

tient, family, and society / C.L. Carroll, R. Balkrishnan, S.R. Feldman // *Pediatr Dermatol.* – 2005. – 22. – P. 192–9.

9. Charman C. R. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema / C.R. Charman, A.D. Morris, H.C. Williams // *Br J Dermatol.* – 2000. – 142. – P. 931–936.

10. Eberlein B. Adjuvant treatment of atopic eczema: assessment of an emollient containing N-palmitoylethanolamine (ATOPA study) / B. Eberlein, C. Eicke, H. Reinhardt, J. Ring // *J Eur Acad Dermatol Venereol.* – 2008. – 22. – P. 73–82.

11. Finlay A.Y. Quality of life in atopic dermatitis / A.Y. Finlay // *J Am Acad Dermatol.* – 2001. – 45(1 Suppl.). – P. 64–66.

12. Hanifin J. Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk of relapse in atopic dermatitis patients / J. Hanifin, A. Gupta, R. Rajagopalan, C. Parker // *British Journal of Dermatology.* – 2002. – 147 (3). – P. 528–37.

Гирник Г.Е.

Влияние atopического дерматита на психологическое состояние и социальную адаптацию пациентов

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, г. Ивано-Франковск, Украина

E-mail: galingir@ukr.net

Резюме. В статье представлены результаты исследования влияния atopического дерматита (АД) на психологическое состояние и социальную адаптацию пациентов. Приведены современные данные особенностей патогенеза и клинического течения АД и некоторые аспекты лечения данного заболевания. Целью работы является исследование влияния течения АД на качество жизни пациентов. Описана техника определения дерматологического индекса качества жизни, уровней ситуационной и личностной тревожности, а также степень стрессоустойчивости у 45 больных и доказана необходимость этого исследования. Для данного исследования были отобраны больные АД в период обострения заболевания: индекс SCORAD составлял 40-90 баллов. Установлено, что уровень ситуационной тревожности у больных АД лиц составлял $(59,8 \pm 1,16)$ баллов, и достоверно отличался от такого же показателя у здоровых лиц $(43,7 \pm 1,21)$ баллов, $p < 0,001$. Уровень личностной тревожности у больных АД составлял $(79,8 \pm 0,24)$ балла и достоверно отличался от такого же показателя у здоровых лиц $(54,6 \pm 0,19)$, $p < 0,001$. Степень сопротивляемости стрессу у больных АД составлял $(293,4 \pm 9,5)$ балла и достоверно отличался от такого же показателя у здоровых лиц, который составлял $(173,6 \pm 19,9)$ балла, $p < 0,001$. **Выводы:** у больных с АД

качество жизни значительно хуже по сравнению со здоровыми, они физически и психологически зависят от многих факторов внешнего социального окружения, потому даже незначительный раздражитель способен спровоцировать обострение болезни и вызвать интенсивный зуд и психологический дискомфорт.

Ключевые слова: atopический дерматит, патогенез, психологическое состояние, социальная адаптация, дерматологический индекс качества жизни.

G.Ye. Girnyk

Impact of Atopic Dermatitis on the Psychological State and Social Adaptation of Patients

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

E-mail: galingir@ukr.net

Abstract. The article presents the results of investigation of the impact of atopic dermatitis (AD) on the psychological state and social adaptation of patients. Different ways of AD treatment were discussed. Modern data on AD clinical course and its manifestations were presented. The **objective of the research** was to study the impact of AD on the quality of life in patients. The dermatology life quality index, assessment of situational and personal anxiety levels and degree of stress resistance in 45 patients with AD were offered and the necessity of this research was proven. Patients with AD in the acute phase of the disease and a scoring atopic dermatitis (SCORAD) index of 40 – 90 were included into the study. The level of situational anxiety in patients with AD was (59.8 ± 1.16) points being significantly different from that of healthy individuals (43.7 ± 1.21) points, $p < 0.001$. The level of personal anxiety in patients with AD was (79.8 ± 0.24) points being significantly different from that of healthy individuals (54.6 ± 0.19) , $p < 0.001$. The degree of stress resistance in patients with AD was (293.4 ± 9.5) points while in healthy individuals it was (173.6 ± 19.9) points, $p < 0.001$. **Conclusion.** Quality of life in AD patients is significantly worse than in healthy people. People with atopic dermatitis are physically and psychologically dependent on many factors of external and social environment, as even the smallest stimulus can trigger acute stage of the disease causing intense itching and psychological discomfort.

Keywords: atopic dermatitis, pathogenesis, psychological state, social adaptation, dermatology life quality index.

Надійшла 06.04.2015 року.

УДК 618.1-006.04-021.3-036.87-089

Дронова В.Л.

Комплексне лікування первинних і рецидивних злоякісних пухлин органів таза

ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології» НАМН України.

dronovaviktoriya@gmail.com

Резюме. Актуальність теми. На сьогодні в Україні виконання як первинних, так і вторинних операцій у багатьох випадках не відповідає стандартам онкохірургічних втручань, що призводить до суттєвого збільшення частоти рецидивів пухлинного процесу з розвитком «хірургічних» ускладнень, зниження тривалості і якості життя оперованих пацієнтів. Це значною мірою стосується пухлин органів таза, частота яких серед злоякісних новоутворень в Україні сягає 17 %.

Мета дослідження. Визначення найбільш раціонального методу хірургічного лікування пацієнток з місцево-розповсюдженими первинними та рецидивними пухлинами таза на основі мультидисциплінарного підходу.

Матеріали та методи. Проведена оцінка результатів лікування 87 хворих, яким виконано екзентерацію тазу (ЕТ) з приводу первинних і рецидивних пухлин тазу з 2003 по 2014 рр. З метою статистичної обробки результатів були використані методи варіаційної статистики з оцінкою кумулятивної виживаності та частоти місцевих рецидивів методом Карлан-Меєр. Універсальний аналіз фак-

торів, що впливають на виживання, проведений з використанням long-rank test.

Результати. Тотальна ЕТ була виконана у 14 пацієнток, передня - у 8, задня - у 65 (у 25 - з резекцією сечового міхура). Медіана виживання для всієї групи пацієнток складала $11,2 \pm 0,2$ міс., а в середньому виживання - $19,1 \pm 0,3$ міс. та корелювала з чистотою країв резекції, наявністю віддалених метастазів, післяопераційних ускладнень. Поліпшення показників якості життя у післяопераційному періоді (SF 36) вдалося досягти у 89% пацієнток, яким були виконані R0 операції та 82,9% пацієнток з R1-2 резекціями. Найбільш високим виживанням було у пацієнток, оперованих з приводу рецидивних пухлин прямої кишки - медіана виживання 18,7 міс, для рецидиву раку шийки матки цей показник склав 9,7 міс., тіла матки-11,2 міс.

Висновки. Екзентерація тазу - єдиний метод, що дозволяє лікувати ряд ускладнень пухлинного процесу у хворих з первинними і рецидивними пухлинами таза, досягти задовільного локального контролю захворювання, розширити можливості для

проведення радіохіміотерапії, поліпшити якість життя хворих, незважаючи на високу частоту післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: первинні пухлини органів тазу, рецидивні пухлини органів тазу, екзентерація тазу.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Лікування пацієнтів з місцево-розповсюдженими первинними та рецидивними пухлинами тазу представляє складну та остаточно не вирішену проблему сучасної онкології, онкохірургії, онкогінекології та онкоурології. На сьогодні в клінічній онкології хірургічний метод перестав бути єдиним способом лікування хворих на злоякісні новоутворення різної локалізації. Причинами цього є суттєвий прогрес в удосконаленні методів та схем променевої, хіміотерапевтичної, таргетної дії на пухлину, що відображається у покращенні віддалених результатів лікування даної категорії хворих. В той же час роль хірургічного втручання у лікувальному процесі в онкологічних хворих зростає та є основним компонентом комбінованих і комплексних лікувальних програм [1]. На сьогодні в Україні виконання як первинних, так і вторинних операцій у багатьох випадках, не відповідає стандартам онкохірургічних втручань, що призводить до суттєвого збільшення частоти рецидивів пухлинного процесу з розвитком «хірургічних» ускладнень, зниження тривалості і якості життя оперованих пацієнтів. Це значною мірою стосується пухлин органів тазу, частота яких серед злоякісних новоутворень в Україні сягає 17%. Враховуючи технічну складність даних втручань, необхідність мультидисциплінарного підходу при виборі показань до виконання таких операцій, визначенні етапності лікування, труднощів реабілітації оперованих пацієнтів, та в подальшому низький рівень якості життя, в першу чергу, який обумовлений наявністю 2-х, а іноді і 3-х волигх стом, висхідним піелонефритом, великий рівень економічних витрат, високий відсоток післяопераційної летальності і незадовільні віддалені результати лікування, остаточно не визначені показання і терміни виконання екзентерації тазу (ЕТ), при цьому не оцінена доцільність виконання паліативних втручань, відсутні алгоритми комплексної післяопераційної реабілітації таких хворих.

Екзентерація тазу вперше була запропонована як паліативний метод лікування місцеворозповсюджених пухлин органів порожнини тазу [3]. Вперше ця операція була виконана Е. Bricker в Ellis Fisher State Cancer Center в 1940 р. з приводу розповсюдженого раку сечового міхура. Пріоритет розробки і впровадження ЕТ в онкогінекології належить А. Brunshwig (1948), який в своїх класичних роботах "Radical Surgery in Advanced Abdominal Cancer", "L'Exenteration pelvienne" та ін. чітко визначив показання до виконання даного типу втручань, описав особливості оперативної техніки [4]. У 1950 р. L. Appleby опублікував дані про 6 ЕТ, виконаних з приводу місцево розповсюдженого раку прямої кишки. В даний час в Україні відсутній науковий аналіз доцільності проведення таких втручань. На сьогодні показаннями до виконання ЕТ є місцево розповсюджені або рецидивні пухлини тазу (пряма кишка, шийка і тіло матки, піхва, вульварні пухлини, пухлини яєчників, передміхурової залози, саркоми), відсутність віддалених метастазів, можливість досягнення R0 резекції [4]. Останні дослідження показують, що з удосконаленням хірургічних технологій та комбінованих методів лікування такі протипоказання до операції, як її паліативний характер, наявність метастазів у лімфатичних вузлах (як тазових, так і парааортальних), похилий вік хворих, повинні бути переглянуті. Доцільність виконання паліативних ЕТ залишається предметом гострих дискусій [1,3]. Heger U. et al. відзначають, що інфільтрація стінок таза і резектабельні віддалені метастази не є протипоказаннями до виконання ЕТ і вважають за доцільне виконання паліативних екзентерацій. Guimaraes G. et al. показали, що актуаріальна 2-х річна виживаність після виконання паліативної ЕТ при гінекологічних пухлинах становить 15,4%,

Marnitz S. et al. - 10,5% (при цервікальних раках), Schmidt A. et al. показали, що при рецидивних цервікальних раках 5-річна виживаність становить 19%, а 10-річна - 18% - чого не вдається досягти при хіміопроменевої терапії.

Серед усіх виконуваних екзентерацій з приводу місцево-поширених пухлин малого тазу, контингент хворих з місцеворозповсюдженим раком шийки матки становить 70%. Так, за останні 5 років основним показанням до виконання ЕТ в США і Німеччині стали рецидив раку шийки матки (центральної) і персистенція цієї пухлини після первинної хіміопроменевої терапії. У той же час ні один центр у США не рекомендує цю операцію у пацієнок з ІВА ст. пухлинного процесу згідно International Federation of Gynecology and Obstetrics, в той час як у Німеччині при даній стадії операція виконується в 43% клінік. Згідно з даними Forner D. et al. 5-річне виживання хворих, яким виконана ЕТ з приводу цервікального раку IV А ст. становить 43% (медіана виживання - 30 міс.), залежно від наявності чи відсутності ураження лімфатичних вузлів ці цифри складають 15% і 70% та 15 міс. і 44 міс. відповідно. Хоча більшість дослідників показують істотно більш високе виживання після первинної екзентерації, деякі дослідники відзначають різницю у виживанні між первинною і вторинною екзентерацією. П'ятирічне виживання після ЕТ з приводу рецидивного раку шийки матки згідно з даними різних авторів становить 12-26,7% [4,5,6]. Ми підтримуємо думку про доцільність первинної ЕТ при цервікальному раку IV А ст.

У разі місцевопоширеного раку прямої кишки 5-річне безрецидивне виживання при первинному і рецидивному раку прямої кишки після ЕТ становить 52% і 13% з медіаною виживання 17 міс. і 8 міс. відповідно [7,8]. Інші показання до ЕТ зустрічаються значно рідше. При рецидивній карциномі ендометрію 5-річне виживання становить 45%.

При вульварному раку (первинному і рецидивному) 5-річне виживання після ЕТ складало 59% (83% та 40% при наявності та відсутності ураження лімфатичних вузлів), і 74% і 21% при R0 і R1 резекціях відповідно [6].

Частота ускладнень після ЕТ продовжує залишатися високою і становить 40 - 70% [5]. Факторами, які впливають на частоту ускладнень, є передопераційна променева терапія (доза більш 40-50 Gy), розширена диссекція, «порожній» таз, використання урinarної диверсії [6]. Використання великого сальника або шкірно-м'язового клаптя для пластики тазового дна істотно знижує частоту післяопераційних ускладнень. Rodriguiz-Bigas M. et al. показали, що післяопераційні ускладнення розвиваються у 67% хворих, які отримували променеву терапію і у 23% - що не отримували її. Частота як урinarних, так і гастроінтестинальних ускладнень істотно підвищується після променевої терапії. Згідно з даними Averette H. et al. [8] летальність, пов'язана з корекцією нориць, становить 40%, при цьому 93% з цих пацієнтів раніше отримували променеву терапію. Roberts W. et al показали, що частота релапаротомії після ЕТ становить 29%, при цьому летальність після операцій з приводу тонкокишкових фістул і непрохідності складає 40% і 50% відповідно. Ручний шов кукси прямої кишки суттєво знижує частоту тонкокишкових нориць порівняно з апаратним.

Ряд авторів показують, що формування J-pouch резервуара є більш безпечним, ніж колоанальний анастомоз кінець-в-кінець. Васкуляризований м'язовий клапоть є найбільш оптимальним для закриття «порожнього» тазу.

На сьогодні вік пацієнта не є протипоказанням до ЕТ. У ряді досліджень [4,5] показано, що частота післяопераційних ускладнень і летальності порівняна у хворих старше 70 років і молодих пацієнтів. Не вік, а супутня патологія (у т. ч. ускладнення проведеної раніше хіміопроменевої терапії) повинні бути критеріями відбору пацієнтів для оперативного лікування.

В даний час відсутні чіткі стандарти передопераційного

обстеження хворих, яким планується як первинна, так і вторинна ЕТ. Чувливість ПЕТ становить 100%, специфічність - 73% у виявленні віддалених метастазів, в Європі (Німеччина) перевага віддається МРТ.

На сьогодні відсутні єдині стандарти щодо ад'ювантної терапії у хворих з раком шийки матки після ЕТ при позитивному краї резекції та/або наявності метастазів у лімфатичні вузли. У Німеччині вона проводиться в 93% випадків, у США - у 74%.

Мета дослідження. Визначення найбільш раціонального методу хірургічного лікування пацієнток з місцеворозповсюдженими первинними та рецидивними пухлинами тазу на основі мультидисциплінарного підходу.

Матеріали і методи дослідження

В даній роботі, як результат сумісної наукової праці кафедри загальної хірургії №1, НМУ імені О.О. Богомольця та відділення оперативної гінекології ДУ ПАГ НАМН України, наведена оцінка результатів лікування 87 хворих, яким виконані ЕТ з приводу первинних (n=16) і рецидивних (n=71) пухлин тазу з 2003 по 2014 рр., вік пацієнтів від 24 до 71 р. (середній вік - 49,7 років). У 22 пацієнтів був рак прямої кишки (первинний - 0, рецидив - 22 (серед них I ст - 1, II - 11, III - 10), у 28 - рак шийки матки (первинний (IV A ст) - 9, рецидив - 19 (серед них I ст - 5, II - 8, III - 6), у 15 - рак яєчників (первинний - 4 (III ст C-2, IV-2), рецидив - 11 (I ст - 1, II - 4, III - 7), у 17 - рак тіла матки (первинний - 3 (IVA ст - 3), рецидив - 14 (I ст - 2, II - 9, III - 3), у 3 - саркома матки (первинна - 1, рецидив - 2), у 2 - рак передміхурової залози (первинний - 0, рецидив - 2). Всі випадки раку шийки матки були представлені плоскоклітинною карциномою (G1-4, G2-12, G3-9), пухлини прямої кишки - аденокарциномою - 20, плоскоклітинний рак - 2. Чоловіків було 15, жінок - 72. З 71 пацієнта з рецидивними пухлинами первинно були оперовані 67 (94,3%), з них 37 (52,1%) отримували неад'ювантну/ад'ювантну хіміотерапію (ХТ), хіміопроменеву терапію (ХПТ).

Чотири пацієнтки, хворі на рак шийки матки, отримували тільки ХПТ. Необхідно відзначити, що в більшості випадків обсяг первинної операції був неадекватним («мінімальна» резекція сальника замість оментумектомії, відсутність адекватної лімфаденектомії, перев'язки судин тощо).

60 пацієнтів з рецидивними пухлинами (84,5%) отримували ХТ або ХПТ терапію (рак прямої кишки - 19 (46-60 Gy) у поєднанні з ХТ, 3 - тільки ХТ, рак шийки матки - 15 (від 20 до 80 Gy), всі з ХТ, рак тіла матки - 10 (20-60 Gy)), всі з ХТ, рак яєчників - 8 (27-50 Gy) всі з ХТ, рак передміхурової залози - 2 (хіміо-гормонопроменева терапія). При рецидиві пухлини 48 (67,7%) пацієнтів були оперовані (в середньому 2,8 разів, від 1 до 7 разів).

Ускладнення пухлинного процесу (кишкова непрохідність, обструкція сечоводів, клубових судин, тазові абсцеси, арозивні кровотечі тощо, їх комбінації) відзначені у 82 (94,2%) пацієнтів.

Передопераційне обстеження, крім рутинних методів дослідження, включало МСКТ та/або МРТ тазу. Всім пацієнтам виконували МСКТ органів грудної та черевної порожнини, при підозрі на метастатичне ураження печінки - МРТ печінки, у т. ч. з гепатоспецифічними контрастами (MULTIPHASE). Позитронна емісійна томографія (ПЕТ) виконана у 16 хворих. Для оцінки ступеня залучення сечових шляхів використовували екскреторну урографію, реносцинтиграфію, цистоскопію.

Стадіювання пухлинного процесу, за винятком сарком, проводилося з використанням класифікації AJCC TNM 2002 р., рецидивних пухлин прямої кишки - відповідно з класифікацією Wanebo. У 10 пацієнтів на підставі передопераційних методів обстеження виявлені метастази в печінку (7 хворих - рак прямої кишки, 2 - рак яєчника, 1 - рак шийки матки).

Результати дослідження та їх обговорення

Тотальна ЕТ була виконана у 14 пацієнтів, передня - у 8, задня - у 65 (у 25 - з резекцією сечового міхура). Показанням до виконання резекції стінки сечового міхура була інвазія пухлини на ділянці не більше 4 см в діаметрі, відсутність ураження слизової оболонки та віддаленість від шийки міхура не менше, ніж на 3 см. Субтотальна резекція сечового міхура виконувалась при пухлинах, що врастають на ділянці 5 см і більше, без проростання слизової оболонки і ураження шийки сечового міхура. Показанням до виконання цистек-

томії були пухлини, що врастають у стінки сечового міхура на ділянці 5 см і більше, проростають слизову оболонку міхура або пухлина з переходом на шийку сечового міхура. У 18 випадках цілісність задньої стінки сечового міхура відновлювалася дворядними швами. У 7 випадках резекція задньої стінки супроводжувалась резекцією сечоводів, що вимагало реімплантації останніх в стінку сечового міхура. Показанням до резекції сечоводів були пухлинні і променеві стриктури, що локалізувались в нижній третині сечоводів. З 37 (100%) у 35 хворих (94,6%) був відновлений природний відтік сечі, у 2 (5,4%) випадках виконана операція типу Бріккера. І-подібна пластика сечоводу - у 15 (6 - одного, 9 - обох). У 4 (10,8%) випадках виконано уретероанастомоз способом «кінець в кінець» на стенті. У 6 (16,2%) випадках сформований J-подібний ортотопічний сечовий міхур.

Резекція та протезування клубових судин виконано у 17 пацієнтів, розширена парааортальна лімфаденектомія - у 38, резекція печінки - у 4, кріоабляція метастазів печінки - у 3, енуклеція метастазів печінки - у 3, нефректомія - у 8, кріоабляція стінок тазу, судинних структур - у 15 хворих. R0 резекція досягнута у 61 (70,1%), R1 - у 16, R2 - у 10 пацієнтів.

З метою статистичної обробки результатів були використані методи варіаційної статистики з оцінкою кумулятивної виживаності та частоти місцевих рецидивів методом Kaplan-Meier. Уніваріантний аналіз факторів, що впливають на виживання, проведений з використанням long-rank test [2].

Тривалість операції склала 390 (від 340 до 980) хв., крововтрата - 1200 мл (від 300 до 4100) мл, післяопераційна летальність - 8,04% (померло 7 пацієнтів), частота післяопераційних ускладнень - 40,2% (35 пацієнтів), релапаротомії - 14,4% (11 пацієнтів), середня тривалість перебування пацієнта в стаціонарі 20 (11 - 82) днів. Тривалість післяопераційного моніторингу - 18 (2 - 64) міс. Локальний контроль захворювання був досягнутий у 43 пацієнтів, у 1 хворого відзначався ізольований місцевий рецидив, у 6 - місцевий і системний рецидив. Медіана виживаності для всієї групи пацієнтів склала 11,2±0,2 міс., а середня виживаність - 19,1±0,3 міс. та корелювала з чистотою країв резекції, наявністю віддалених метастазів, післяопераційних ускладнень. Цей показник достовірно відрізнявся у пацієнтів, яким були виконані R0 і R1-2 операції (27±0,36 та 11,2±0,7 міс.). Поліпшення показників якості життя у післяопераційному періоді (SF 36) вдалося досягти у 89% пацієнтів, яким були виконані R0 операції та 82,9% пацієнтів з R1-2 резекціями. Найбільш високою виживаністю була у пацієнтів, оперованих з приводу рецидивних пухлин прямої кишки - медіана виживаності 18,7 міс, для рецидиву раку шийки матки цей показник склав 9,7 міс., тіла матки - 11,2 міс. Виживаність у кожній нозологічній підгрупі корелювала з чистотою країв резекції, наявністю віддалених метастазів, післяопераційних ускладнень.

Висновки

1. Екзентерація тазу - єдиний метод, що дозволяє ліквідувати ряд ускладнень пухлинного процесу у хворих з первинними і рецидивними пухлинами тазу, досягти задовільного локального контролю захворювання, розширити можливості для проведення радіохіміотерапії, поліпшити якість життя хворих, незважаючи на високу частоту післяопераційних ускладнень.

2. Використання абляційних технологій дозволяє істотно розширити резектабельність пухлини, однак необхідні подальші дослідження для визначення показань до паліативних екзентерацій.

3. Ретельний передопераційний скринінг з використанням візуалізаційних технологій (МСКТ, МРТ з дифузією та гепатоспецифічними контрастами, ПЕТ) з чітким своєчасним мультидисциплінарним визначенням показань до опера-

тивного лікування призводить до покращення результатів даних операцій.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому дослідженні ефективності екзентерації таза як хірургічного етапу лікування хворих на місцеворозповсюджені пухлини малого таза.

Література

1. Федоренко З.П., Рак в Україні, 2009-2010: захворюваність, смертність, показателі діяльності онкологічної служби [Електронний ресурс] / З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко, Л.О. Гулак і др. // Бюллетень національного канцер-реєстра України. – Київ: Національний інститут рака, 2011. – видання № 12.
2. Косенко І.А. Екзентерація таза у больных раком шийки матки : обзор літератури // І.А.Косенко, О.П. Матилевич // Онкологічний журнал. – 2008. – Т.2, №4(8). – С. 82-89.
3. Ferenschild F.T. Total pelvic exenteration for primary and recurrent malignancies / F.T.Ferenschild, M.Vermaas, C.Verhoef et al. / World J Surg. – 2009 Jul. – 33(7). – P. 1502-1508.
4. Zoucas E. Pelvic exenteration for advanced and recurrent malignancy / E.Zoucas, S.Frederiksen, M.L.Lydrup et al.// World J. Surg. – 2010 Sep. – 34(9). – P. 2177-2184.
5. Ferron G. Pelvic exenteration: State-of-the-art and perspectives / G.Ferron, C.Pomel, A.Martinez et al.// Gynecol. Obstet. Fertil. – 2012 Jan. – 40(1). – P. 43-47.
6. Fomer D.M. Exenteration in the treatment of Stage III/IV vulvar cancer / D.M.Fomer, B.Lampe // Gynecol. Oncol. – 2012 Jan. – 124(1). – P.87-91.
7. Чиссов В.И. Экзентерация малого таза в лечении пациентов с местно-распространенным рецидивом рака прямой кишки / В.И.Чиссов, С.Л.Шляков, Н.А.Гришин и др. // Российский онкологический журнал. – 2009. – № 6. – С. 4-9.
8. Benn T. Pelvic exenteration in gynecologic oncology: a single institution study over 20 years / T.Benn, R.A.Brooks, Q.Zhang et al. / Gynecol. Oncol. – 2011 Jul. – 122(1). – P. 14-18.

Дронова В.Л.

Комплексное лечение первичных и рецидивирующих злокачественных опухолей органов таза

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекология НАМН Украины»

Резюме. Актуальность темы. На сегодня в Украине выполнение как первичных, так и вторичных операций в ряде случаев не соответствует стандартам онкохирургического вмешательства, что приводит к существенному увеличению частоты рецидивов опухолевого процесса с развитием «хирургических» осложнений, снижению продолжительности и качества жизни оперированных пациентов. Это в значительной степени касается опухолей органов таза, частота которых среди злокачественных новообразований в Украине достигает 17%.

Цель исследования. Определение наиболее рационального метода хирургического лечения пациенток с местно-распространенными первичными и рецидивирующими опухолями таза на основании мультидисциплинарного подхода.

Материалы и методы. Проведена оценка результатов лечения 87 больных, которым выполнено экзентерацию таза (ЭТ) по поводу первичных и рецидивных опухолей таза с 2003 по 2014 гг. С целью статистической обработки результатов были использованы методы вариационной статистики с оценкой кумулятивной выживаемости и частоты местных рецидивов методом Kaplan-Meier. Унивариантный анализ факторов, влияющих на выживание, проведенное с использованием long-rank test [2].

Результаты. Тотальная ЭТ была выполнена у 14 пациенток, передняя - в 8, задняя - в 65 (в 25 - с резекцией мочевого пузыря).

Медиана выживаемости для всей группы пациентов составила $11,2 \pm 0,2$ мес., а средняя выживаемость - $19,1 \pm 0,3$ мес. и коррелировала с чистотой краев резекции, наличием отдаленных метастазов, послеоперационных осложнений. Улучшение показателей качества жизни в послеоперационном периоде (SF 36) удалось достичь у 89% пациентов, которым были выполнены R0 операции и 82,9% пациентов с R1-2 резекции. Наиболее высокой выживаемостью была у пациентов, оперированных по поводу рецидивных опухолей прямой кишки - медиана выживаемости 18,7 мес, для рецидива рака шейки матки этот показатель составил 9,7 мес., Тела матки - 11,2 мес.

Выводы. Экзентерация таза - единственный метод, позволяющий ликвидировать ряд осложнений опухолевого процесса у больных с первичными и рецидивирующими опухолями таза, достичь удовлетворительного локального контроля заболевания, расширить возможности для проведения радиохимиотерапии, улучшить качество жизни больных, несмотря на высокую частоту послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: экзентерация таза, первичные опухоли, рецидивные опухоли.

V.L. Dronova

Integrated Treatment of Primary and Recurrent Malignant Tumors of the Pelvis

State Institution "Institute of pediatrics, obstetrics and gynecology NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Abstract. Rationale. Nowadays in Ukraine the conduction of both primary and secondary operations do not meet the standards of oncosurgical interventions in some cases leading to a significant increase in the frequency of the tumor process recurrence with the development of "surgical" complications, decrease in the duration and quality of operated patients' life. This greatly concerns pelvic tumors. Their frequency reaches 17% among malignant neoplasms in Ukraine.

The objective of the research was to determine the most efficient method of surgical treatment of patients with locally advanced primary and recurrent pelvic tumors on the basis of a multidisciplinary approach.

Materials and Methods. The results of treatment of 87 patients who had undergone pelvic exenteration (PE) on the primary and recurrent pelvic tumors from 2003 to 2014 were assessed. Methods of variation statistics with the assessment of cumulative survival and local recurrence frequency by Kaplan-Meier method were used for the purpose of statistical processing of the results. Univariate analysis of the factors affecting survival was carried out with the use of long-rank test [2].

Results. 14 patients underwent total PE; the frontal one was performed in 8 patients, and 65 patients underwent the back PE (including 25 with the bladder resection). Median survival for the entire group of patients was 11.2 ± 0.2 months, and the average survival rate comprised 19.1 ± 0.3 months and correlated with the purity of resection borders, the presence of distant metastases, post-operative complications. Improving the quality of life in the postoperative period (SF 36) was achieved in 89% of patients who underwent R0 surgery and 82.9% of patients with R1-2 resection. The highest survival rate was in patients operated on for recurrent tumors of the rectum - the median survival of 18.7 months for recurrent cervical cancer, the figure was 9.7 months, body of womb - 11.2 months.

Conclusions. Pelvic exenteration is the only method to eliminate a number of tumor complications in patients with primary and recurrent tumors of the pelvis to achieve a satisfactory local control of the disease, improve the ability to carry out radiochemotherapy, improve the quality of patients' life, despite the high incidence of postoperative complications.

Keywords: pelvic exenteration, primary malignancies, recurrent malignancies.

Надійшла 25.05.2015 року.