**Шляхова Олена Вікторівна. Пограничні пухлини яєчників: лікувальна тактика та прогноз: дис... канд. мед. наук: 14.01.07 / АМН України; Інститут онкології. - К., 2005**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Шляхова О.В. Пограничні пухлини яєчників: лікувальна тактика та прогноз. –**Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.07 – онкологія. – Інститут онкології АМН України, Київ, 2005.  Дисертація присвячена одному з актуальних питань онкогінекології, а саме пошуку об’ктивних клініко-морфологічних критеріїв, що визначають особливості адекватного лікування та прогнозування перебігу ППЯ. Встановлено, що група ППЯ є найбільш складною в диференційно-діагностичному значенні і зумовлює необхідність лікування та диспансерного спостереження за хворими на ППЯ в спеціалізованих онкологічних закладах. Доведено, що обсяг хірургічного втручання відіграє основну роль у виникненні рецидивів ППЯ. Уточнено, що морфологічний метод залишається провідним для постановки остаточного діагнозу ППЯ. Підтверджена реальна можливість органозберігаючого лікування у молодих пацієнток з І стадією хвороби. Створено схему-алгоритм прогностичної оцінки перебігу ППЯ після хірургічного лікування, визначені показання для проведення ад’ювантної ХТ. На підставі комплексного клініко-морфологічного аналізу хворих на ППЯ встановлено принципово новий прогностичний фактор об’єктивної оцінки перебігу хвороби за морфологічним критерієм “васкуляризація сосочків”. | |
| |  | | --- | | 1. Основний метод лікування хворих на ППЯ – хірургічний. Обсяг операцій залежить від віку пацієнток, одно,- або двобічного ураження яєчників, характеру цистаденом (розмір, папілярні розростання, серозний чи муцинозний вміст), стану органів і тканин черевної порожнини з наявністю чи відсутністю імплантатів, асциту. 2. Проведення адекватного стадіювання хворих на ППЯ потребує виконання інтраопераційного експрес-дослідження, ревізії контрлатерального яєчника, множинних політопних біопсій очеревини. 3. У жінок репродуктивного віку при однобічному ураженні ППЯ, підтвердженому експрес-морфологічним дослідженням, при відсутності поверхневих папілярних розростань, екстраоваріальних дисемінатів, асциту, доцільно виконання органозберігаючіх операцій з обов’язковою резекцією контрлатерального яєчника, видаленням великого сальника, виконанням змивів і біопсій черевної порожнини. 4. При плановому гістологічному дослідженні операційного матеріалу поряд з верифікацією ППЯ бажано надавати додаткову інформацію про стан васкуляризації сосочків цистаденом (в разі двобічного ураження яєчників, ступінь васкуляризації сосочків визначається за максимальним показником в тій чи іншій цистаденомі). 5. Низька щільність васкуляризації (до 5 мікросудин на 1 поле зору мікроскопу х 200) сосочків ППЯ, при відсутності екстраоваріальних імплантатів та асциту, співпадає з “сприятливим” прогнозом хвороби. Середня щільність васкуляризації сосочків ППЯ (від 5 до 10 мікросудин) передбачає альтернативний перебіг хвороби. При наявності поодиноких екстраоваріальних імплантатів без асциту, прогноз хвороби визначається як “відносно сприятливий”(при умові їх видалення), а якщо солітарні імплантати асоційовані з асцитом або неможливе повне їх видалення, то прогноз визначається як “поганий”. Висока щільність васкуляризації сосочків ППЯ (понад 10 мікросудин) співпадає з наявністю множинних екстраяєчникових імплантатів і свідчить про “вкрай поганий” прогноз. 6. Призначення ад’вантної ХТ слід вважати доцільним при ІІІ – ІV стадіях ППЯ з врахуванням ступеню та щільності васкуляризації сосочків ППЯ як ключового морфологічного фактору прогнозу. 7. Лікування хворих на ППЯ необхідно проводити в спеціалізованих онкологічних установах з обов’язковим моніторингом протягом всього життя. | |