МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ' Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Розробити алгоритм використання на основі визначених діагностичних критеріїв ефективності лікування поширених та метастатичних форм раку прямої кишки, тіла та шийки матки, яєчників, сечового міхура

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ :

НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ

АВТОРИ :

д. мед.н., ГОЛОВКОТ С.,
мол.наук.співр. АШИХМІН А.В.,
канд.мед.н. БАКАЙ О.О.
канд. мед. н., ЛАВРИК Г.В.,
канд.мед.н. ШЕВЧУК Л.А.,
канд.мед.н. ГАВРИЛЮК О.М.

м. Київ

2022

Суть впровадження : розроблено алгоритм використання рентгенографії, УЗД, комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії та позитронно-емісійної томографії на основі визначених діагностичних критеріїв ефективності лікування поширених та метастатичних форм раку прямої кишки, тіла та шийки матки, яєчників, сечового міхура.

В результаті проведених досліджень визначено найбільш характерні променеві ознаки метастатичного ураження раку прямої кишки, тіла та шийки матки, яєчників, сечового міхура на етапах лікування за допомогою використаних методик. Визначенні можливості виконання оперативного втручання чи комплексного лікування, проведенно контрольні дослідженя після втручання, здійснений моніторинг після проведеної поліхіміотерапії для оцінки її ефективності на етапах лікування.

Пропонується для впровадження в лікувально – профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) онкологічного профілю, де проходять лікування хворі із злоякісними новоутвореннями прямої кишки, тіла та шийки матки, яєчників, сечового міхура, ураженням вторинного (метастатичного) характеру.

Згідно Національного канцер-реєстру України найбільш поширеними злоякісними пухлинами органів малого таза є рак шийки матки (РШМ), рак ендометрію (РЕ), рак яєчників (РЯ), рак прямої кишки (РПК) та рак сечового міхура (РСМ). За останнє десятиріччя відмічається збільшення захворюваності жіночого населення у репродуктивному віці, що визначає РШМ, РЕ та РЯ не лише як медичну, а й важливу соціальну проблему.

В Україні, за даними Національного канцер–реєстру України, показник смертності при раку прямої кишки – 12,3 на 100'000 населення, із них 14,1 на 100'000 серед чоловіків та 10,7 на 100'000 серед жінок.

Впровадження в клінічну практику комплексних та комбінованих методів лікування, в тому числі і неоад'ювантної терапії, дозволило підвищити абластику хірургічних втручань та розширити покази до сфінктерзберігаючих операцій. При місцевопоширеному процесі неоад'ювантна терапія проводиться

з метою підвищення операбельності, можливості виконання радикальної операції та зниження ризику місцевого рецидиву.

В багатьох дослідженнях було доказано, що у хворих РПК застосування предопераційної хіміопроменевої терапії (ХПТ) призводить до зменшення розмірів пухлини, понижає стадію процесу в рамках Т- та N-критеріїв, понижає частоту виникнення рецидиву та покращує показники безрецидивної та загальної виживаності.

У складній проблемі лікування пухлин означеної локалізації актуальним є вирішення питань діагностики, оскільки в Україні у 25 % хворих діагностується злоякісний процесс на пізніх стадіях. Провідне місце в рекомендованих алгоритмах діагностики відводять променевим методам, спектр яких досить широкий, кожен має переваги, недоліки та технічні можливості.

При дослідженні злоякісних новоутворень органів малого тазу доведено переваги застосування комплексу променевих методів досліджень із послідуючим визначенням пріоритетного, найбільш вагомого методу, чи адекватного комплексу методів, що підвищить точність діагностики, скоротить діагностичний період, здешевить комплекс досліджень, що сприятиме визначенню адекватного лікування та контролю його ефективності. При цьому застосовуються якісні та кількісні критерії, а також дослідити внутрішньопухлинну неоваскуляризацію, котра є важливим критерієм для диференційної діагностики поміж злоякісними та и доброякісними пухлинами.

На основі проведених досліджень було визначено променеву семіотику злоякісних захворювань малого тазу

Виділено основні ультразвукові та МР-ознаки раку шийки матки При раку шийки матки спостерігали збільшення об'єму шийки матки (61,1 ± 46,6) см³, нерівність контурів (67,7 %), нечіткість меж (39,3 %), неоднорідність структури, деформацію цервікального каналу (86,2 %), наявність новоутворення (90,0 %), наявність внутрішньопухлинного кровотоку (79,2 %), V_{max} (26,5 ± 9,2), RI (0,53 ± 0,07) Із наростанням ступеня поширення пухлинного процесу відмічалася тенденція до збільшення розмірів ШМ, зміни її форми та ехо-структури, підсилення васкуляризації, підвищення V_{max} та зниження RI.

Основні ультразвукові та МРТ-ознаки раку яєчників В результаті виконаних УЗД-досліджень визначено, що длязлоякісного новоутворення яєчників характерна наступна ехо-семіотика: наявність багатокамерного (100 %) кістозного (40 %), або кістозно-солідного (35 %), солідного (25 %) новоутворення з наявністю пристінкового (100 %) васкуляризованого (100 %) тканинного компоненту. Окрім того, була вивчена клінічна симптоматика та наявність неопластичного компоненту у вигляді асциту (65 %). В 60 % випадків мали місце жінки пременопаузального періоду, в 40 % – постменопаузального. У певної категорії пацієнток новоутворення яєчників спостерігались протягом тривалого часу до встановлення діагнозу, вони мали стійкий характер збільшення розмірів та чітку локалізацію Для злоякісних пухлин основними достовірними прогностичними МР-ознаками були: великі розміри новоутворень, наявність потовщених перетинок, папілярних розростань, нечіткість та нерівність контурів. При аналізі МР-семіотики РЯ були виявлені такі закономірності: для пухлин з високим ступенем диференціювання була характерна кістозна або переважно кістозна будова, тоді як новоутворення помірного і низького ступеня диференціювання мали переважний солідний компонент. Двостороннє ураження яєчників частіше спостерігалося при низькодиференційованих пухлинах. Наявність перетинок товщиною 3 і > мм частіше зустрічалося при низькодіференційованих пухлинах.

МРТ-ознаками інвазивного раку сечового міхура є наявність екзофітного інтравезикального утворення – у 77 (90,6 %) хворих або локального стовщення та зміни сигналу від стінки сечового міхура – у 8 (9,4 %) хворих, зміна сигналу від суміжної клітковини – у 16 (18,8 %); нерівність зовнішнього контуру – у 16 (18,8 %); екстравезикальний пухлинний компонент – у 6 (7,1 %).

Діагностична ефективність (чутливість, специфічність, точність) променевих методів дослідження раку сечового міхура склала відповідно: для екскреторної урографії – 73,5 %; 50,0 %; 76,6 %; для УЗД – 73,4 %; 66,7 %; 83,8 %; для КТ – 92,8 %; 96,4 %; 92,8 %; для МРТ – 99,2 %; 98,4 %; 98,2 %.

Відповідь пухлини на лікування оцінювали кожні 8 тижнів (за результатами СКТ чи МРТ) з урахуванням RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors Критерії оцінки відповіді солідних пухлин.

На основі проведених досліджень було визначено променеві ознаки регресу пухлин при хіміопроменевому лікуванні.

Ультразвуковими ознаками регресу раку шийки матки після лікування є: зменшення об'єму пухлини, були більш чіткі (85,4 %), рівні (81,2 %) контури, більш однорідна структура (35,4 %), нормалізація стану цервікального каналу (75,0 %), зменшення ступеня пухлинної інвазії в оточуючі органи і тканини (75,0 %), поодинокі судинні локуси (66,7 %), зниження Vmax до (13,0 ± 8,1) см/с, підвищення RI до (0,79 ± 0,1).

Сонографічними ознаками регресу раку яєчників є: зменшення розмірів новоутворення (96,8 %); чіткий (89,6 %) нерівний (76,9 %) контур; переважність солідної (68,6 %) будови, зменшення (68,1 %), або відсутність асцитичної рідини (31,9 %) перикардиту (1,4 %), плевриту (7,3 %); зменшення розмірів метастатичних заочеревинних лімфатичних вузлів (56,4 %); аваскулярність (46,2 %) чи мінімальна периферична неоваскуляризація (54,8 %) новоутворення.

МР-ознаками регресу раку яєчників є: зменшення об'єму пухлини (73,0%), чіткість контуру (46,1 %), зміна структури пухлини (76,9 %), зменшення накопичення контрасту (46,1 %) та відновлення дифузії (92,3 %) в солідному компоненті новоутворень, зменшення (61,5 %) або зникнення (38,4 %) асцитичної рідини, плевриту (23,1 %), зменшення розмірів заочеревинних лімфатичних вузлів (69,2 %), редукція метастазів в дугласовому просторі (61,5 %), зменшення інфільтрації парієтальної очеревини (73,1 %).

Діагностична ефективність (Ч, С, Т) з використанням підсилення, на Т2 та DWI послідовностях у визначенні регресії пухлини при НАПХТ та ПТ склали для Т2 – 87,5 %, 75,5 % та 94,5 %, для DWI b -фактор 800 – 83 %, 70 % та 94,6 %, при використанні контрастування 85,7 %, 65,1 % та 79 % відповідно. МР ознаками регресії пухлини є: відсутність накопичення контрастної речовини на місці раніше виявленої пухлини, гіпоінтенсивний МРТ-сигналнаТ2ЗЗ,врежимiDWIb - фактор 800 відсутність підвищення МРТ сигналу та обмеження дифузії на ADC. Показники інформативності МРТ для моніторингу РЯ: Ч – 91,5 %, С – 89,4 %, Т – 91,0 %. Застосування ДЗЗ підвищує діагностичну цінність МРТ, при цьому не здорожчує комплекс досліджень.

Оскільки є нагальна потреба розробки єдиних стратегічних і тактичних підходів до адекватної діагностики і тактики ведення пацієнтів із злоякісними пухлинами органів тазу, на підставі проведених досліджень був розроблений алгоритм (схема 1) променевої діагностики злоякісних захворювань малого тазу, який дозволить оптимізувати діагностику та покращити якість дослідження.

Схема 1

АЛГОРИТМ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ

Висновки

Оптимізація використання методик КТ, ПЕТ-КТ, МРТ та ультразвукового дослідження для оцінки локальних та метастатичних форм у хворих на рак прямої кишки, тіла та шийки матки, яєчників, передміхурової залози, сечового міхура надає можливість на ранніх етапах визначати чи змінювати тактику лікування. Систематизація променевих ознак метастатичного ураження на КТ, ПЕТ-КТ, МРТ, УЗД дозволяє уникнути похибок в інтерпретації різних мет одик дослідження. Діагностична ефективність поєднання методик КТ, ПЕТ-КТ, МРТ, КТ, ПЕТ-КТ,МРТвоцінціметастатичногоураженнянаракпрямої кишки, тіла та шийки матки, яєчників, сечового міхура впливає на більш раннє отримання позитивних результатів.

За додатковою інформацією з проблеми звертатись до авторів листа: Національний інститут раку, 03022, м.Київ, вул. Ломоносова 33/43.

Бакай Ольга Олексіївна – 050-355-74-42