

3. Kroese LF, Kleinrensink GJ, Lange JF, Gillion JF, Ain JF, Beck M, et al. External validation of the european hernia society classification for postoperative complications after incisional hernia repair: a cohort study of 2,191 patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 2018, 226.3: 223-229.

4. Mackay B, King B, O'Sullivan C. How to do a composite mesh repair for the recurrent ventral abdominal hernia. *ANZ J Surg*. 2014 Jul-Aug;84(7-8):584-5. doi: 10.1111/ans.12650. Epub 2014 May 7. PMID: 24801804.

5. Mancini GJ, Alexander AM. Tissue ingrowth: The mesh–tissue interface: What do we know so far? In: *The SAGES Manual of Hernia Repair*. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 253–69.

6. Omarov N, Tashtemirova O, Imangazinov S, Tashtemirov K, Kazangapov, R., Surgical Treatment of Ventral Hernia in the Obese Patients. *Systematic Reviews in Pharmacy*. 2020;11.12: 1014-1019.

7. Piatnochka VI. Unresolved issues of surgical treatment of patients with postoperative ventral hernia given comorbidity. *Bulletin of Scientific Research*. 2017;1:11-15.

8. RezK M, Saleh G, El-Gohary H, Allam A. Comparative Study between Heavy-weight Mesh and Light-weight Mesh in Ventral Hernia Repair. *Benha Journal of Applied Sciences*. 2020;5(6):1-6.

9. Schwarz J, Reinpold W, Bittner R. Endoscopic mini/less open sublay technique (EMIOS)—a new technique for ventral hernia repair. *Langenbeck's Archives of Surgery*. 2016;402(1):173-180.

10. Shamsiev A, Davlatov S, Saydullaev Z. Optimization of treatment of patients with postoperative ventral hernia. *Science, technology and education*. 2017;40:94-99.

Робота надійшла до редакції 26.07.2021 року.  
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування.

УДК 618.11-006.6-085.28.036.8

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.5593336>

*A. I. Рыбин, A. O. Варабіна*

## **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ ЯК ІНДИКАТОР ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ АД'ЮВАНТНОЇ ПЛАТИНОВОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ**

Одеський національний медичний університет, Україна

Рыбин А. <https://orcid.org/0000-0002-1145-6690>

Варабіна А. <https://orcid.org/0000-0003-1807-2080>

**Summary.** Rybin AI, Varabina AO. **QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH OVARIAN CANCER AS AN INDICATOR OF FUNCTIONAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ADJUVANT PLATINUM CHEMOTHERAPY.** -*Odessa National Medical University; e-mail: andriy.rybin@gmail.com.* **The aim:** to assess the quality of life in platinum-resistant patients with ovarian cancer depending on the degree of pharmacoresistance and differentiated use of chemotherapy.

**Materials and methods.** The study was conducted on the basis of the University Clinic of the Odessa National Medical University during 2014 - 2020. 350 patients with adenocarcinoma of the ovaries of III-IV stage were examined, who performed cytoreductive operations. **Results and discussion.** It is shown that the initial values on the subscales of the questionnaires EORTC QLQ-C30 and FACT-G in patients classified as different clinical groups were compared. When using a differentiated approach in the treatment of patients with OC, the indicators on the scales of physical (PF), role (RF) and emotional functioning (EF) were significantly improved. In addition, the intensity of nausea (NV) and general weakness (FA) decreased in patients of groups III and IV. In the case of differentiated use of chemotherapeutic agents with metabolic support, the total score according to the FACT-G questionnaire was  $77.8 \pm 0.9$  points in group III, and  $77.9 \pm 0.8$  points in group IV, which significantly exceeds the received in I and II groups -  $72.2 \pm 1.2$  and  $71.6 \pm 0.9$  points. The described differences were kept throughout the period of catamnestic observation. **Conclusions:** The use of a differentiated approach in the treatment of patients with RI significantly improved indicators on the scales of physical (PF), role (RF) and emotional functioning (EF). After treatment, the intensity of nausea (NV) and general weakness (FA) decreased in patients of groups III and IV. The described differences were retained for 12 months after the completion of the course of treatment. Prospects for further research are related to the study of the dynamics of life quality of patients with OC at the subsequent stages of catamnestic observation.

**Key words:** ovarian cancer, treatment, chemotherapy, platinumresistance, platinumrefraction, quality of life

**Реферат.** Рыбин А. И., Варабина А. А. **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ КАК ИНДИКАЦИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АДЬЮВАНТНОЙ ПЛАТИНОВОЙ ХИМИОТЕРАПИИ.** Цель работы - оценить качество жизни в платинорезистентных больных с раком яичника в зависимости от степени фармакорезистентности и дифференцированного применения химиотерапии. **Материалы и методы.** Исследование проведено на базе клиники Одесского национального медицинского университета в течение 2014 - 2020 г. г. Было обследовано 350 пациенток с аденокарциномой яичников III-IV стадии, которым была выполнена циторедуктивная операция. **Результаты и их обсуждение.** Показано, что исходные значения по субшкалам опросников EORTC QLQ-C30 и FACT-G у пациенток отнесенных к различным клиническим группам были сопоставимы. При применении дифференцированного подхода в лечении пациенток с РЯ значительно улучшались показатели по шкалам физического (PF), ролевого (RF) и эмоционального функционирования (EF). Кроме того, у больных III и IV групп уменьшалась интенсивность тошноты (NV) и общей слабости (FA). При дифференцированном применении химиотерапевтических средств с метаболической поддержкой суммарная оценка по опроснику FACT-G составила в III группе  $77,8 \pm 0,9$  баллов, а в IV группе -  $77,9 \pm 0,8$  баллов, что достоверно превышает показатели получены в I и II группа -  $72,2 \pm 1,2$  и  $71,6 \pm 0,9$  баллов. Описанные различия удерживались в течение всего срока катamnестического наблюдения. Висновки. Застосування дифференцированного підходу в ліченні пацієнток з РЯ значно покращували показники за шкалами фізичного (PF), ролевого (RF) і емоціонального функціонування (EF). Після проведеного лічення у больних III і IV груп зменшувалась інтенсивність тошноти (NV) і загальної слабості (FA). Описані відмінності збереглися впродовж 12 місяців після завершення курсу лічення. Перспективи дальніших досліджень пов'язані з дослідженням динаміки якості життя пацієнток з РЯ на наступних етапах катamnестического спостереження.

**Ключевые слова:** рак яичников, лечение, химиотерапия, платинорезистентность, платинорефрактерность, качество жизни.

**Реферат.** Рибін А. І., Варабіна А. О. **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ ЯК ІНДИКАТОР ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ АДЬЮВАНТНОЇ ПЛАТИНОВОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ.** Мета роботи – оцінити якість життя у платинорезистентних хворих з раком яєчника в залежності від ступеня фармакорезистентності та диференційованого застосування хіміотерапії. **Матеріали та**

**методи.** Дослідження проведене на базі Університетської клініки Одеського національного медичного університету протягом 2014 - 2020 р. р. Було обстежено 350 пацієток з аденокарциномою яєчників III-IV стадії, яким було виконано циторедуктивні операції. **Результати та їх обговорення.** Показано, що вихідні значення за субшкалами опитувальників EORTC QLQ-C30 та FACT-G у пацієток віднесених до різних клінічних груп були порівнявані. При застосуванні диференційованого підходу у лікуванні пацієток з РЯ значно покращувалися показники по шкалах фізичного (PF), рольового (RF) та емоційного функціонування (EF). Крім того, у хворих III та IV груп зменшувалася інтенсивність нудоти (NV) та загальної слабкості (FA). При диференційованому застосуванні хіміотерапевтичних засобів з метаболічною підтримкою сумарна оцінка за опитувальником FACT-G склала у III групі  $77,8 \pm 0,9$  балів, а у IV групі -  $77,9 \pm 0,8$  балів, що достовірно перевищує показники отримані у I та II групах -  $72,2 \pm 1,2$  та  $71,6 \pm 0,9$  балів. Описані відмінності утримувалися протягом всього терміну катамнестичного спостереження. **Висновки.** Застосування диференційованого підходу у лікуванні пацієток з РЯ значно покращувалися показники по шкалах фізичного (PF), рольового (RF) та емоційного функціонування (EF). Після проведеного лікування у хворих III та IV груп зменшувалася інтенсивність нудоти (NV) та загальної слабкості (FA). Описані відмінності утримувалися протягом 12 місяців після завершення курсу лікування. Перспективи подальших досліджень пов'язані з дослідженням динаміки якості життя пацієток з РЯ на подальших етапах катамнестичного спостереження.

**Ключові слова:** рак яєчників, лікування, хіміотерапія, платинорезистентність, платинорефрактерність, якість життя

**Вступ.** Злоякісні пухлини яєчника залишаються одною з основних причин смерті в онкогінекологічній практиці. У світі більше ніж у 200000 жінок кожного року діагностують рак яєчника (РЯ) й 100000 жінок кожного року помирають від цього захворювання. Прижиттєвий ризик виникнення раку яєчника оцінюється експертами як 1/70 [1; 4; 5; 7].

Найбільш часто рак яєчника діагностують у жінок у віці 55-64 років. Захворюваність на РЯ складає від 3,1 випадків на 100000 жінок в Японії до 21 випадку на 100000 жінок у Швеції. В цілому, найвищі рівні захворюваності притаманні країнам Скандинавії, Німеччини, Бенілюксу, Великої Британії, Канади та США. Натомість, в країнах Азії РЯ зустрічається значно рідше, так само як й серед емігрантів з азіатських країн в економічно розвинутих країнах Європи та Північної Америки. Найбільш точно описує ризик виникнення РЯ модель Hippisley-Cox-Coupland, відповідно до якої дві третини випадків захворювання відбуваються протягом 2 років у 10% жінок з найвищим ризиком розвитку РЯ [1; 2; 5; 6]. При цьому у якості факторів ризику виступають безпліддя та бездітність, ранне менархе та пізня менопауза, застосування оральних контрацептивів, обтяжений спадковий анамнез щодо пухлин яєчників та молочної залози, тривала терапія гормональними препаратами, споживання лактози та професійні шкідливості пов'язані з впливом канцерогенів та мутагенів.

Загалом, проблема РЯ має неабияке медико-соціальне значення. Лише в останні роки був досягнутий певний прогрес у збільшенні п'ятирічної виживаності хворих на РЯ, переважно завдяки впровадженню ефективних схем хіміотерапії [8]. Втім, близька 40% хворих є первинно-резистентними до препаратів платини, які розглядаються у якості препаратів першої лінії. В залежності від термінів прогресування хвороби розрізняють платиночутливі пухлини (прогресують більш ніж через 6 місяців після терапії першої лінії), платинорезистентні (прогресують протягом 6 місяців після терапії першої лінії) та платинорефрактерні (прогресують під час хіміотерапії першої лінії з включенням препарату платини) [9]. При цьому функціональній оцінці впливу протипухлинної терапії у пацієток з РЯ на якість життя донедавна приділялося недостатньо уваги.

Якість життя (ЯЖ) сьогодні розглядається як один з найбільш інформативних показників, що характеризують ступінь адаптованості людини до умов проживання та загальний стан його здоров'я та дозволяють визначити необхідність у медичній та психосоціальній адаптації. Останніми роками вивчення ЯЖ, що відноситься до здоров'я

(health related quality of life, HRQL), розвивається як окрема медична наука, яка має свої методи дослідження, критерії оцінки, сферу застосування та ін. Вона базується на визначенні ЯЖ Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), як індивідуального співвідношення свого положення у житті спільноти у контексті культури і системи цінностей суспільства з цілями даного індивідууму, його планами, можливостями і ступенем загальної невлаштованості [12]. Тобто сприйняття людиною своєї позиції в житті, утому числі фізичного, психічного і соціального благополуччя, незалежно від якості середовища, у якому вона живе, ступеня задоволеності конкретним рівнем життя й іншими складовими психологічного комфорту [7; 9].

Одним з найбільш популярних інструментів визначення ЯЖ в онкологічній практиці є опитувальник Європейської організації дослідження та лікування раку - EORTC QLQ-C30 - розроблений Групою оцінки якості життя Європейської організації дослідження та лікування раку (EORTC Quality of Life Study Group) [12]. Сучасна версія 3-го перегляду складається з 30 питань і включає 5 функціональних шкал (фізичне функціонування (PF), рольове функціонування (RF), когнітивне функціонування (CF), емоційне функціонування (EF) і соціальне функціонування (SF)); 3 шкали симптоматики - слабкість (FA), нудота (NV) і біль (PA); а також 6 додаткових критеріїв: порушення сну (SL), анорексія (AR), констипація (CO), діарея (DI), задишка (DY), фінансові труднощі (FI). Це один популярний діагностичний інструмент - опитувальник оцінки функцій онкологічного хворого, Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) -, розроблений D. Gellaetal. [7; 12]. Сучасна версія FACT-G включає 27 питань і оцінює якість життя по 4 шкалами: фізичного, соціального, емоційного функціонування і благополуччя в повсякденному житті. Обидва опитувальника (EORTC QLQ-C30 і FACT-G) є модульними, тобто включають базовий опитувальник, до якого може бути додано специфічні питання з урахуванням того чи іншого типу пухлини або програми лікування. Втім, досі нема жодного дослідження в яких би аналізували особливості ЯЖ у хворих на РЯ з різним ступенем чутливості до препаратів платини.

**Мета** даного дослідження: оцінити якість життя у платинорезистентних хворих з раком яєчника, в залежності від ступеня фармакорезистентності та диференційованого застосування хіміотерапії

#### **Матеріал та методи дослідження**

Дослідження проведене на базі Університетської клініки Одеського національного медичного університету протягом 2014 - 2020 р. р. Було обстежено 350 пацієток з аденокарциномою яєчників III-IV стадії, яким було виконано циторедуктивні операції, та з яких було сформовано наступні клінічні групи: I група (контрольна, n=50) – хворі на РЯ, що отримували стандартну ад'ювантну хіміотерапію першої лінії (цисплатин – 75-100 мг/м<sup>2</sup> внутрішньовенно з гідратацією та формованим діурезом кожні 3 тижні); II група (n=100) - хворі з ймовірною платинорефрактерністю, які отримували терапію другої лінії (доксорубіцин – 75-100 мг/м<sup>2</sup> внутрішньовенно крапельно раз на три тижні); III група (n=100) – хворі з ймовірною платинорезистентністю, які отримували на фоні стандартної терапії першої лінії медикаментозну корекцію дезрегуляційних порушень (донатори оксиду азоту, детоксиканти, антиурикемічні засоби); IV група (n=100) – хворі з прогнозованою платиночутливістю (стандартна терапія першої лінії після попереднього профілактичного курсу: 20 мг дексаметазону за 12 та 6 годин до введення препаратів платини, 300 мг циметидину або 50 мг ранітідину та 50 мг дімедролу за 30-60 хвилин. Обстеження пацієток проводилося відповідно до вимог клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 554 від 17.09.2007 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "онкологія"» [1]. Додатково визначали ЯЖ з використанням стандартних опитувальників EORTC QLQ-C30 та FACT-G [12]. ЯЖ досліджували через 6 та 12 місяців після завершення лікування. Визначення вірогідності розходжень між порівнюваними групами проводили за допомогою критерію  $\chi^2$  з урахуванням поправки Йетса для парних порівнянь та поправки Бонфероні для множинних порівнянь. Статистична обробка проведена з використанням програмного забезпечення STATISTICA 13.0 (Dell Stat Soft Inc., США) [4].

## Результати та їх обговорення

Встановлено, що за віком пацієнтки різних груп не відрізнялися, середній вік у групах склав  $55,3 \pm 3,9$  років. Структура груп за стадією РЯ також не відрізнялася, переважали хворі з ІІІС стадією – в середньому їх було 64,9% у загальній вибірці (рис. 1). Клінічна картина захворювання була стереотипною. Більшість пацієнток скаржилися на здуття та дискомфорт внизу живота, відчуття тиску у ділянці сечового міхура та прямої кишки, закрепи. У кожній десятій обстеженій жінки відзначалися вагінальні кровотечі. Частим явищем були диспептичні прояви, задишка, загальна слабкість, підвищена стомлюваність, втрата ваги талі та відчуття швидкого насичення при споживанні невеликої кількості їжі. У 12,6% пацієнток відзначалися набряки нижніх кінцівок, у 5,4% - ознаки асциту. Водночас у 17,4% хворих захворювання не супроводжувалося суб'єктивними проявами й було діагностовано під час ультрасонографічного скринінгу.

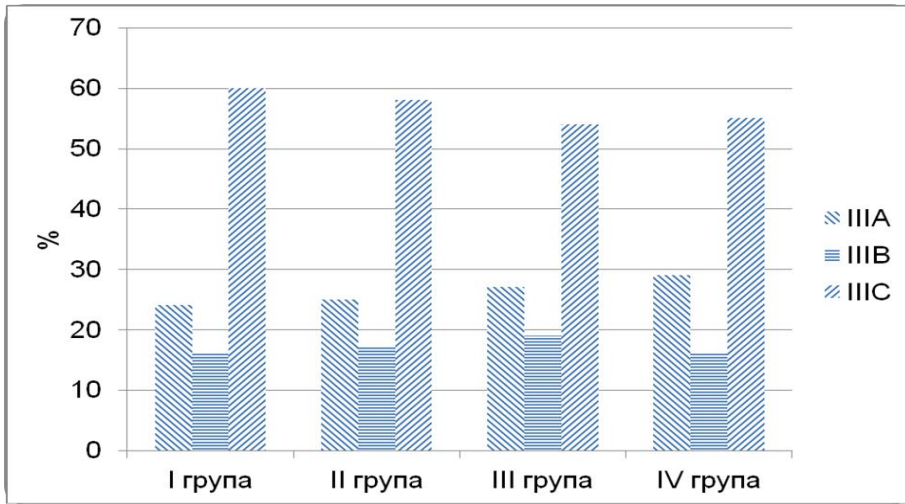


Рис. 1. Структура досліджуваних клінічних груп за стадією РЯ

Під час УЗД визначалися мультилокулярні щільні гіперехогенні утворення розміром більше 10 см та посилення внутрішньо-яєчникового кровотоку. При біохімічному скринінгу визначалися високі цифри вмісту СА-125 у 44,6% обстежених, що не дозволяє розглядати даний метод як достатньо специфічний для потреб ранньої діагностики РЯ.

Впродовж терміну лікування у різних клінічних групах хворі висували скарги на нудоту, порушення смакових відчуттів, відразу до їжі, запаморочення, загальну слабкість. У 6,0% хворих віднесених до контрольної групи та у 2,0% пацієнтів IV групи відзначалося порушення зору. В одному випадку у пацієнтки реєструвалися ознаки периферичної полінейропатії та симптом Лермітта. Для загального аналізу крові на тлі терапії препаратами платини були характерні ознаки помірної лейкопенії, рідше – анемії. Частим явищем була артеріальна гіпотензія. Протягом лікування хворі I та IV групи також скаржилися на кашель, еритематозну висипку та екстравазати у місці введення препарату.

Щодо хворих II групи, то на тлі терапії доксорубіцином у них визначалися ознаки субфебрилітету, серцебиття, тромбоцитопенія та лейкопенія, нудота, блювання, ознаки стоматиту, діарея. На початку лікування хворі II групи відзначали зміну кольору сечі з появою червонуватого відтінку. Загальним явищем була алопеція, потемніння підошов та долоней, іноді – пальмарна еритема, зміна форми нігтів, шкірне свербіння та висипка. Окремі пацієнтки визначали в себе явища фотофобії та збільшеної лакримачії по типу епіфори. Найменша кількість суб'єктивних скарг протягом лікування спостерігалася у пацієнток III та IV груп, які отримували патогенетично обумовлений комплекс метаболічної підтримки.

Таблиця 1 - Результати оцінки ЯЖ за опитувальником EORTC QLQ-C30 (M±m)

Суб-шкали	I група (n=50)			II група (n=100)			III група (n=100)			IV група (n=100)		
	До лікування	Через 6 місяців після лікування	Через 12 місяців після лікування	До лікування	Через 6 місяців після лікування	Через 12 місяців після лікування	До лікування	Через 6 місяців після лікування	Через 12 місяців після лікування	До лікування	Через 6 місяців після лікування	Через 12 місяців після лікування
PF	72,2±3,2	77,1±4,3	84,8±3,6	71,9±2,5	79,3±2,4	85,5±2,8	71,4±2,9	85,8±2,3	85,4±1,7	72,5±2,8	87,9±3,1	86,7±1,4
RF	67,4±3,4	75,2±3,8	76,3±3,5	68,3±2,2	80,1±2,9	81,5±2,6	66,7±3,3	85,4±2,2	85,8±2,9	65,9±2,9	86,3±3,2	85,9±3,3
CF	80,1±3,2	87,0±3,2	87,2±3,2	82,2±2,4	85,5±2,5	85,3±3,3	79,8±2,8	86,3±2,5	85,9±1,9	80,6±3,7	85,8±2,9	84,6±2,4
EF	32,7±3,2	63,9±2,9	62,6±3,2	33,9±2,6	66,3±2,3	70,4±2,4	34,1±2,7	70,8±2,2	78,5±1,4	31,5±1,8	71,8±2,4	78,8±2,2
SF	77,7±3,2	81,7±2,5	82,2±3,2	76,2±2,4	81,4±2,4	80,8±2,6	78,2±2,4	82,5±2,4	82,8±1,6	75,3±2,2	81,7±3,2	82,2±3,2
FA	29,3±3,2	33,3±3,2	40,2±3,2	28,7±2,2	34,1±3,4	39,9±1,2	30,1±2,5	41,4±2,4	42,8±2,2	29,9±2,3	42,2±2,2	43,3±1,2
NV	2,1±0,3	4,3±0,4	5,1±0,4	2,1±0,2	6,4±0,3	7,0±0,2	2,4±0,2	6,3±0,2	7,5±0,2	1,9±0,2	6,6±0,2	7,0±0,1
PA	27,3±2,4	34,2±3,2	38,8±3,2	27,5±2,2	33,3±2,3	37,7±2,1	25,6±1,5	36,3±1,2	39,6±1,8	25,9±1,2	35,5±1,4	38,1±1,4
SL	18,9±2,8	22,2±3,2	23,2±3,2	18,5±2,4	21,7±2,6	21,5±2,2	16,7±1,7	21,1±1,1	22,7±1,2	17,1±2,4	20,6±1,3	21,9±1,1
AR	14,0±2,2	19,3±2,8	20,8±3,2	14,4±2,4	18,8±2,4	19,9±2,4	14,6±2,3	18,5±1,6	18,9±1,2	13,8±2,6	19,7±2,4	21,2±1,6
CO	18,1±1,2	9,3±3,2	7,1±1,2	17,7±1,6	10,5±1,4	9,9±1,6	16,9±1,4	10,4±1,2	6,1±1,2	17,9±1,6	10,2±1,2	9,8±1,4
DI	4,2±0,3	2,1±0,3	1,9±0,3	4,3±0,3	1,9±0,2	1,8±0,2	4,0±0,2	2,0±0,2	1,9±0,2	3,9±0,3	1,9±0,1	1,9±0,2
FI	39,0±3,4	40,8±2,9	39,5±2,6	38,3±2,8	40,2±2,2	39,5±1,8	39,0±2,2	40,8±1,7	39,9±1,9	37,7±2,1	40,9±1,7	36,8±3,3

Таблиця 2- Результати оцінки ЯЖ за опитувальником FACT-G

Суб-шкали	I група (n=50)			II група (n=100)			III група (n=100)			IV група (n=100)		
	До лікування	Через 6 місяців після лікування	Через 12 місяців після лікування	До лікування	Через 6 місяців після лікування	Через 12 місяців після лікування	До лікування	Через 6 місяців після лікування	Через 12 місяців після лікування	До лікування	Через 6 місяців після лікування	Через 12 місяців після лікування
PWB	17,8±1,1	18,6±1,2	17,9±1,2	17,5±0,9	18,3±0,8	17,5±0,9	16,9±0,8	18,8±0,9	19,2±0,8	17,3±0,9	19,3±0,9	19,5±0,9
EWB	19,6±1,3	19,8±1,4	19,9±1,2	18,6±0,9	20,3±0,9	18,6±0,9	19,3±0,9	20,9±0,9	20,7±0,8	18,9±0,8	21,1±0,9	20,9±0,8
FWB	19,4±1,4	20,3±1,6	19,3±1,6	18,8±0,8	20,5±0,9	18,8±0,8	19,0±1,1	20,5±0,8	21,1±0,9	19,5±0,9	20,7±0,9	20,5±0,9
SWB	14,8±1,2	14,9±1,2	15,0±1,2	15,3±1,1	16,6±0,9	16,7±1,1	15,1±0,9	16,9±0,9	16,8±0,9	15,0±0,8	17,2±0,9	17,0±0,8
Всього	71,5±1,4	73,6±1,3	72,2±1,2	70,2±0,9	75,7±0,8	71,6±0,9	70,3±0,9	77,1±0,9	77,8±0,9	70,8±0,8	78,3±0,8	77,9±0,8

Примітка: \* - відмінності з вихідним рівнем є достовірними (p<0,05)

Подальший аналіз показав, що вихідні значення за субшкалами опитувальників EORTC QLQ-C30 та FACT-G у пацієток віднесених до різних клінічних груп були порівнювані (табл. 1 та 2). Втім, під час повторних візитів на катанестичному етапі у рівні ЯЖ визначалися певні відмінності. Зокрема при застосуванні диференційованого підходу у лікуванні пацієток з РЯ значно покращувалися показники по шкалах фізичного (PF), рольового (RF) та емоційного функціонування (EF). Крім того, у хворих III та IV груп зменшувалася інтенсивність нудоти (NV) та загальної слабкості (FA). Описані відмінності утримувалися протягом всього терміну катанестичного спостереження.

Зміни решти показників за шкалами опитувальника EORTC QLQ-C30 мали флюктуаційний характер й, вочевидь, відображають неоднорідну структуру дослідженого контингенту щодо адаптаційного потенціалу та перенесення хіміотерапії. Подібна динаміка спостерігалася й за шкалами опитувальника FACT-G (табл. 2).

При недиференційованому застосуванні хіміотерапевтичних засобів без метаболічної підтримки зростання показників за субшкалою EWB відбулося з  $19,6 \pm 1,3$  до  $19,9 \pm 1,4$  балів у I групі та з  $18,6 \pm 0,9$  до  $19,3 \pm 0,9$  балів – у II групі, тоді як у III групі аналогічний показник через рік після лікування склав  $20,7 \pm 0,8$  балів, а у IV групі -  $20,9 \pm 0,8$  балів. Відповідно, сумарна оцінка за опитувальником FACT-G склала у III групі  $77,8 \pm 0,9$  балів, а у IV групі -  $77,9 \pm 0,8$  балів, що достовірно перевищує показники отримані у I та II групах –  $72,2 \pm 1,2$  та  $71,6 \pm 0,9$  балів. Загалом, проведений аналіз динаміки показників ЯЖ за різними шкалами свідчить, що диференційований підхід до призначення хіміотерапії пацієток з РЯ III-IV стадії дозволяє покращити фізичне та емоційне функціонування, зменшує вираженість побічних ефектів, при чому термін збереження позитивного клінічного ефекту щодо ЯЖ утримується не менше 12 місяців.

#### **Висновки**

1. Застосування диференційованого підходу у лікуванні пацієток з РЯ значно покращувалися показники по шкалах фізичного (PF), рольового (RF) та емоційного функціонування (EF).

2. Після проведеного лікування у хворих III та IV груп зменшувалася інтенсивність нудоти (NV) та загальної слабкості (FA).

3. Описані відмінності утримувалися протягом 12 місяців після завершення курсу лікування.

4. Перспективи подальших досліджень пов'язані з дослідженням динаміки якості життя пацієток з РЯ на подальших етапах катанестичного спостереження.

#### **Перспективи подальших досліджень**

Дослідження якості життя є частиною комплексного дослідження ефективності лікування пацієток з онкологічною патологією яєчників.

#### **Конфлікт інтересів**

Автори рукопису свідомо засвідчують відсутність фактичного або потенційного конфлікту інтересів щодо результатів цієї роботи з фармацевтичними компаніями, виробниками біомедичних пристроїв, іншими організаціями, чиї продукти, послуги, фінансова підтримка можуть бути пов'язані з предметом наданих матеріалів або які спонсорували проведені дослідження.

#### **Інформація про фінансування**

Самофінансування.

#### **Література/ References:**

1. Cortez AJ, Tudre P, Kujawa KA, Lisowska KM. Advances on ovarian cancer therapy. *Cancer Chemother Pharmacol*. 2018; 81(1): 17–38. doi: 10.1007/s00280-017-3501-8

2. Rybin A.I., Demydchuk R. Іа. Yakist zhyttia khvorykh na rak yaiechnykyv pislia provedenoї tsytoreduktivnoї khirurhії ta khimioterapiї / Aktualnie problem transportnoї medytsyni. – 2018. - №4 (54). – S. 59-63.

3. DiabY, Muallem MZ. Targeted Therapy in Ovarian Cancer. A Comprehensive Systematic Review of Literature. *Anticancer Research* June 2017, 37 (6) 2809-2815. doi: 10.21873/anticancer.11631.

4. Chandra A, Pius P, Nabeel M, Nair M, Vishwanatha JK. Ovarian cancer: Current status and strategies for improving therapeutic outcomes. *Cancer Med.* 2019 Nov; 8(16): 7018–7031. doi: 10.1002/cam4.2560
5. Poisson LM, Munkarah A, Madi H et al. A metabolomic approach to identifying platinum resistance on ovarian cancer. *J Ovarian Res.* - 2015 – Vol. 8 – P. 13.
6. Bondar O., Rybin A. The experience and results of cytoreductive surgery and HIPEC used in advanced ovarian cancer / *Science Rise.* – 2020. - №5. – P. 19-23
7. Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ.* - 2010 – Vol. 88(11) – P. 815-823.
8. Medina-Lara A, Grigore B, Lewis R, Peters J, Price S, Landa P, Robinson S, Neal R, Hamilton W, Spencer AE. Cancer diagnostic tools to aid decision-making in primary care: mixed-methods systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess.* 2020 Nov; 24(66):1-332. doi: 10.3310/hta24660.
9. Funston G, Hardy V, Abel G, Crosbie EJ, Emery J, Hamilton W, Walter FM. Identifying Ovarian Cancer on Symptomatic Women: A Systematic Review on Clinical Tools. *Cancers (Basel).* 2020 Dec 8;12(12):3686. doi: 10.3390/cancers12123686.
10. Green A. E., Garcia A. A., Ahmed S. Ovarian Cancer. *Электронний ресурс:* <http://emedicine.medscape.com/article/255771-overview>.
11. Alkema NG, Wisman GB, van der Zee AG et al. Studying platinum sensitivity and resistance in high-grade serous ovarian cancer: Different models for different questions. *Drug Resist Updat.* - 2016 – Vol. 24 – P. 55-69.
12. Armbrust R, Richter R, Woopen H, Hilpert F, Harter P, Sehouli J. Impact of health-related quality of life (HRQoL) on short-term mortality in patients with recurrent ovarian, fallopian or peritoneal carcinoma (the NOGGO-AGO QoL Prognosis-Score-Study): results of a meta-analysis in 2209 patients. *ESMO Open.* 2021 Mar 17;6(2):100081. doi: 10.1016/j.esmoop.2021.100081.

Робота надійшла до редакції 09.07.2021 року.  
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування.

УДК 616-006.66+616.33-089

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.5593340>

*А. А. Авраменко*

## СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ КУЛЬТЫ ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ

Международный классический университет им. Пилипа Орлика,  
г. Николаев, Украина

Avramenko A. A. - <https://orcid.org/0000-0002-9652-089X>

**Summary.** Avramenko A.A. **A CASE OF FORMATION OF ADENOCARCINOMA OF THE STOMACH STUMP ON THE BACKGROUND OF THE USE OF PROTON PUMP INHIBITORS.** – *P. Orlik International Classical University, Nikolayev; e-mail: [aaahelic@gmail.com](mailto:aaahelic@gmail.com).* Prevention of new relapses of the oncological process in the gastric stump after resection for a tumor is the basis that affects the life expectancy of the operated patient.