 0,97 [0,56–1,68]; p=0,91) виживаності були також без суттєвих відмінностей.

Результати опублікованих у 2018 р. досліджень LACC та NCDB поставили під питання онкологічну безпечність лапароскопічних втручань при РШМ.

За результатами проспективного рандомізованого трайлу LACC, лапароскопічна та робот-асистована радикальна гістеректомія була асоційована з вищою частотою рецидивів (HR [95% CI] = 3,74 [1,63–8,58]; p=0,002) та гіршою загальною виживаністю (HR [95% CI] = 6,00 [1,48–20,3]; p=0,004) порівняно з лапаротомним доступом у хворих на ранній РШМ.

Популяційне дослідження NCDB встановило відсутність різниці між групами щодо частоти параметральної інвазії, позитивних країв резекції чи ураженості ЛВ. Проте застосування малоінвазивних втручань було асоційоване зі зниженням виживаності (HR [95% CI] = 1,48 [1,10–1,98]), що негативно відбивається на тренді виживаності (зниження на 1% щороку).

Зважаючи хоча б на те, що результати досліджень LACC та NCDB були викладені скорочено у тезах та відсутні повноцінні текстові статті, що всебічно висвітлювали б зазначені трайли, наразі неможливо зробити остаточні висновки щодо їхніх результатів.

Застосування малоінвазивних хірургічних втручань у лікуванні хворих на РШМ залишається актуальним питанням, що потребує подальшого всебічного вивчення та визначення категорій пацієнток, у яких може безпечно та ефективно використовуватись.

Оцінювання регіонарних лімфатичних вузлів у хворих на рак ендометрія

К.В. Харченко¹, О.В. Поступаленко²

¹Київський міський клінічний онкологічний центр

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Наразі існують розбіжності стосовно тактики лікування раку ендометрія (РЕ), що найбільш виражено щодо питання лімфогенного метастазування. Дослідницькими групами PORTEC, GOG, SEPAL, ESMO, ESMO-ESTRO-ESGO описані шкали для виділення груп ризику. Розроблені численні прогностичні моделі, які перед- або післяопераційно дозволяють зробити припущення щодо можливості вторинного ураження лімфатичних вузлів (ЛВ). Жодна з них не отримала широкого впровадження у клінічну практику.

Метастатичне ураження ЛВ при РЕ є важливим фактором, що впливає на вибір ад'ювантного лікування та на прогноз перебігу онкологічного захворювання. Частота вторинного ураження ЛВ коливається від 11% (за результатами більш ранніх публікацій) до 22–24,8% (дослідження останнього десятиліття), що пояснюється використанням критеріїв GOG для визначення адекватного об'єму лімфодисекції (ЛД) – не менше 10 ЛВ. Аналогічна тенденція, за даними світової літератури, простежується і щодо поперекових ЛВ – частота їхнього ізолюваного вторинного ураження становить 2,7–16,7%.

Згідно з результатами рандомізованих проспективних досліджень (MRC ASTEC trial 2009, Benedetti Panici P. et al., 2008), рутинна ЛД не впливає на виживаність. Альтерна-

тивним вирішенням питання хірургічного стадіювання ЛВ є концепція сигнального лімфатичного вузла (СЛВ). Застосування її у хворих на РЕ дозволяє виявляти метастатичне ураження значно частіше порівняно з ЛД (16,2% проти 5,1%), що приводить до зниження частоти рецидивів бокової стінки таза на 68% протягом 48 міс. Висока інформативність СЛВ підтверджується результатами трьох мета-аналізів (Bodurtha Smith A.J. et al., 2017, Lin H. et al., 2017 та How J.A. et al., 2018): частота ідентифікації СЛВ становила 81–87%, двосторонньої – 50–61%, для поперекових ЛВ – 6–17%, чутливість методики – 91–96%. Holloway R.W. та співавтори (2017) наводять рекомендації згідно з консенсусом Society of Gynecologic Oncology (SGO), присвяченим питанню СЛВ при РЕ, у якому зазначається, що СЛВ наразі є найбільш точною методикою визначення статусу ЛВ.

Необхідність хірургічного стадіювання ЛВ у хворих на РЕ залишається очевидною. Зважаючи на частоту ураження, заслуговують уваги не лише зовнішні здухвинні та затульні ЛВ, а й всі інші групи тазових ЛВ, а також поперекові ЛВ до рівня ниркових вен. Концепція СЛВ дозволяє перейти від максимально можливого об'єму ЛВ для повноцінного стадіювання РЕ до мінімально необхідного, без зайвих ризиків з хірургічного та онкологічного погляду.

Імуноterapia поширеного раку яєчника з використанням дендритно-клітинної вакцини: досвід застосування

Н.П. Ціп, Н.М. Храновська, В.С. Свінцицький, О.В. Скачкова, О.О. Горбач
 Національний інститут раку, м. Київ

Рак яєчника (РЯ) є однією з найактуальніших проблем онкогінекології, що зумовлено складністю ранньої діагностики, прогностично несприятливим клінічним перебігом і високими показниками смертності. За експертною оцінкою Міжнародного агентства з вивчення раку, РЯ посідає сьоме місце у структурі захворюваності і четверте серед причин смертності, а в структурі пухлин жіночої репродуктивної сфери – відповідно четверте і перше місця. За даними GLOBOCAN, у 2018 р. зареєстровано близько 300 тис. нових випадків РЯ і 184 799 жінок померли від цього захворювання.

Така сама невтішна статистика і в нашій державі. За даними Національного онко-реєстру, захворюваність на РЯ в Україні у 2012 р. становила 16,0 з тенденцією до підвищення у 2016 р. – 17,5 на 100 тис. жіночого населення. Подібна тенденція відзначена і в показниках летальності: 2012 р. – 8,5 і 2016 р. – 9,4 на 100 тис. жіночого населення. До 1 року після встановлення діагнозу помирає близько 30% жінок із вперше встановленим діагнозом. Протягом останніх п'яти років РЯ є однією з основних причин смертності від раку серед українських жінок.

Сучасні досягнення у лікуванні хворих на РЯ (хірургічні методики, нео- і ад'ювантна хіміо- та таргетна терапія) переважно спрямовані на застосування максимальних обсягів хірургічного втручання і залучення у якнайбільшу кількість методів протипухлинного впливу. Однак більше 15 клінічних досліджень, проведених за останні чверть століття, не покращили результатів лікування хворих на РЯ. Тому залишається відкритим питання, який шлях є оптимальним – розширення об'ємів хірургічних втручань, пошук нових хіміопрепаратів, профілактичні заходи чи нові лікувальні підходи?

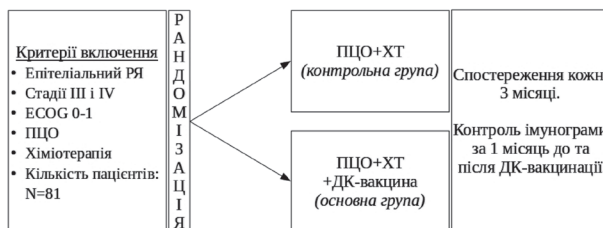
Одним з нових обнадійливих лікувальних підходів в онкології, що був відзначений Нобелівською премією 2018 р. у галузі медицини, є імунотерапія. РЯ вважається імуногенною пухлиною, що проявляє спонтанну протипухлинну імуну відповідь, тому в останні роки активно вивчаються можливості імунотерапії РЯ.

Одним із напрямків таких досліджень є вивчення специфічної активної імунотерапії на основі дендритних клітин (ДК).

Мета дослідження: вивчення ефективності нової ДК-вакцини у пацієток із поширеним епітеліальним РЯ (ЕРЯ).

Матеріали та методи

Вісімдесят одна пацієтка (середній вік – 52,8±11,8 року) з ЕРЯ (III та IV стадій) були включені у рандомізоване дослідження. До контрольної групи увійшли 40 жінок, яким була проведена первинна циторедуктивна операція (ПЦО) з подальшою ад'ювантною хімотерапією (ХТ) за протоколом СР. До основної групи увійшла 41 жінка, які отримували додатково до аналогічного стандартного лікування імунотерапію з використанням ДК-вакцини (малюнок).



Використовували ДК, навантажені лізатом пухлинних клітин, оброблених екзогенними цитотоксичними лектинами з *B.subtilis*. ДК ($4,62 \pm 0,37 \times 10^6$) вводили хворим основної групи внутрішньовенно через 4 тиж після завершення стандартного лікування (1–3 цикли ДК-вакцинотерапії з інтервалом 6 міс між циклами).

Результати

Використання ДК-вакцини не супроводжувалося ускладненнями і сприяло збільшенню три- та п'ятирічної загальної виживаності. Аналіз Каплана–Мейера засвідчив достовірне покращання трирічної загальної виживаності хворих основної групи: 61% проти 34% у контрольній групі (F Cox-тест: $p < 0,02$), HR 0,45; 95: CI=0,24–0,85, та п'ятирічної виживаності: 58% проти 23% у контрольній групі (F Cox test: $p < 0,01$), HR 0,42; 95: CI=0,23–0,77 (таблиця).

Група хворих	Загальна виживаність, %				
	1 рік	2 роки	3 роки	4 роки	5 років
Основна	100	76	61	59	58
Контрольна	77	61	34	28	23
Статистичні відмінності між групами (F-Cox test)	-	$p < 0,05$	$p < 0,02$	$p < 0,02$	$p < 0,01$
	Безрецидивна виживаність, %				
	1 рік	2 роки	3 роки	4 роки	5 років
Основна	77	55,6	42	35	35
Контрольна	65	43	19	10	5
Статистичні відмінності між групами (F-Cox test)	$p < 0,13$	$p < 0,18$	$p < 0,06$	$p < 0,05$	$p < 0,03$

Висновки

Отже, проведене дослідження свідчить про ефективність та безпечність імунотерапії з використанням ДК-клітинної вакцини у лікуванні хворих із поширеним епітеліальним раком яєчника (ЕРЯ).

Сьогодні обговорюються дві основні тенденції імунотерапії раку з використанням ДК-вакцин: впровадження ДК-вакцин нового покоління з підвищеною імуногенністю та поєднання ДК-вакцинації з іншими методами лікування раку. Ми підтримуємо гіпотезу про те, що імунотерапія з використанням ДК-вакцини найефективніша у пацієнтів із низьким пухлинним навантаженням, тобто у випадку пацієн-

єнток із ЕРЯ – це підтримувальна терапія після первинного лікування.

Разом із тим слід пам'ятати, що прийнятий сьогодні термін «епітеліальний рак яєчника» об'єднує пухлини, що відрізняються за біологією та клінічним перебігом. Сьогодні вже виділяють чотири молекулярні підтипи найагресивнішого низькодиференційованого серозного раку яєчника, що суттєво відрізняються за головним онкологічним критерієм – виживаністю пацієнтів. Однак стандарти лікування не враховують ці особливості, тому продовження вивчення імунотерапії раку яєчника є актуальним як для визначення оптимальних режимів імунотерапії, так і для формування груп пацієнток, у яких це лікування буде ефективним.

Можливості методу тривимірної енергетичної доплерографії у проведенні диференціальної діагностики ізольованих форм аденоміозу та аденоміозу у поєднанні з лейоміомою матки

К.В. Яковенко, В.С. Сухін

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва» НАМН України», м. Харків

Мета дослідження: вивчення показників об'ємного кровотоку тіла матки у жінок репродуктивного віку, хворих на різні форми аденоміозу, у тривимірному ангиорежимі для пошуку об'єктивних диференційно-діагностичних критеріїв даної патології.

Матеріали та методи

До основної групи дослідження увійшли 46 жінок у віці від 18 до 45 років, яким під час ультразвукового обстеження органів малого таза за стандартною методикою у двовимірному режимі був встановлений діагноз аденоміозу (АМ) 1–2-го ступеня. З 46 обстежених пацієнток у 23 (50%) випадках діагностували ізольований аденоміоз і у 23 (50%) випадках – аденоміоз у поєднанні з лейоміомою матки (ЛМ). Причому у всіх спостереженнях лейоміома матки поєднувалася з вогнищевою формою АМ. До групи порівняння увійшли 111 здорових жінок у віці від 18 до 45 років.

Дослідження гемодинаміки тіла матки жінок обох груп було проведено у режимі тривимірної ангиографії з використанням функції енергетичного картування і опції VOCAL (Virtual Organ Computer – aided Analysis) шляхом обчислення:

- індексу васкуляризації (VI), який характеризує відсоткове співвідношення судин у певному обсязі тканини;
- індексу кровотоку (FI), який характеризує інтенсивність кровотоку, що демонструє обсяг клітин крові, який переміщається у судинах на момент дослідження;
- васкуляризаційно-потокowego індексу (VFI), який є показником перфузії органа.

Результати

Було встановлено, що у жінок основної групи і групи порівняння показники об'ємних індексів кровотоку зберігали статистично значущу динаміку змін, які залежать від фаз

менструального циклу (МЦ): їхні значення були мінімальними у ранній проліферативній фазі МЦ, досягаючи свого максимуму у середній секреторній фазі за рахунок розвитку жовтого тіла у яєчнику і зменшуючись до пізньої секреторної фази МЦ. Достовірних відмінностей показників VI, FI, VFI тіла матки у жінок з різними видами АМ не виявлено.

Установлено достовірні відмінності перфузії матки жінок з АМ у поєднанні з лейоміомою матки у формі підвищення індексів васкуляризації порівняно з ізольованою формою АМ.

Однак, незважаючи на це, всі вони були достовірні нижче, ніж у групі порівняння, причому це стосується як ізольованої форми АМ, так і АМ у поєднанні з лейоміомою.

Висновки

Отримані результати вивчення показників індексів об'ємного кровотоку (VI, FI, VFI) тіла матки жінок з ізольованим аденоміозом (АМ) різних форм та АМ у поєднанні з лейоміомою матки дозволять, з одного боку, підвищити точність ультразвукової діагностики АМ на підставі констатації значного зниження даних індексів порівняно з такими у здорових жінок. З іншого – дозволять значно підвищити рівень проведення диференціальної діагностики між вузловою формою АМ і вузловою лейоміомою матки на підставі діагностики гіповаскуляризації міометрія при АМ. Також зниження показників вивчених індексів порівняно з нормою у жінок з лейоміомою матки свідчить про поєднання лейоміоми з АМ.

Отже, застосування тривимірних технологій у поєднанні з двовимірною ехографією, по-перше, дозволяє підвищити рівень ультразвукової діагностики АМ за рахунок об'єктивізації отриманих даних дослідження і констатації гіповаскуляризації міометрія у хворих з аденоміозом, а по-друге, виключає суб'єктивний підхід і гіпердіагностику даної патології.