

Оцінка якості життя хворих на первинний рак яєчників під час персоналізованого лікування

А. І. Рибін, В. Є. Максимовський, О. В. Кузнецова, В. І. Замишляк

Одеський національний медичний університет

Рак яєчників (РЯ) посідає провідне місце серед онкогінекологічних захворювань за рівнем смертності, що зумовлено передусім пізнім виявленням та високою частотою рецидивів.

Мета дослідження: аналіз якості життя (ЯЖ) хворих на первинний поширений РЯ залежно від варіанта персоналізованого менеджменту – до початку спеціального лікування, після виконання циторедуктивної операції в ранній і пізній післяопераційний періоди, на етапі хіміотерапевтичного лікування та після завершення спеціального лікування.

Матеріали та методи. Проведено порівняльний аналіз оцінки ЯЖ 74 хворих на первинну серозну аденокарциному яєчника III–IV стадій (FIGO 2015):

- група IA – хворі на первинний РЯ, яким було проведено лікування в обсязі первинного циторедуктивного оперативного втручання (primary debulking surgery – PDS) + ад'ювантна хіміотерапія (adjuvant chemotherapy – АСТ) – 43 пацієнтки;
- група IB – хворі на первинний РЯ, яким було проведено лікування в обсязі неoad'ювантної хіміотерапії (neoadjuvant chemotherapy – NACT) + інтервальне циторедуктивне оперативне втручання (interval debulking surgery – IDS) + АСТ – 16 пацієнток;
- група IC – хворі на первинний РЯ, яким було проведено лікування в обсязі PDS + гіпертермічна інтраперитонеальна хіміперфузія (hyperthermic intraperitoneal chemotherapy – HIPEC) + АСТ – 15 пацієнток.

Оцінювали фізичний та психологічний компоненти здоров'я за допомогою опитувальника стану здоров'я Short Form-36 (SF-36).

Результати. На початковому етапі (до початку спеціального лікування) середні значення фізичного здоров'я (physical health – PH) становило $47,4 \pm 9,4$ бала в групі IA, $46,9 \pm 10,3$ – у групі IB та $47,2 \pm 9,8$ – у групі IC. Середні значення психологічного здоров'я (mental health – MH) на цьому ж етапі становило $49,7 \pm 11,2$ бала в групі IA, $41,1 \pm 10,7$ – у групі IB та $43,9 \pm 10,9$ – у групі IC. Статистично достовірної різниці показників PH та MH між усіма групами при первинному РЯ до початку спеціального лікування не виявлено ($p > 0,05$). У ранній післяопераційний період середні значення PH становило $36,1 \pm 9,7$ бала в групі IA, $36,0 \pm 7,8$ – у групі IB та $32,6 \pm 8,8$ – у групі IC ($t = 1,231$; $p = 0,224$); середні значення MH – $38,9 \pm 9,5$, $39,8 \pm 8,6$ та $39,2 \pm 10,1$ бала відповідно. У пізній післяопераційний період середні значення PH становило $41,1 \pm 9,3$ бала в групі IA, $41,1 \pm 10,2$ – у групі IB та $41,9 \pm 10,4$ – у групі IC; середні значення MH становило $39,0 \pm 9,2$, $38,7 \pm 9,7$ та $38,0 \pm 7,6$ бала відповідно.

Висновки. У хворих на первинний РЯ у ранній післяопераційний період відзначалося зниження показників шкал PH та MH. Виконання HIPEC супроводжувалося зниженням показників PH, найбільш вираженим – у ранній післяопераційний період.

Ключові слова: рак яєчників, хірургічне лікування, якість життя, хіміотерапія, гіпертермічна інтраперитонеальна хіміперфузія.

Assessment of quality of life in patients with primary ovarian cancer during personalised treatment

A. I. Rybin, V. Y. Maksymovskyi, O. V. Kuznetsova, V. I. Zamyshlyak

Ovarian cancer (OC) ranks first among gynaecological cancers in terms of mortality, primarily due to late diagnosis and high recurrence rates.

The objective: to analyse the quality of life (QoL) of patients with primary advanced OC depending on the type of personalised management – before the start of specialised treatment, after cytoreductive surgery in the early and late postoperative periods, during chemotherapy and after the end of specialised treatment.

Materials and methods. A comparative analysis of QoL in 74 patients with primary serous adenocarcinoma of the ovary stages III–IV (FIGO 2015) was performed:

- IA group – patients with primary OC who underwent primary cytoreductive surgery (PDS) + adjuvant chemotherapy (ACT) – 43 patients;
- IB group – patients with primary OC who underwent neoadjuvant chemotherapy (NACT) + interval cytoreductive surgery (IDS) + ACT – 16 patients;
- IC group – patients with primary OC who underwent PDS + hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) + ACT – 15 patients.

The physical component summary and mental component summary were assessed by Short-Form Health Survey (SF-36).

Results. At baseline (before the start of special treatment), the mean physical health (PH) score was 47.4 ± 9.4 points in the IA group, 46.9 ± 10.3 – in the IB group, and 47.2 ± 9.8 – in the IC group. The mean mental health (MH) score at baseline was 49.7 ± 11.2 points in the IA group, 41.1 ± 10.7 – in the IB group, and 43.9 ± 10.9 – in the IC group. There was no statistically significant difference in PH and MH indicators between all groups with primary OC before the start of special treatment ($p > 0.05$).

In the early postoperative period, the mean PH value was 36.1 ± 9.7 points in the IA group, 36.0 ± 7.8 – in the IB group, and 32.6 ± 8.8 – in the IC group ($t = 1.231$; $p = 0.224$); the mean MH value was 38.9 ± 9.5 , 39.8 ± 8.6 and 39.2 ± 10.1 points, respectively. In the late postoperative period, the mean PH value was 41.1 ± 9.3 points in the IA group, 41.1 ± 10.2 – in the IB group, and 41.9 ± 10.4 – in the IC group; the average MH value was 39.0 ± 9.2 , 38.7 ± 9.7 and 38.0 ± 7.6 , respectively.

Conclusions. Patients with primary OC in the early postoperative period showed the decreased levels in PH and MH scales. HIPEC was accompanied by a decreased PH summary in patients, most significantly in the early postoperative period.

Keywords: ovarian cancer, surgical treatment, quality of life, chemotherapy, hypertermic intraperitoneal chemoperfusion.

Первинний рак яєчників (РЯ) залишається однією з найагресивніших форм гінекологічної онкопатології, характеризуючись високим рівнем смертності та пізнім виявленням. Попри удосконалення хірургічних підходів і розвиток хімієтерапії, більшість пацієнток стикаються з рецидивами захворювання та значним погіршенням якості життя (ЯЖ) під час лікування. У зв'язку з цим у сучасній онкогінекології дедалі більшого значення набуває персоніфікований підхід до терапії, що враховує не лише молекулярно-генетичні особливості пухлини, а й індивідуальні потреби, очікування та психоемоційний стан пацієнтки [1–7].

У сучасній літературі все частіше підкреслюється важливість інтеграції оцінки ЯЖ у клінічну практику як одного з ключових індикаторів ефективності персоніфікованого лікування [8–12]. Відомо, що ЯЖ охоплює фізичне, емоційне, соціальне та функціональне благополуччя, які можуть істотно змінюватися на різних етапах лікування [13–16].

Згідно з результатами багатоцентрових досліджень, хворі на РЯ часто страждають від вираженої втоми, тривожності, депресії та порушень сексуального життя, особливо під час хімієтерапії [17, 18]. Натомість індивідуалізований підбір терапії (наприклад, застосування інгібіторів PARP при BRCA-асоційованому раку) може зменшити токсичність лікування та, відповідно, покращити загальний рівень ЯЖ [19–23].

Дослідження з використанням спеціалізованих опитувальників для оцінки ЯЖ, зокрема загального EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 30), модуля для РЯ QLQ-OV28 (Quality of Life Questionnaire – Ovarian Cancer Module) та FACT-O (Functional Assessment of Cancer Therapy – Ovary), й інших інструментів виявили, що пацієнтки, залучені до процесу ухвалення рішень щодо лікування, демонструють вищий рівень задоволеності та адаптації до діагнозу [24, 25]. Зокрема, у роботі Gonzalez-Martin et al. зазначено, що підтримка пацієнтоорієнтованої комунікації підвищує прихильність до лікування та знижує суб'єктивну стресогенність діагнозу [26]. Окрему увагу приділено ролі мультидисциплінарного підходу в контексті персоніфікованої допомоги. У роботах вітчизняних і закордонних авторів зазначено, що інтеграція психологічної, нутритивної, паліативної та соціальної підтримки в терапевтичний план дозволяє покращити фізичне й емоційне самопочуття хворих на всіх етапах лікування [27–30].

Отже, сучасні літературні дані свідчать, що оцінка та підтримка ЯЖ є невід'ємним компонентом персоніфікованої терапії РЯ, що має бути впроваджена в рутинну практику поряд із біомаркерами та генетичним профілюванням для досягнення максимальної ефективності лікування та задоволеності пацієнток.

Мета дослідження: аналіз ЯЖ хворих на первинний поширений РЯ залежно від варіанта персоніфікованого менеджменту – до початку спеціального лікування, після виконання циторедуктивної операції в ранній та пізній післяопераційний періоди, на етапі хімієтерапевтичного лікування і після завершення спеціального лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено порівняльний аналіз результатів клінічного обстеження та лікування 74 хворих на первинну серозну аденокарциному яєчника III–IV стадій (FIGO 2015), які проходили лікування на базі Університетської клініки Одеського національного медичного університету в період із 2018 по 2023 рр.:

- група IA – хворі на первинний РЯ, яким було проведено лікування в обсязі первинного циторедуктивного оперативного втручання (primary debulking surgery – PDS) + ад'ювантна хімієтерапія (adjuvant chemotherapy – ACT) – 6 курсів з інтервалом 21 день, починаючи на 21-шу – 28-му добу після оперативного втручання) – 43 пацієнтки;
- група IB – хворі на первинний РЯ, яким було проведено лікування в обсязі неoad'ювантної хімієтерапії (neoadjuvant chemotherapy – NACT) – 4 курси з інтервалом 21 день) + інтервальне циторедуктивне оперативне втручання (interval debulking surgery – IDS) + ад'ювантна хімієтерапія (ACT) – 16 пацієнток;
- група IC – хворі на первинний РЯ, яким було проведено лікування в обсязі первинного циторедуктивного оперативного втручання (PDS) + гіпертермічна інтраперитонеальна хімієперфузія (hypertermic intraperitoneal chemotherapy – HIPEC) + ад'ювантна хімієтерапія (ACT) – 15 пацієнток.

Критерієм персоніфікації лікування було рекомендоване визначення ступеня поширеності пухлинного процесу під час доопераційного та інтраопераційного стадіювання: визначали наявність асцити, ураження очеревини й великого чепця, ураження лімфатичних вузлів, наявність віддалених метастазів та інвазії в магістральні судини, ураження органів травної й сечовидільної систем [4, 6, 7]. За кожним із показників визначена статистична однорідність груп ($p > 0,05$).

Середній вік хворих із вперше діагнованим поширеним РЯ становив $58,0 \pm 11,8$ року: у групі IA – $57,7 \pm 12,0$ року; у групі IB – $60,3 \pm 10,7$ року; у групі IC – $59,4 \pm 9,1$ року. Клініко-анамнестичне, лабораторне та інструментальне обстеження хворих проводилося згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 17.09.2007 р. № 554 та рекомендаціями Національної комплексної онкологічної мере-

жі (National Comprehensive Cancer Network), Європейського товариства медичної онкології (European Society for Medical Oncology), Європейського товариства хірургічної онкології (European Society of Surgical Oncology) та Європейського товариства гінекологічної онкології (European Society of Gynaecological Oncology) відповідно до наказу МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422.

Дослідження ЯЖ хворих на РЯ потребує комплексного підходу до опитування, який охоплює як загальну оцінку пацієнта з хронічним захворюванням, так і специфічні методи вивчення ЯЖ онкологічних хворих. Комплекс таких методик використано в цьому дослідженні. З метою оцінки впливу проведеного лікування на ЯЖ пацієнтки усіх груп (ІА, ІВ та ІС) проходили анкетування щодо ЯЖ, пов'язаної зі здоров'ям, із використанням загальної форми опитувальника SF-36 (Short Form-36) [30, 31].

Під час дослідження ЯЖ хворих на первинний РЯ за допомогою SF-36 обчислювалися бали за 8 шкалами, що дозволяло оцінити фізичний (physical health – РН) та психологічний (mental health – МН) компоненти здоров'я. Діапазон показників кожної шкали становить від 0 до 100, при цьому вищі значення позначають кращу ЯЖ, пов'язану зі здоров'ям. Анкетування за допомогою SF-36 здійснювалося серед усіх груп хворих на первинний та рецидивний РЯ до спеціального лікування, через 3 дні після операції, через 20 днів після операції, перед ІV циклом хіміотерапії та через 1 міс. після завершення хіміотерапії. У групі ІВ додатково проводилось анкетування після завершення НАСТ.

Статистичну обробку даних здійснювали з використанням методів варіаційної статистики за допомогою програм STATISTICA 13.0 та Microsoft Excel 2010. Для змінних, що відображають різні характеристики, застосовували методи описової статистики. Для кількісних ознак розраховували середнє та стандартне відхилення. Порівняння груп хворих за критеріями, представленими числовими змінними, проводили залежно від характеру розподілу даних: при нормальному розподілі використовували t-критерій Ст'юдента, при неправильному розподілі незалежних ознак – тест Манна – Уїтні для порівняння двох незалежних вибірок або тест Крускала – Уолліса для трьох вибірок. Для встановлення зв'язку між величинами, представленими непараметричними показниками, використовували χ^2 -критерій; при невеликих вибірках – двобічний точний критерій Фішера. Для порівняння частоти ознак у незалежних групах також використовували χ^2 -критерій узгодженості Пірсона. Оцінку залежних параметричних ознак із неправильним розподілом здійснювали за допомогою критерію Вількосона. Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$ (95% рівень значущості).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Хворі на первинний РЯ в усіх досліджуваних групах були проаналізовані щодо наявності супутньої патології (змішана супутня патологія, серцево-судинні захворювання, захворювання дихальної та сечовидільної систем, нейроендокринна патологія). За кожним показником визначена статистична однорідність груп.

Порівняльний аналіз результатів анкетування за шкалою SF-36 серед пацієнток усіх досліджуваних груп продемонстрував наступне. На початковому етапі (до початку спеціального лікування) середнє значення РН становило $47,4 \pm 9,4$ бала в групі ІА, $46,9 \pm 10,3$ – у групі ІВ та $47,2 \pm 9,8$ – у групі ІС. Середнє значення МН становило $49,7 \pm 11,2$ бала в групі ІА, $41,1 \pm 10,7$ – у групі ІВ та $43,9 \pm 10,9$ – у групі ІС. Статистично достовірних відмінностей за показниками РН та МН між групами при первинному РЯ до початку спеціального лікування не виявлено ($p > 0,05$).

У групі ІВ після проведення НАСТ середнє значення РН становило $45,1 \pm 10,2$, а середнє значення МН – $40,3 \pm 9,9$ бала.

ЯЖ оцінювали в ранній (на 3-ю добу) та пізній (на 20-ту добу) післяопераційний періоди. У ранній післяопераційний період середнє значення РН становило $36,1 \pm 9,7$ бала в групі ІА, $36,0 \pm 7,8$ – у групі ІВ та $32,6 \pm 8,8$ – у групі ІС ($t = 1,231$; $p = 0,224$); середнє значення МН становило $38,9 \pm 9,5$, $39,8 \pm 8,6$ та $39,2 \pm 10,1$ бала відповідно. У пізній післяопераційний період середнє значення РН становило $41,1 \pm 9,3$ бала в групі ІА, $41,1 \pm 10,2$ – у групі ІВ та $41,9 \pm 10,4$ – у групі ІС; середнє значення МН становило $39,0 \pm 9,2$, $38,7 \pm 9,7$ та $38,0 \pm 7,6$ бала відповідно. Отже, в усіх досліджуваних групах у ранній післяопераційний період спостерігалось виражене зниження показників шкал фізичного функціонування, інтенсивності болю, загального самопочуття та рольового функціонування, зумовленого фізичним станом.

Під час проведення АСТ (перед ІV курсом) середнє значення РН становило $42,6 \pm 10,3$ бала в групі ІА, $41,5 \pm 9,4$ – у групі ІВ та $42,3 \pm 9,1$ – у групі ІС (рис. 1); середнє значення МН – $39,8 \pm 7,9$, $39,0 \pm 8,3$ та $38,5 \pm 9,6$ бала відповідно.

Через 1 міс. після завершення АСТ середнє значення РН становило $45,4 \pm 10,8$ бала – у групі ІА, $44,6 \pm 9,4$ – у групі ІВ та $45,3 \pm 9,7$ – у групі ІС; середнє значення МН – $41,9 \pm 10,3$, $40,3 \pm 9,7$ та $41,2 \pm 8,5$ бала відповідно (рис. 2).

Для комплексного порівняння показників РН та МН на всіх етапах лікування використано критерій узгодженості Пірсона, який не виявив статистично значущих відмінностей ($p = 0,99$ та $p = 0,64$).

Порівнюючи РН між групами ІА та ІВ, отримано χ^2 емп. = $0,36$; $p = 0,98$. Для МН – χ^2 емп. = $0,75$; $p = 0,94$. Ці результати демонструють відсутність достовірної різниці за показниками РН та МН у хворих на первинний РЯ в усіх групах.

Отримані результати свідчать про те, що персоналізований підхід до лікування хворих на первинний РЯ позитивно впливає на показники ЯЖ, особливо в аспектах емоційного стану, фізичного функціонування та соціальної адаптації. Аналіз анкет виявив статистично достовірне покращення ЯЖ пацієнток, яким лікування призначалося з урахуванням індивідуальних характеристик. Водночас окремі аспекти ЯЖ залишалися критичними – передусім тривожність, страх рецидиву та порушення сексуального життя, особливо у молодих пацієнток. Це підкреслює необхідність інтеграції психологічної підтримки на всіх етапах лікування.

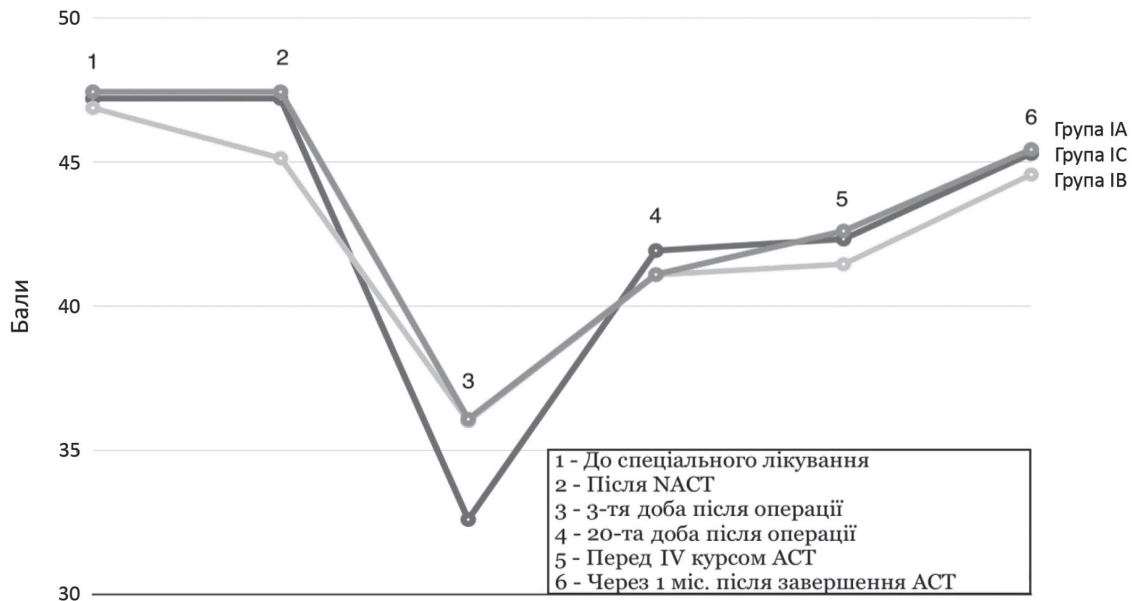


Рис. 1. Показники РН пацієнток досліджуваних груп на кожному етапі лікування

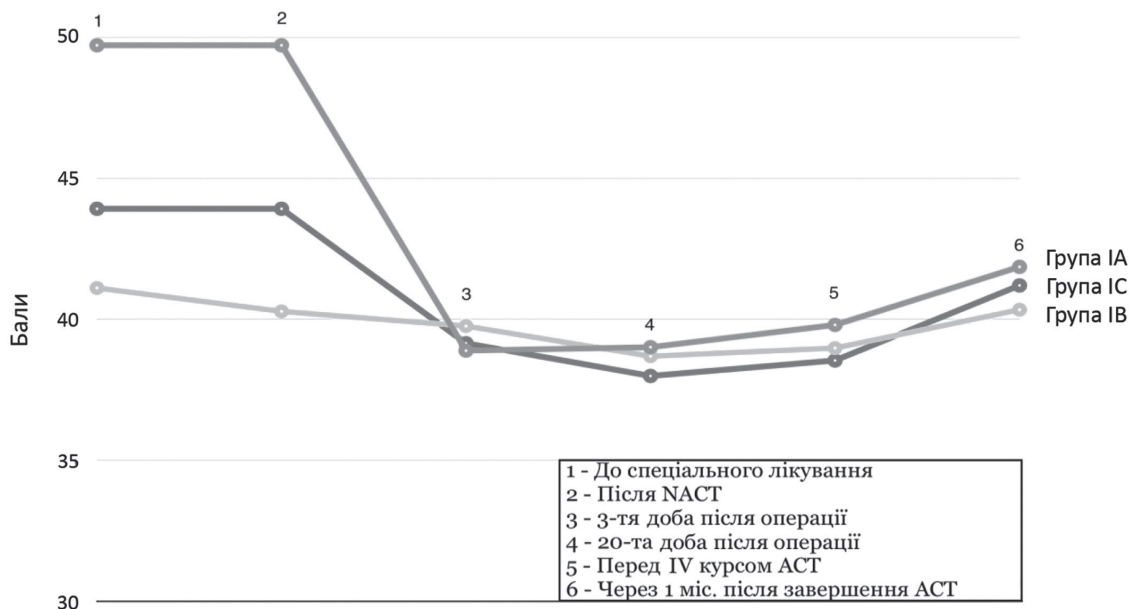


Рис. 2. Показники МН пацієнток досліджуваних груп на кожному етапі лікування

Порівняно з літературними даними [7, 15, 17], отримані результати підтверджують тенденцію до покращення ЯЖ при використанні індивідуалізованих протоколів лікування, водночас вказуючи на потребу в системній реабілітації та підтримці після завершення основного лікування. Важливо зазначити, що оцінка ЯЖ є не лише допоміжним критерієм ефективності терапії, але й самостійним клінічним індикатором, який має враховуватися при ухваленні рішень щодо тактики лікування, особливо у пацієнток старшого віку або із супутніми захворюваннями.

У цьому дослідженні продемонстровано, що застосування персоналізованого підходу до лікування пацієнток із первинним РЯ асоціюється з покращенням показників ЯЖ у багатьох вимірах: фізичному, емоційному, соціальному та функціональному. Пацієнтки, яким було підібрано лікування з урахуванням доопераційного й інтраопераційного стадіювання, повідомляли про нижчу інтенсивність больового синдрому, меншу втомлюваність, кращу здатність до виконання побутових і соціальних ролей, а також зменшення вираженості симптомів депресії та тривоги порівняно з тими, хто отримував стандартні протоколи терапії. Також зафіксовано зниження частоти терапевтичних ускладнень і потреби в додаткових госпіталізаціях у групі персоналізованого лікування. Отримані дані свідчать, що персоналізація

енток із первинним РЯ асоціюється з покращенням показників ЯЖ у багатьох вимірах: фізичному, емоційному, соціальному та функціональному. Пацієнтки, яким було підібрано лікування з урахуванням доопераційного й інтраопераційного стадіювання, повідомляли про нижчу інтенсивність больового синдрому, меншу втомлюваність, кращу здатність до виконання побутових і соціальних ролей, а також зменшення вираженості симптомів депресії та тривоги порівняно з тими, хто отримував стандартні протоколи терапії. Також зафіксовано зниження частоти терапевтичних ускладнень і потреби в додаткових госпіталізаціях у групі персоналізованого лікування. Отримані дані свідчать, що персоналізація

лікування з урахуванням доопераційного та інтраопераційного стадіювання впливає не лише на традиційні онкологічні кінцеві точки (наприклад, виживаність чи безрецидивний період), але й на суб'єктивні показники повсякденного функціонування пацієнток. Це узгоджується із сучасним розумінням, що оптимальна онкологічна допомога має бути комплексною – поєднувати ефективність контролю пухлинного процесу з мінімізацією негативного впливу лікування на ЯЖ. Зокрема, кращі показники РН у досліджуваних групах можуть бути обумовлені кількома механізмами: застосуванням менш токсичних або таргетних препаратів у відповідних молекулярних підгрупах, адаптацією доз та графіків лікування з урахуванням супутньої патології, а також раннім залученням реабілітаційних і паліативних втручань. Менша вираженість симптомів в емоційній сфері (МН), імовірно, пов'язана з підвищеним відчуттям контролю над хворобою та кращою поінформованістю пацієнток щодо прогнозу й плану лікування – факторів, які відомі як ключові детермінанти психологічного благополуччя.

Результати дослідження переважно узгоджуються з даними низки сучасних досліджень, які підкреслюють позитивний вплив персоналізації терапії на ЯЖ пацієнток із гінекологічними пухлинами [22, 26]. У наукових джерелах зазначено, що застосування таргетної терапії й індивідуалізованих схем хіміотерапії асоціюється з менш вираженою системною токсичністю та кращою переносимістю, що, своєю чергою, логічно позначається на вимірюваних показниках ЯЖ [15]. Однак результати поточного дослідження доповнюють наявні дані, демонструючи одночасний позитивний ефект у мультидоменній оцінці ЯЖ (фізичний, емоційний, соціальний компоненти) в умовах української клінічної практики. Крім того, результати свідчать про відсутність негативного впливу процедури НІРЕС на ЯЖ пацієнток із поширеним РЯ. Водночас варто зазначити, що існують публікації з дещо іншими висновками. Зокрема, деякі дослідження не виявили суттєвих відмінностей між персоналізованими та стандартними підходами щодо короткострокових показників ЯЖ [29]. Різниця в результатах може частково пояснюватися гетерогенністю популяцій (стадія захворювання, доступність таргетних препаратів), різноманітністю методів персоналізації (молекулярні тести проти адаптації відповідно до супутньої патології) та різною тривалістю спостереження [21]. Наш аналіз вказує на те, що для виявлення статистично значущих відмінностей може знадобитися довший період спостереження та більша вибірка пацієнток, особливо коли йдеться про віддалені аспекти ЯЖ.

Результати дослідження мають низку практично значущих наслідків для організації онкологічної допомоги:

1. Інтеграція оцінки ЯЖ в рутинну практику – регулярне використання стандартизованих опитувальників дозволяє вчасно виявляти відхилення та адаптувати лікування/підтримку у відповідь на зміни в самопочутті пацієнток.
2. Переорієнтація цілей лікування – при ухваленні рішень слід враховувати не лише класичні онкологічні кінцеві точки, але й вплив терапії на ЯЖ, особливо у хворих старшого віку або з мультиморбідністю.

3. Раціоналізація ресурсів – зменшення частоти ускладнень і потреби в повторних госпіталізаціях може мати позитивний економічний ефект для системи охорони здоров'я.

Серед сильних сторін дослідження варто відзначити: чітку протоколізацію оцінки ЯЖ з використанням валідованих інструментів, включення мультидоменних вимірів (фізичний, психологічний, соціальний), а також спробу інтегрувати процедуру НІРЕС у процес ухвалення терапевтичних рішень. Крім того, аналіз клінічних ускладнень поряд із показниками ЯЖ та виживаності дозволить у майбутньому комплексно оцінити вплив персоналізованого лікування.

Водночас дослідження має низку обмежень, які слід враховувати:

1. Розмір вибірки – недостатньо велика когорта обмежує статистичну потужність і здатність виявляти невеликі, але клінічно значущі відмінності.
2. Тривалість спостереження – короткотермінові результати не дозволяють впевнено оцінити вплив персоналізації на довгострокову ЯЖ та виживання.
3. Гетерогенність персоналізації – у дослідженні під персоналізацією розуміли цілий спектр підходів (від стадіювання до адаптації терапії за супутньою патологією), що ускладнює інтерпретацію, який саме компонент є найбільш важливим для покращення ЯЖ.
4. Відсутність повної рандомізації – у разі обсерваційного або квазіекспериментального дизайну дослідження існує ризик упередженості відбору пацієнтів у групи лікування.
5. Соціокультурні чинники – суб'єктивна оцінка ЯЖ може залежати від очікувань, соціальної підтримки та культурних особливостей, що обмежує генералізованість результатів на інші популяції.

На основі отриманих результатів пропонуємо наступні напрями для майбутніх досліджень:

1. Проведення масштабних, проспективних багаторічних досліджень із рандомізованим дизайном для чіткішої оцінки впливу конкретних стратегій персоналізації на ЯЖ та виживання.
2. Збільшення тривалості спостереження з включенням віддалених часових точок для аналізу довгострокових наслідків.
3. Структурований поділ підходів персоналізації з метою визначення відносного внеску молекулярних тестів, фармакогенетики, підходів до дозування та комплексної підтримувальної допомоги.
4. Проведення економічного аналізу для оцінки рентабельності персоналізації з позиції системи охорони здоров'я.
5. Використання якісних методів (інтерв'ю, фокус-групи) для глибшого розуміння досвіду пацієнток та ідентифікації факторів, які не враховуються кількісними опитувальниками.

ВИСНОВКИ

У пацієнток із первинним РЯ у ранній післяопераційний період спостерігалось зниження показників шкал фізичного функціонування, інтенсивності болю,

загального самопочуття та рольового функціонування, зумовлене фізичним станом, порівняно з показниками до оперативного втручання. Надалі простежувалася тенденція до поступового підвищення показників РН у групах ІА (PDS + АСТ), ІВ (NACT + IDS + АСТ) та ІС (PDS + HIPEC + АСТ) хворих на первинний РЯ у пізній післяопераційний період та після проведення АСТ. Одночасно виявлено зниження показників РН

і МН під час спеціального лікування та часткове їх відновлення після завершення лікування. Виконання HIPEC супроводжувалося зниженням показників РН пацієнток, найбільш вираженим – у ранній післяопераційний період. Проте результати оцінки ЯЖ хворих на первинний РЯ за опитувальником SF-36 свідчать про відсутність статистично значущого негативного впливу HIPEC на ЯЖ на всіх етапах лікування.

Відомості про авторів

Рибін Андрій Ігорович – Одеський національний медичний університет; тел.: (067) 785-25-49. *E-mail:* Andriy.Rybin@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1145-6690

Максимовський В'ячеслав Євгенович – Одеський національний медичний університет; тел.: (050) 392-14-84. *E-mail:* maxidoc@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5084-3290

Кузнецова Ольга Володимирівна – Одеський національний медичний університет; тел.: (067) 302-52-28. *E-mail:* alenakuz000@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3778-4868

Замішляк Вікторія Іванівна – Одеський національний медичний університет; тел.: (097) 355-31-04. *E-mail:* vikazamishlyak@gmail.com

ORCID: 0009-0001-1588-182X

Information about the authors

Rybin Andriy I. – Odesa National Medical University; tel.: (067) 785-25-49. *E-mail:* Andriy.Rybin@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1145-6690

Maksymovskiy Vyacheslav Y. – Odesa National Medical University; tel.: (050) 392-14-84. *E-mail:* maxidoc@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5084-3290

Kuznetsova Olga V. – Odesa National Medical University; tel.: (067) 302-52-28. *E-mail:* alenakuz000@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3778-4868

Zamyshlyak Viktoria I. – Odesa National Medical University; tel.: (097) 355-31-04. *E-mail:* vikazamishlyak@gmail.com

ORCID: 0009-0001-1588-182X

ПОСИЛАННЯ

- Rybin A. The results of personified ovarian cancer patients with peritoneal carcinomatosis treatment. *Reprod Health Woman.* 2022;(7):35-40. doi: 10.30841/2708-8731.7.2022.272470.
- Tkachenko OI, Rybin AI, Kuznetsova OV, Maksimovskiy VE. Modern strategies of surgical treatment of patients with ovarian cancer combined with pelvic carcinomatosis. *Clin Oncol.* 2018;31(3):1-7.
- Addley S, McGowan M, Crossland H, Johnson A, Asher V, Bali A, et al. Neo-adjuvant chemotherapy does not reduce surgical complexity nor the accuracy of intra-operative visual assessment of disease in advanced ovarian cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2023;49(11):107078. doi: 10.1016/j.ejso.2023.107078.
- Ashmore AA, Al-Majali J, Chui SK, Addley S, Abdul S, Asher V, et al. The peritoneal cancer index as a predictor of cytoreductive surgery outcomes and heatmap of ovarian cancer distribution: A retrospective analysis. *Cancers (Basel).* 2025;17(17):2790. doi: 10.3390/cancers17172790.
- Luvero D, Angioli R, Notaro E, Ploti F, Terranova C, Angioli AM, et al. Serous Tubal Intraepithelial Carcinoma (STIC): A Review of the Literature on the Incidence at the Time of Prophylactic Surgery. *Diagnostics (Basel).* 2024;14(22):2577. doi: 10.3390/diagnostics14222577.
- Fagan PJ, Gomes N, Heath OM, Chandrasekaran D, Yao SE, Satchwell L, et al. The peritoneal cancer index as a predictor of complete cytoreduction at primary and interval cytoreductive surgery in advanced ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2023;33(11):1757-63. doi: 10.1136/ijgc-2022-004093.
- Bhatt A, Bakrin N, Kammar P, Mehta S, Sinukumar S, Parikh L, et al. Distribution of residual disease in the peritoneum following neoadjuvant chemotherapy in advanced epithelial ovarian cancer and its potential therapeutic implications. *Eur J Surg Oncol.* 2021;47(1):181-7. doi: 10.1016/j.ejso.2020.10.012.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2020;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
- Cortez AJ, Tudrej P, Kujawa KA, Liowska KM. Advances in ovarian cancer therapy. *Cancer Chemother Pharmacol.* 2018;81(1):17-38. doi: 10.1007/s00280-017-3501-8.
- Epidemiology Working Group Steering Committee, Ovarian Cancer Association Consortium Members of the EWG SC; Doherty JA, Jensen A, Kelemen LE, Pearce CL, et al. Current gaps in ovarian cancer epidemiology: The need for new population-based research. *J Natl Cancer Inst.* 2017;109(10):dix144. doi: 10.1093/jnci/dix144.
- Kolesnik OO, Rybin AI. Prediction of treatment efficiency in patients with the ovarian cancer. *Actual Probl Pediatr Obstet Gynecol.* 2017;(2):40-6. doi: 10.11603/24116-4944.2017.2.8043.
- Kolesnik OO, Rybin AI. Personalised treatment of ovarian cancer patients. *Kovalchuk J Hospital S.* 2017;78(2):5-12. doi: 10.11603/2414-4533.2017.2.7951.
- Maksymovskiy V, Rybin A, Zamyshlyak V. Quality of life in patients with advanced ovarian cancer under personalised treatment: The impact of HIPEC. *J Educ Health Sport.* 2025;84:64751. doi: 10.12775/JEHS.2025.84.64751.
- Spagnol G, Bigardi S, Zorzi M, Morotti M, Carollo M, Bruni GM, et al. Δ -Peritoneal Cancer Index (Δ -PCI) to Predict Complete Cytoreduction and Histopathological Response to Neoadjuvant Chemotherapy in Ovarian Cancer. *J Clin Med.* 2024;13(22):6915. doi: 10.3390/jcm13226915.
- Eltorre VM, AlAshqar A, Sethi N, Santin AD. Personalized treatment in ovarian cancer: A review of disease monitoring, biomarker expression, and targeted treatments for advanced, recurrent ovarian cancers. *Cancers (Basel).* 2025;17(11):1822. doi: 10.3390/cancers17111822.
- Diab Y, Muallem MZ. Targeted therapy in ovarian cancer. A comprehensive systematic review of literature. *Anticancer Res.* 2017;37(6):2809-15. doi: 10.21873/anticancer.11631.
- Atallah GA, Kampan NC, Chew KT, Mohd Mokhtar N, Md Zin RR, Shafiee MNB, et al. Predicting prognosis and platinum resistance in ovarian cancer: Role of immunohistochemistry biomarkers. *Int J Mol Sci.* 2023;24(3):1973. doi: 10.3390/jms24031973.
- Havasi A, Cainap SS, Havasi AT, Cainap C. Ovarian cancer-insights into platinum resistance and overcoming it. *Medicina (Kaunas).* 2023;59(3):544. doi: 10.3390/medicina59030544.
- Rybin AI, Kuznetsova OV, Maksimovskiy VE. Modern strategies of surgical treatment of patients with pelvic canceromatosis caused by the ovarian cancer. *Bull Marine Med.* 2020;87(2):55-61. doi: 10.5281/zenodo.3967728.
- Stewart C, Ralyea C, Lockwood S. Ovarian Cancer: An Integrated Review. *Semin Oncol Nurs.* 2019;35(2):151-6. doi: 10.1016/j.soncn.2019.02.001.

21. Schilling L, Toussaint A, Weigel A, Lewitz D, Aust G, Töllner J, et al. Predictors of quality of life and resilience in patients with ovarian cancer during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Arch Gynecol Obstet. 2025;311(4):1141-50. doi: 10.1007/s00404-024-07870-y.
22. McDonald S, Le T, Lauzon B, Forget J. Quality of life evaluation in patients with ovarian cancer on chemotherapy and its impact on patients' perception of maintenance therapy. Gynaecol Cancers. 2017;28(10):x88. doi: 10.1093/annonc/mdx663.008.
23. Sugarbaker PH. Peritonectomy procedures. Ann Surg. 1995;221(1):29-42. doi: 10.1097/0000658-199501000-00004.
24. Deraco M, Baratti D, Kusamura S, Laterza B, Balestra MR. Surgical technique of parietal and visceral peritonectomy for peritoneal surface malignancies. J Surg Oncol. 2009;100(4):321-8. doi: 10.1002/jso.21388.
25. Deraco M, Kusamura S, Virzi S, Puccio F, Macri A, Famulari C, et al. Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy as upfront therapy for advanced epithelial ovarian cancer: Multi-institutional phase-II trial. Gynecol Oncol. 2011;122(2):215-20. doi: 10.1016/j.ygyno.2011.05.004.
26. González-Martín A, Harter P, Leary A, Lorusso D, Miller RE, Pothuri B, et al. Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2023;34(10):833-48. doi: 10.1016/j.annonc.2023.07.011.
27. Wang L, Zhang Q, Wang X, Dong Z, Liu S, Wang Q, et al. Therapeutic landscape of ovarian cancer: recent advances and emerging therapies. Biomark Res. 2025;13(1):103. doi: 10.1186/s40364-025-00818-7.
28. Chandra A, Pius C, Nabeel M, Nair M, Vishwanatha JK, Ahmad S, et al. Ovarian cancer: Current status and strategies for improving therapeutic outcomes. Cancer Med. 2019;8(16):7018-31. doi: 10.1002/cam4.2560.
29. Hahn CA, Jones EL, Blivin JL, Sanders LL, Yu D, Dewhirst MW, et al. Prospective assessment of quality of life in ovarian cancer patients receiving whole abdomen hyperthermia and liposomal doxorubicin. Int J Hyperthermia. 2005;21(4):349-57. doi: 10.1080/02656730400022260.
30. Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, Kurokawa K. Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. J Clin Epidemiol. 1998;51(11):1037-44. doi: 10.1016/s0895-4356(98)00095-x.
31. Kucher S, Voroncova T, Smachylo I, Vereshchahina N, Hanberher I, Horishniy I. Assessment of quality of life using the SF-36 questionnaire: Literature review. J Prospects Innov Sci. 2024;38(4):1313-24. doi: 10.52058/2786-4952-2024-4(38)-1313-1324.

Стаття надійшла до редакції 29.08.2025. – Дата першого рішення 04.09.2025. – Стаття подана до друку 17.10.2025