

Міністерство охорони здоров'я України
Департамент охорони здоров'я та курортів Вінницької ОДА
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
Громадська організація «Асоціація онкологів Поділля»
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

**Матеріали Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю,
присвяченої 70-річчю Вінницького обласного клінічного
онкологічного диспансеру**

**м. Вінниця
21-22 травня 2015 р.**

УДК 616-006
ББК 55.6-5
С 91

Редакційна колегія:

МОРОЗ В.М., ректор Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, академік НАМН України, професор

КОСТЮК О.Г., зав. кафедри онкології, променевої діагностики та променевої терапії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, д.мед.н., доцент

ШАМРАЙ В.А., головний лікар Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру, к.мед.н., голова правління ГО «Асоціації онкологів Поділля», обласний онколог, асистент кафедри онкології, променевої діагностики та променевої терапії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

ФЕДЖАГА І.П., асистент кафедри онкології, променевої діагностики та променевої терапії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, лікар-ординатор відділення пухлин голови та шиї Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру

ХМЕЛЯР А.В., лікар-статистик медико-статистичного інформаційно-аналітичного відділу Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру

С 91 Сучасні підходи в лікуванні онкологічних хворих / Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 70-річчю Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру, 21-22 травня 2015 року. – Вінниця, 2015. – 240 с.
ISBN 978-966-2462-83-8

У матеріалах конференції представлені статті та тези, присвячені актуальним проблемам онкології. Усі публікації висвітлюють нові наукові розробки вітчизняних учених згідно до сучасних вимог доказової медицини та стандартів лікування онкологічних хворих. За достовірність поданих матеріалів у тезах відповідають автори. Збірник тез доповідей може бути використаний у практичній, науковій та педагогічній роботі лікарями-онкологами, хімотерапевтами, радіологами, хірургами, гінекологами, отоларингологами, сімейними лікарями та ін., студентами, інтернами.

ISBN 978-966-2462-83-8



© Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, 2015

**МІСЦЕ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ В СТРУКТУРІ
ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЗІ СТІЙКОЮ ВТРАТОЮ
ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ВНАСЛІДОК ДІЇ ПРОФЕСІЙНИХ
ФАКТОРІВ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Ігнашук О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Професійні фактори є одними з найважливіших при формуванні стійкої втрати працездатності серед населення. Аналіз особливостей структури та динаміки професійної захворюваності дає можливість визначити основні закономірності формування професійної патології на сучасному етапі, а також намітити напрямки профілактичних заходів.

Мета дослідження — встановити особливості структури захворюваності зі стійкою втратою працездатності внаслідок дії професійних факторів та визначити в цій структурі місце онкологічних захворювань.

Матеріали і методи. Протягом 2000-2014 років проведено суцільне когортне дослідження пацієнтів Вінницької області зі стійкою втратою працездатності внаслідок професійних факторів. Протягом цього періоду на обліку перебувало 843 особи з документально підтвердженим професійним захворюванням, у т.ч. 558 чоловіків (66,2%) та 285 жінок (33,8%).

Результати дослідження. Серед професійної патології домінують ураження органів дихання (50,4%) та захворювання нервової системи (34,3%). Загалом ці захворювання складають майже 85% усієї профпатології. Суттєво меншою є питома вага хворих з ураженнями кістково-м'язової системи (7,3%), органів слуху (3,9%) та інших органів та систем (4,0%). Найбільш поширеними серед нозологій в цілому виявилися вплив вібрації (код Т75.2) – 12,1%, інші уточнені полінейропатії (код G62.8) – 9,6% та туберкульоз легенів (код А15.0) – 6,8%, хронічне обструктивне захворювання легень із загостренням неуточнене (код J44.1) – 5,7%, полінейропатія неуточнена (G62.9) – 4,6% та астма з переважанням алергічного компоненту (код J45.0) – 4,1%. Найменш поширеними є злоякісне новоутворення гортані

неуточнене (код С32.9) – 0,2%, апластична анемія, викликана іншими зовнішніми агентами (код D61.2) та токсичне враження печінки (K71.8) – по 0,4%.

Така низька поширеність онкологічної патології серед пацієнтів з стійкою втратою працездатності внаслідок впливу професійних факторів, що значно нижча ніж в популяції, пояснюється характером шкідливих чинників на виробництвах (так як Вінницька область переважно аграрний регіон, з відсутністю вираженого онкогенного впливу), та складністю механізму доказів онкогенності професійного фактору, та лідируючої ролі професійних ризиків на виникнення злоякісних новоутворень.

Висновки. Злоякісні новоутворення (зокрема злоякісне новоутворення гортані неуточнене) є найменш поширеними в структурі причин виникнення стійкої втрати працездатності внаслідок дії професійних факторів, і їх питома вага складає 0,2%.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКУ ТА 12-ПАЛОЇ КИШКИ, ЯК ПЕРЕДРАКОВОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

Кізлова Н.М.

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
ВНМУ Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. У загальній структурі захворювань органів травлення провідне місце займає патологія шлунку та дванадцятипалої кишки. Співвідношення виразок шлунку й дванадцятипалої кишки 1:4. Частота хірургічних втручань з приводу ускладнень виразкової хвороби знижується завдяки патогенетичній терапії, проте рівень медико-соціальної реабілітації пацієнтів з виразковою хворобою залишається на досить низькому рівні. Ефективність реабілітаційних методів наявна у 8% пацієнтів. Це змушує шукати шляхи покращення результатів лікування цієї категорії хворих.

Мета даного дослідження полягає у вивченні ефективності

призначеної програми реабілітації при виразковій хворобі з першим в житті епізодом госпіталізації за чотирирічним профілем.

Матеріали і методи. Використаний панельний дизайн КРС (всього 400 пацієнтів). Призначення програми реабілітації здійснювалось рандомізовано. Призначено 220 пацієнтам гастроентерологічного денного стаціонару у м. Вінниці з першим в житті епізодом госпіталізації та наступним чотирирічним моніторингом. Ефективність призначення програми оцінювалась за ризиком повторної госпіталізації, клінічним виміром була тривалість періоду до повторної госпіталізації. Аналіз даних здійснювався на основі МСМС семплеру Гіббса за семипараметричною моделлю пропорційних ризиків Кокса. Розрахунок параметрів моделей здійснювався в середовищі пакету МСМС семплерів WinBUGS.

Опис програми реабілітації хворим з виразкою шлунку та 12-палої кишки.

Всього програма включає 10 шкал: медикаментозне лікування, модифікація дієти, курацію пацієнтів з надмірною вагою, НПЗП-гастропатії, шкідливі звички (тютюнопаління та вживання алкоголю), наявність у пацієнтів артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, корекція симптомів депресії та тривоги. Зміст шкал продиктований комплексним підходом реабілітації і узагальнюється трьома аспектами: шкали, патогенетичне спрямування, етапи (госпітальний та післягоспітальний). Кожна шкала програми складається із змісту, мети, наявних рекомендацій, контрольних точок та оцінки результатів за допомогою щоденника, опитувальників. Динамічний контроль здійснюється на основі контрольних точок, які організовані так, щоб оптимізувати кількість та періодичність звернень до сімейного лікаря. Разом з тим дана програма дає можливість узагальнено оцінити стан хворого, на скільки точно пацієнт виконує та дотримується рекомендацій лікаря, та динаміку захворювання. Моніторинг пацієнтів включає госпітальний та післягоспітальний етапи. На госпітальному етапі оцінюється стан пацієнта, призначається фармакологічне лікування, визначаються фактори ризику. Лікуючий лікар стаціонару, також навчає вести пацієнта щоденник самоконтролю. На післягоспітальному етапі спостереження за хворим здійснює сімейний лікар. Важливим моментом програми реабілітації

є самоконтроль, через ведення щоденника пацієнта.

Ефективність призначення програми реабілітації.

Із центилів апостеріорних розподілів оцінок параметра бета впливає достовірний ефект програми реабілітації, так як 0 знаходиться поза межами 95% інтервалу $[-0,517; -0,002]$ з медіанним значенням $-0,256$. Відносний ризик призначення програми становить $\exp(-0,256) = 0,774$. Інтегральна різниця на пацієнта склала 39 днів. Це та додаткова кількість днів до наступної госпіталізації, яку забезпечує призначення програми реабілітації.

Висновки:

1. Низька ефективність реабілітації при виразках обумовлена на нашу думку низьким комплаенсом пацієнтів. Програму реабілітації доцільно розпочинати ще на стаціонарному етапі.

2. Проведене експериментальне дослідження підтверджує достовірне зниження ризику наступної госпіталізації внаслідок призначення даної програми в середньому на 23%.

3. Додаткова кількість термінів міжгоспітальних періодів наступної госпіталізації, яку забезпечує призначення програми реабілітації, склала 39 днів.

**ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ
ОНКОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ**

Лукач Е.В.

Інститут оториноларингології ім. проф. О.С. Коломійченка
м. Київ, Україна

В Україні лише біля 25-40% хворих зі злоякісними пухлинами голови і ший виявляються на ранніх стадіях захворювання, що відображається на ефективності лікування та виживаності.

Як і належить, більшість хворих цієї локалізації діагностуються отоларингологами чи стоматологами. Але слід відмітити, що навіть ці спеціалісти мають малу онконастороженість. Це саме можна сказати і про сімейних лікарів, хірургів, офтальмологів та лікарів інших спеціальностей.

Крім того, часто виникає ситуація коли хворого при явному виявленні у нього злоякісного процесу скеровують на допоміжні

аналізи та затримують на первинних ланках закладів охорони здоров'я.

Нам треба чітко констатувати, що при такій кількості спеціалізованих закладів із сучасним обладнанням немає потреби затримувати хворого, його можна скеровувати безпосередньо до відділень пухлин голови та шиї або інші заклади, де хворому проведуть належне обстеження та лікування. Не кажучи про сучасну апаратуру та оснащення операційних у великих центрах краще. Те саме стосується і лікування. Про це свідчать показники канцер-реєстру України.

Погані показники виявлення хворих на рак гортані на профоглядах. Так, найнижчими вони були у Львівській – 1,4%, Закарпатській - 0, Волинській- 2,7% областях . Найбільше виявлено хворих на профоглядах у м. Києві- 50,7% Чернівецькій 46,7% та Івано-Франківській -27,1% областях, що вказує на хорошу діагностику отоларингологами цих областей. .

Про ефективність лікування свідчать показники смертності. Так, смертність від раку гортані на 100 тис. населення в м. Києві у 2012 р була найнижчою в Україні і складала 1,8 при світовому стандарті 1,1. Найвищою в Україні смертність від раку гортані була у Херсонській - 6,6 та Сумській 4,8 областях.

Своєчасну діагностику та ефективність лікування демонструє такий показник як відсоток хворих, що померли за 1 рік після виявлення захворювання. Найкращий цей показник виживання хворих на рак гортані - 85,1% був у Києві. Не прожили й 1-го року в м. Києві 14,9% хворих . Найгірший показник смертності протягом року після виявлення був у Рівненській - 35% та Херсонській- 37% областях. Останні цифри вказують на край погану діагностику та лікування хворих на рак гортані в цих областях.

У 2013 році в Україні зареєстровано 1401 смертей від раку гортані. Найбільше серед областей України померло пацієнтів у Донецькій-138. Харківській - 117, та Львівській - 114 областях. Однак за кількістю населення Донецька та Львівська області значно відрізняються, тому пальма першості у Львова.

Не є таємницею, що ефективність лікування залежить від правильно вибраних для даного хворого протоколів лікування та

наявності в закладі згідно стандартів лікування потрібного арсеналу апаратури та діагностичних і лабораторних можливостей даного закладу.

Ясна річ що такими можливостями забезпечені крупні центри та інститути. Тому і результати роботи у них значно кращі. Із-за цієї причини за кордоном підготовка спеціалістів (резидентура) проходить строком до 4-років. У Фінляндії спеціалісти ЛОР-онкологи стажуються 6 років.

Правда, існує можливість для цих спеціалістів, при їх бажанні, пройти курси інформації та стажування в інституті отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка, де є стаціонар на 60 онкоотоларингологічних ліжок і проходить лікування близько 1200 хворих за рік.

Також така можливість є для проходження стажування в Національному інституті рака МОЗ, де функціонує виділення пухлин голови та шиї на 30 ліжок під керівництвом проф. В.С.Процика. Однак не всі онкоотоларингологи та хірурги пухлин голови та шиї пройшли такі курси.

Таким чином, проблем в онкоотоларингології існує чимало як в плані підготовки кадрів, так і діагностиці і ефективності лікування. Над вирішенням цих проблем потрібно сконцентрувати увагу.

**ПРАВОВІ ТА ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ РОЗРОБКИ ТА
ВИКОНАННЯ УНІФІКОВАНИХ І ЛОКАЛЬНИХ ПРОТОКОЛІВ
ПРИ ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ В СУЧАСНИХ
УМОВАХ**

*Клюсов О.М., Войтко О.В., Сердюк В.Г., Кондратенко А.В.,
Говоруха Т.М., Ратова В.В., Кобзаренко Т.В., Скорина О.О.*

Київський міський клінічний онкологічний центр
Всеукраїнська Рада захисту прав та безпеки пацієнтів
Опікунська рада Київського міського клінічного
онкологічного центру
м. Київ, Україна

Соціально-економічна ситуація в Україні та залишковий підхід при розподілі коштів обумовлюють суттєві обмеження бюджетного

забезпечення медичної галузі. Протягом останніх десятиліть рівень фінансування онкологічної служби Києва не перевищував 15-20% від потреби.

В таких умовах неминує виникати ситуація, за якої лікар державного лікувально-профілактичного закладу вимушено порушує або статтю 34 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» (*«Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження і лікування пацієнта»*) не проводячи сучасного ефективного, але не забезпеченого Державою лікування, або статтю 49 Конституції України (*«У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно»*) пропонуючи пацієнту та його родині взяти на себе частину матеріального забезпечення процесу діагностики та лікування не забезпеченого державою.

Це приводило до зростання соціальної напруги в суспільстві, та до зубожіння родин, при цьому відповідальність лікаря, установи та держави у зв'язку з певною розмитістю визначення *«своєчасне і кваліфіковане обстеження і лікування пацієнта»* знаходилась в більшій ступені в морально-етичній площині.

Сьогодні в галузі іде інтенсивна робота по створенню клінічних настанов, уніфікованих та локальних протоколів і маршрутів пацієнтів у відповідності до наказу МОЗ України від 28.09.2012 №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».

У відповідності до нього, «призначення медико-технологічних документів на державному, регіональному, локальному рівнях полягає в тому, що стандарт медичної допомоги містить критерії **для контролю за діяльністю системи охорони здоров'я та акредитації ЗОЗ**» (п 1.5) а «... Стандарти медичної допомоги є основою акредитації ЗОЗ та адміністративного контролю...» (п 3.4.1.). При цьому, «... Уніфікований клінічний протокол містить **обов'язкові вимоги і рекомендації**, що повинні бути включені до локального протоколу медичної допомоги (п. 3.5.1).

В той же час, суттєвого збільшення бюджетного фінансування галузі в цей період не відбулось, також в країні не підготовлене достатнє підґрунтя для суттєвого збільшення позабюджетного фінансування

ЛПЗ. Відповідно, в найближчий час, очікувати суттєвого покращення матеріально-технічного забезпечення лікувальних установ, в тому числі онкологічних, та приведення його до вимог прийнятих протоколів не приходиться.

З юридичної точки зору, нормативний документ, який не забезпечений ресурсами фактично є декларацією. Але у відповідності наказу МОЗ України від 28.09.2012 №751 на декларативні положення уніфікованих та локальних протоколів покладаються контролюючі функції.

Такий стан справ може створити передумови до певного маніпулювання та корупційних дій при проведенні як оцінки якості лікування окремого хворого так і оцінці діяльності установи в цілому при її акредитації.

Тому, на думку авторів, сьогодні необхідне невідкладне чітке нормативне врегулювання організаційно-правових механізмів надання медичної допомоги онкологічним хворим у випадку неможливості належного та відповідного матеріально-технічного забезпечення виконання уніфікованих протоколів, затверджених наказами МОЗ України.

**ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ПОЛІКЛІНІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ
ВІННИЦЬКОГО ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО
ОНКОЛОГІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ (ВОКОД) В СУЧАСНИХ
УМОВАХ**

Магдебуря Л.П., Шамрай О.В, Ксенчина Р.В.

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Диспансерно-поліклінічне відділення ВОКОД розраховане на 250 відвідувань та обслуговує біля 100 тисяч жителів області за рік. Єдине із закладів охорони здоров'я Вінницької області, яке працює за принципом відкритих дверей. Це значить, що пацієнти обслуговуються по самозверненню без наявності направлень із лікувальних закладів за місцем проживання.

Усім жінкам, незалежно з якими захворюваннями вони звернулися у ВОКОД, профілактично проводиться гінекологічний

огляд, кольпоскопія для виявлення ранніх форм перед раку та раку, а у віці після 40 років ще й мамографію.

Існує чіткий взаємозв'язок між поліклінікою та відділеннями стаціонару закладу: вся необхідна медична інформація про хворого міститься в єдиній документації на хворого, яка складається з амбулаторної картки та історії хвороби і зберігається в реєстратурі поліклініки.

У 2014 році створена та впроваджена в практичну діяльність мультидисциплінарна комісія. Це значить, що госпіталізація в профільні відділення диспансеру первинних онкологічних хворих проводиться після розгляду комісії в складі лікаря кабінету, радіолога, хіміотерапевта та завідуючої поліклінікою. Це дає можливість виробити оптимальну схему лікування.

Хворі з передпухлинною патологією та особи з групи ризику оздоровлюються на рівні поліклінічного відділення. За рік по поліклініці виконують 3000 операцій. А це, при середньому 7 - денному ліжко-дні для цієї патології в стаціонарі, 210000 гривень економії державного бюджету. Особливу увагу заслуговує кабінет патології шийки матки, в якому постійно проводиться оздоровлення жінок з важкою дисплазією. Списки таких хворих регулярно надсилаються в райони області та м.Вінницю, що дало можливість зменшити кількість занедбаних випадків раку шийки матки з 11,7 до 4,5% за останні п'ять років.

Завдяки високоорганізованій роботі медичного персоналу поліклініки, за період п'яти останніх років, скорочений доопераційний ліжко-день стаціонару. Для ракових хворих – на 0,1, з доброякісними новоутвореннями – 0,2 доби. Це відбувається за рахунок повного обстеження хворих та їх консультування суміжними фахівцями на рівні поліклініки. Сума збереженого державного бюджету в середньому за рік – 310 тисяч гривень.

РОЛЬ ОПОЇДІВ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО РАКОВОГО БОЛЮ. УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ

Гуля Б.М., Радчук І.П., Гуля М.Б., Пащенко С.П.
Житомирський обласний онкологічний диспансер
м. Житомир, Україна

Акуальність: хронічний біль займає одну з основних проблем в онкології і зустрічається приблизно в 90% хворих в стадії генералізації онкологічного процесу. В Україні понад 980 тисяч онкохворих. Майже 300 тисяч онкологічних хворих страждає від болей середньої і сильної інтенсивності. І тільки 5-10% (в розвинутих країнах 80-90%) із цих пацієнтів одержує адекватну знеболюючу терапію.

Ціль: виявити основні причини, що обмежують доступність пацієнтів з хронічним раковим болем в Україні до опіоїдів .

Матеріали: електронна база даних, систематичний огляд літератури.

Методи:

1. Досліджено і проведено аналіз доступної електронної бази даних та літератури щодо лікування хронічного онкологічного болю в світі та Україні.

2. Зроблено аналіз практичного 15-ти річного досвіду лікування хворих з хронічним онкологічним болем в кабінеті протибольової терапії Житомирського обласного онкологічного диспансеру.

Результати: наркотичні препарати являються базовими препаратами («золотим стандартом») для лікування болей середньої і сильної інтенсивності в онкології, і без цих препаратів адекватне знеболення неможливе.

На сучасному етапі при лікуванні хронічного ракового болю використовується «принцип сходів», запропонований експертною групою ВООЗ:

1 сходинка (слабкий біль) - призначаються ненаркотичні анальгетики ± ад'ювантні препарати.

2 сходинка (біль середньої інтенсивності) - призначаються слабкі наркотичні анальгетики ± ненаркотичні анальгетики ± ад'ювантні препарати.

3 сходинка (сильний біль) - призначаються сильні опіати ±

ненаркотичні анальгетики ± ад'ювантні препарати.

Споживання морфіну на душу населення онкохворими України в 2006 році становило 1,78 мг, для порівняння: в Німеччині – 15 мг, в США – 57 мг, в середньому в Європі 10,6 мг. Україна займає 78 місце серед 222 країн по споживанню наркотиків онкохворими. Добове споживання складає 221 особа на 1 млн., а середня кількість людей, що потребують наркотики складає 2040 пацієнтів на 1 млн. (тобто одержує наркотики приблизно тільки кожен десятий пацієнт, але і в дозах недостатніх для адекватного знеболення).

Основні бар'єри, з якими стикається лікар при назначенні наркотичних анальгетиків в Україні:

1. Побоювання розвитку толерантності і залежності.
2. Недосконалість законодавчої бази, що стосується обігу наркотиків в медицині.
3. Можливі проблеми в взаємовідношеннях з контролюючими органами.
4. Побоювання ускладнень, зв'язаних з побічними ефектами.
5. Відсутність певних фармакологічних форм наркотичних анальгетиків (таблетки, порошки, пластирні пролонговані форми і т.д.).
6. Відсутність освітніх програм в інститутах і факультетах післядипломної практики щодо лікування больових синдромів, в тому числі і онкологічного походження.
7. Матеріальна неспроможність пацієнта.

Висновки: для забезпечення адекватного лікування хронічного онкологічного болю необхідно:

1. Радикальна зміна, удосконалення законодавчої бази, що стосується обігу наркотиків в Україні.
2. Наявність певних форм наркотичних анальгетиків в Україні.
3. Введення освітніх програм для студентів і лікарів що до лікування онкологічного болю.
4. Наявність держаної програми для безплатного забезпечення лікування (в тому числі і знеболюючими препаратами) онкологічних хворих.

**МЕТОДЫ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ
РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ХАРЬКОВСКОМ ОНКОЦЕНТРЕ**

Винник Ю. А., Фомина С. А., Перепадя С.В., Гринева А.Ю.

ХОКОЦ

г. Харьков, Украина

Актуальность темы. Заболеваемость и смертность от РМЖ стоят на первом месте среди онкологических заболеваний женского населения всего мирового сообщества. Успехи последних лет, достигнутые в области диагностики, комбинированного и комплексного лечения РМЖ, способствуют поиску онкологами новых подходов к тактике хирургического лечения. Нужно отметить, что не существует некоего «золотого стандарта» реконструкции молочной железы. К главным преимуществам любой выбранной методики должны относиться ее воспроизводимость и хорошая сочетаемость с онкологическими методами лечения.

Цель. Целью данной работы является показать и оценить онкологическая безопасность реконструктивно-пластических метод хирургического лечения при раке молочной железы. Органосохраняющее лечение и подкожная мастэктомия с сохранением САК с одномоментной реконструкцией молочной железы удовлетворяет принципам онкологической безопасности, создает благоприятные условия для различных вариантов реконструкции молочной железы и облегчает ее.

Материалы и методы. В нашей работе проанализированы результаты лечения больных РМЖ за период 2012-2015 гг., которым были выполнены реконструктивно-пластические операции. Все пациентки прошли стандартное обследование. Диагноз РМЖ был верифицирован в 100% случаев. Восстановление молочной железы выполнялось только по осознанному желанию пациентки, выбор реконструктивной операции осуществлялся индивидуально. В Харьковском онкоцентре за 2012-2015 гг. Возраст большинства пациенток составлял от 25 до 67 лет. Стадия заболевания: В 68,3% случаях больным установлена I и II стадии заболевания, у 31,7% — III- А стадия. 283 больным РМЖ выполнена органосохраняющее лечение с ремодулированием собственными тканями железы: 147

больных (51,9%) выполнено органосохраняющее лечение используя простое возмещение объема, 136 больных (48,1%) применена методика редукции молочной железы - 62(21,9%) пациенткам произведена органосохраняющая операция с перемещением сосково-ареолярного комплекса на нижней glandулярной ножке при локализации опухоли в верхних квадрантах, 74 (26,2%) произведена операция с использованием верхней glandулярной ножки при локализации опухоли в нижних квадрантах. В нашей работе проанализированы результаты лечения 87 больных РМЖ за период 2012-2015 гг., которым были выполнены реконструктивно-пластические операции. Простое перераспределение ткани молочной железы предполагает широкую отслойку кожи вокруг дефекта и мобилизацию самой железы с поверхности грудной стенки. Дефект ткани молочной железы закрывается на всю свою толщину путем мобилизации паренхимы молочной железы и поверхности большой грудной мышцы и перемещением ее по поверхности грудной стенки. Оставшаяся ткань молочной железы заживает с хорошим долгосрочным эстетическим результатом, что является прогрессом по сравнению с традиционными методиками консервативного первичного хирургического закрытия дефектов молочной железы. Такой подход требует выполнения одномоментной редукции и на противоположной молочной железе для достижения симметрии, что нами выполнялось не часто лишь у 49 (17,31%) пациенток в связи с отказом большинства пациенток выполнять операцию на здоровой железе одномоментно с онкологическим этапом. Метод органосохраняющего лечения с перемещением и замещением объема ткани молочной железы. Он позволяет переместить максимальное количество мягких тканей и в большинстве случаев полностью восстановить объем, естественность формы (включая птоз) и симметрию. Критерии отбора больных для эндопротезирования: 1). Агрессивное течение заболевания. 2). Мультицентрический или мультифокальный рост. 3). Неблагоприятное соотношение размеров опухоли и молочной железы. При больших опухолях (4 см) проведение органосохраняющего лечения обычно невозможно. 4). Мастэктомия показана так же молодым пациентам с обширными участками микрокальцинатов на маммограмме, что

может быть признаком широкого распространения карциномы *in situ*, при дольковом раке, протоковом раке с распространенным внутрипротоковым компонентом. При восстановлении формы и объема молочной железы, риск обнаружения опухоли в краях резекции обуславливает выполнение срочного интраоперационного морфологического исследования: после резекции опухоли со стенок полости и из субареолярной зоны берутся соскобы. Отсутствие роста опухоли при срочном цитологическом исследовании является показанием к одноэтапной операции. Условия выполнения операции - При восстановлении формы и объема молочной железы, риск обнаружения опухоли в краях резекции обуславливает выполнение срочного интраоперационного морфологического исследования: после резекции опухоли со стенок полости и из субареолярной зоны берутся соскобы. Отсутствие роста опухоли при срочном цитологическом исследовании является показанием к одноэтапной операции. Подкожная мастэктомия оптимально решает обе задачи: сохраняя высокий уровень радикализма оперативного вмешательства и существенно облегчает первичную реконструкцию молочной железы, позволяет достигнуть лучшего эстетического результата. Послеоперационные осложнения. Послеоперационные осложнения развились у 11 из 89 больных, что составило 12,4%: краевой / тотальный некроз кожных лоскутов и САК 3 (38%) и 1 (9,5%), нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 5 (4,9%) больных, кровотечение в послеоперационном периоде - 1 (4,8%). Большой процент некрозов кожных лоскутов связан с агрессивной отсепаровкой ткани молочной железы от кожных покровов для достижения толщины кожного покрова в 1-1,5 см и как следствие нарушение васкуляризации отдельных участков лоскута. При I стадии после органосохраняющей операции общая выживаемость составила 96,2%. Частота местных рецидивов 3,8%, при II эти показатели составили 90% и 4,3% соответственно, при III 86,7% и 6,7%, при IV - 86,2% и 10,3% ($p > 0,05$).

Выводы. Проведенные исследования продемонстрировали онкологическую безопасность органосохраняющих операций с реконструктивно-пластическим этапом и подкожной мастэктомии с сохранением САК при тщательном отборе пациентов к данному

типу оперативного вмешательства. Исходя из вышеизложенного, можно предположить, что органосохраняющее лечение и подкожнаямастэктомия с сохранением САК с одномоментной реконструкцией молочной железы удовлетворяет принципам онкологической безопасности, создает благоприятные условия для различных вариантов реконструкции молочной железы и облегчает ее. Выполнение реконструктивных операций даёт возможность ощутимо увеличить долю больных, для которых утрата молочной железы не сопровождается тяжелым эмоциональным стрессом, что создает все условия, необходимые для максимальной адаптации. Реконструкция молочных желез способна обеспечить адекватные результаты практически у любой женщины при наличии у нее желания восстановить молочную железу.

HYBRID POSTMASTECTOMY BREAST RECONSTRUCTION IN PATIENTS WHO HAVE RECEIVED RADIOTHERAPY

*Dubinina V.G., Sazhiyenko V.V., Zavoloka O.V.,
Vododiuk V.Yu., Bondar O.V.*

The center of reconstructive and restorative medicine (University clinic)
of Odessa national medical university
Ukraine, Odessa

Abstract

BACKGROUND. Postmastectomy breast reconstruction in patients undergoing radiation therapy carries a high risk of complications as necrosis and tissue fibrosis, capsular contracture and reaches more than 60% over the next 3 years. The authors evaluated the usefulness of combined use of tissue expansion, prostheses and fat grafting (hybrid reconstruction) in patients who received radiation therapy.

METHODS. During the period from 2008 to 2015 year the authors conducted a study of 85 patients after mastectomy (age range 30 to 62 years), who had received radiotherapy. All patients were divided into 3 groups: group 1 – patients received immediate breast reconstruction using the TRAM flap (n = 8); group 2 – patients who have been carrying out immediate-delayed reconstruction (n = 4); group 3 – patients without immediate breast reconstruction (n = 73). Protocol of hybrid breast

reconstruction: the first stage – the reconstruction was fat grafting (100 +/- 35 cc) to tissues undergoing radiotherapy; the second stage – tissue expander was set under the tissue repair postmastectomy defect; the third stage – to perform remote expander and implant placement. Where appropriate session fat grafting could be repeated during the second and third stages.

RESULTS. The average follow – up of 3 years, with the control after 1 week, 1, 3, 6 and 12 months and every year. After injections of fat in the average was recorded about 5% of complications (oilcyst and fat necrosis). Capsular contracture by scale Baker 1 grade – 9%; grade 2 – 5%; grade 3 – 3%.

CONCLUSION. Patients after mastectomy who received radiotherapy, fat grafting in addition to traditional tissue expander and implant breast reconstruction achieves better reconstructive outcomes with the creation of new subcutaneous tissue, accompanied by improved skin quality of the reconstructed breast low percentage of capsular contracture.

ІДЕНТИФІКАЦІЯ СИГНАЛЬНОГО ЛІМФАТИЧНОГО ВУЗЛА У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРЯМОЇ ХРОМОЛІМФОГРАФІЇ

Зотов О.С., Поступаленко О.В., Верещак Р.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра онкології
м. Київ, Україна

Для визначення СЛВ використовують лімфосцинтиграфічний та хромолімфографічний методи, їх комбінацію. Недоліки першого методу: коштовність, необхідність у спеціальному обладнанні та наявність променевого навантаження. Для хромолімфографії використовують синій ізосульфат (Лімфазурин) та трифенілметан (Patent V). Враховуючи доступність в аптечній мережі та в якості бюджетної альтернативи, перспективним для використання з цією ж метою є метиленовий синій.

Мета: розробити методику контрастування СЛВ з використанням 1% водного розчину метиленового синього.

Матеріали та методи: 92 хворих на РМЗ, які перебували на

лікуванні у клініці онкології НМУ ім. О.О.Богомольця на базі Київського міського клінічного онкологічного центру у 2013 р. Барвник (1% водний розчин метиленового синього) вводився ін'єкційно, перитуморально (n=10) або субареоларно (n=82).

Результати: контрастування СЛВ було успішним у 82 випадках (89%). В 9 (90%) з 10 невдалих контрастувань передопераційний статус регіонарних лімфатичних вузлів визначався як N1 (n=6, 70%) та N2 (n=3, 30%). При N0 (n=47), СЛВ контрастувались у 98% випадків (n=46). При введенні 2,0 мл контрасту (n=9) візуалізація СЛВ була досягнута у 6 випадках (67%). Зі збільшенням об'єму до 5,0 мл (n=83) відповідний показник становив 77 випадків (93%, $p \leq 0,01$). При перитуморальному (n=10) або субареоларному (n=82) введенні барвника СЛВ були виявлені у 8 (80%) та 74 (90%) випадках відповідно, ($p \leq 0,01$). При інтервалі часу між введенням контрасту та видаленням макропрепарату 10-20 хв візуалізація СЛВ була успішною у 6 з 7 випадків (86%), 21-30 хв – 10 з 12 (83%), 31-40 хв – 34 з 35 (97%), 41-50 хв – 13 з 17 (77%), 51-60 хв – 3 з 5 (60%). Побічних реакцій на введення барвника не спостерігалось.

Висновок: передопераційний статус регіонарних лімфатичних вузлів N0 – показання для застосування 1% водного розчину метиленового синього з метою контрастування СЛВ. Барвник є безпечною та високоефективною альтернативою. Найбільш адекватна методика – субареоларна ін'єкція 5,0 мл барвника. Візуалізація СЛВ можлива вже через 10 хв.

НЕІНВАЗИВНІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ПУХЛИН У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Клекот А.І., Шамрай Г.О., Магдебуря Л.П.

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Рак молочної залози (МЗ) є гормонзалежною пухлиною, в патогенезі виникнення якої велике значення має стан гормонального фону та кількість чутливих рецепторів в її залозистій тканині. Тому, вивчення гормонального статусу хворих з цією патологією є важливим критерієм у виборі подальшої тактики лікування та прогнозу

захворювання. Одним з додаткових, непрямих критеріїв визначення гормонального статусу пухлин МЗ може бути ультразвукова (УЗ) оцінка товщини її залозистого шару.

Мета дослідження. Встановити можливий взаємозв'язок між товщиною залозистого шару молочної залози та гормональним статусом пухлини молочної залози у жінок залежно від менструальної функції.

Матеріали і методи. Обстежено 66 жінок хворих на рак МЗ віком від 45 до 75 років. Всім пацієнткам виконувались УЗ обстеження МЗ з вимірюванням товщини залозистого шару в верхньо-зовнішньому квадранті та трепан біопсія з гістохімічним визначенням гормонального статусу пухлини (якісна оцінка експресії рецепторів стероїдних гормонів). УЗ дослідження МЗ проводилося на базі ВОКОД апаратом РМ Parus (лінійний датчик з частотою 8,0МГц). Всі жінки були розподілені на дві групи залежно від стану менструальної функції: пременопауза – 12 осіб, постменопауза - 54 особи.

Результати. Товщина залозистого шару МЗ у жінок в пременопаузі варіювала в межах $13,2 \pm 1,8$ мм, в постменопаузі – $7,8 \pm 0,9$ мм., що відповідає літературним даним про зменшення товщини залозистого шару з віком та настанням менопаузи. Однак, порівнюючи отримані дані з нормативними показниками УЗ критеріїв у здорових жінок, можна відмітити достовірне збільшення досліджуваного показника при розвитку злоякісної патології в МЗ у жінок в пременопаузі на 56% ($p < 0,05$), а у жінок в постменопаузі – на 36%, що може свідчити про високу гормональну залежність пухлини. В результаті дослідження встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок між збільшенням показника товщини залозистого шару молочних залоз та ступенем експресії естрогенових та прогестеронових рецепторів в пухлині в обох групах ($r = +0,753$, $p < 0,05$ та $r = +0,628$, $p < 0,05$).

Висновки. Визначення товщини залозистого шару молочних залоз у жінок хворих на рак молочних залоз може використовуватись, як допоміжний неінвазивний метод діагностики гормонального статусу пухлини. Збільшення товщини залозистого шару відносно нормативних показників (відповідно віку та наявності менструальної функції) у жінок хворих на рак молочної залози підтверджує високий ступінь експресії рецепторів стероїдних гормонів пухлини,

визначених гістохімічно.

**РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ
ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН**

Ковальчук А.П., Шамрай В.А., Гудзь О.С.,

Демиденко Ю.О., Ковальчук Б.А.

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

У сучасному лікуванні раку грудної залози (РГЗ) хірургічний етап відіграє основну роль. Застосування методу зварювання біологічних тканин (ЗБТ) є досить перспективним та сприятиме поліпшенню результатів лікування.

Мета дослідження - вдосконалити хірургічний метод лікування РГЗ шляхом застосування ЗБТ. Були обстежені 235 пацієнток, які лікувались з приводу РГЗ у ВОКОД. Для оцінки результатів досліджень пацієнти були розподілені по групам: I (n = 76) - пацієнти, яким виконано традиційну мастектомію (ТМ), II (n = 79) - пацієнти, які оперовані з підшиванням шкірного клаптя (ПШК) та III (n = 80) - пацієнти, яким застосовували ЗБТ за допомогою електрокоагулятора ЕК-300М1.

Застосування ЗБТ дозволило значно скоротити тривалість операції, що склало $41,2 \pm 8,7$ хв, тоді як операція ТМ в середньому тривала $57,6 \pm 9,2$ хв, а операція з ПШК - $58,5 \pm 13,7$ хв. Встановлено, що тривалість операції зі ЗБТ статистично значуще менша ($p < 0,05$), ніж з ТМ та ПШК.

Аналізуючи частоту ранніх ускладнень у хворих різних груп встановлено: нагноєння рани зустрічалось лише у однієї хворої III групи ($1,3\% \pm 1,1\%$), що на порядок менше, ніж у хворих I групи ($p \leq 0,05$). Крайовий некроз шкіри був виявлений у хворих I групи в $7,9\% \pm 2,7\%$, у хворих II групи в $3,8\% \pm 1,9\%$, а у хворих III групи - $1,3\% \pm 1,1\%$, що в декілька разів менше, ніж в I групі. Бешихоподібне запалення відмічалось у $9,2\% \pm 2,9\%$ хворих I групи, $5,1\% \pm 2,2\%$ хворих II групи і у $2,5\% \pm 1,5\%$ хворих III групи. Частота даних ускладнень у хворих оперованих з III групи значуще менша ($p < 0,001$ за критерієм

x2), ніж для хворих I та II групи. При цьому ризик ускладнень, для хворих III групи, у порівнянні з I та II групами знизився у 6,1 (95% ВІ 2,3-16,2) рази.

Виявлено, що частота пізніх постмастектомічних ускладнень у хворих III групи значуще зменшилась ($p < 0,05$), порівняно з хворими I та II груп. Частота болю в ділянці рани та руці з боку операції зменшилась з $52,6\% \pm 5,7\%$ до $28,7\% \pm 5,1\%$, частота набряку руки - з $69,7\% \pm 5,7\%$ до $32,5\% \pm 5,2\%$, частота порушення обсягу рухів у плечовому суглобі - з $52,6\% \pm 5,7\%$ до $26,2\% \pm 4,9\%$ хворих.

Таким чином, застосування ЗБТ дозволяє значуще ($p < 0,05$) скоротити, по відношенню до ТМ, тривалість операції, зменшити крововтрату та скоротити тривалість лімфореї, зменшити частоту ранніх та запобігти пізнім післяопераційним ускладненням, скоротити тривалість перебування хворого на ліжку, покращити якість життя хворих і скоротити витрати на лікування хворих на РГЗ.

РОЛЬ ТЕПЛОГО ПОТОКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІАГНОСТИЦІ ЇЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Постевка І.Д., Малишевський І.О.

Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Незважаючи на розвиток сучасної медицини рак молочної залози продовжує залишатися самим розповсюдженим онкологічним захворюванням серед жінок. На сьогоднішній день єдиним надійним способом боротьби з раком молочної залози є превентивна діагностика, що вказує на необхідність створення та впровадження нових неінвазивних технологій, які б доповнювали традиційні методи обстеження.

Показником швидкості перебігу біологічних процесів в організмі людини є тепловий потік внутрішніх органів, величина якого змінюється при різних патологічних станах.

Вимірювання теплового потоку з поверхні молочної залози, в проекції патологічно ураженої ділянки, дозволить вдосконалити принципи діагностики її захворювань, зокрема онкологічного генезу.

Мета дослідження – вивчити тепловиділення тканин молочної

залози у жінок хворих на злоякісні новоутворення даної локалізації.

Матеріал і методи. Обстежено 98 жінок фертильного віку, які були поділені на дві групи – порівняння та основну. Основну групу склали 52 жінки хворі на рак молочної залози I-II стадій, до призначення спеціального лікування. Групу порівняння утворили 46 абсолютно здорових жінок.

Вимірювання теплового потоку молочної залози проводили контактним способом використовуючи термоелектричний медичний тепломір. Термоелектричний сенсор теплового потоку розташовували у горизонтальному положенні, у кожному квадранті правої та лівої молочної залози. Для стабілізації показів тепломіра кожне вимірювання проводили тривалістю 15 хвилин.

Результати та їх обговорення. Відмічається відсутність вірогідної різниці теплового потоку правої та лівої молочної залози. При наявності злоякісного новоутворення в тканинах молочної залози спостерігається вірогідне зниження показників теплового потоку на шкірі останньої, в проєкції розташування пухлини. Найбільш високі показники теплового потоку характерні для зовнішнього нижнього квадранта молочної залози, а найнижчі – для зовнішнього верхнього.

Висновок. Тепловий потік молочної залози в повній мірі відображає морфофункціональний стан її тканин, це дає змогу використовувати його з метою додаткової діагностики раку молочної залози, особливо при масовому скринінгу жінок.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШВ СТАДИЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Седаков И.Е., Дубинина В.Г., Бондарь А.В., Заволока А.В.,
Вододюк В.Ю., Сажинко В.В.*

Донецкий областной противоопухолевый центр

г. Донецк, Украина

Университетская клиника

Одесского национального медицинского университета

г. Одесса, Украина

Ключевые слова: местно-распространенный рак молочной железы, комплексное лечение.

Аннотация: представлен способ лечения больных местно-распространённым раком молочной железы, заключающийся в проведении комплексного лечения с использованием двух путей одновременного введения ПХТ – селективного и системного. Полученные результаты лечения продемонстрировали преимущество, по сравнению с применением традиционных методов введения препаратов для лечения данной патологии.

Цель работы. Улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных местно-распространёнными формами РМЖ путем оптимизации способов введения химиотерапевтических препаратов, повысить качество жизни пациенток.

Материалы и методы. В ходе проведения исследования для адекватного анализа результатов лечения по рассматриваемым методикам были сформированы две группы больных. В первую исследуемую группу вошла 221 пациентка из которых при иммуноцитохимическом заключении диагностированы 168 больных с HER/2-неу положительным и 53 пациентки с базальноподобным биологическим подтипом. Программа комплексного лечения больных этой группы включала катетеризацию внутренней грудной артерии, проведение двух-трех циклов селективной внутриартериальной и внутривенной полихимиотерапии (ПХТ) с интервалом в 21 день, оценку эффекта, лучевую терапию (ЛТ) на молочную железу и зоны регионарного лимфооттока в статическом режиме РОД – 2-2,5 Гр, СОД – 40 Гр, интервал, оценку эффекта. Мастэктомия у больных исследуемой группы выполнялась только лишь при достижении полного или частичного ответа опухоли (136 операций в радикальном объеме). Курсы внутриартериальной ПХТ проводили в режиме непрерывной длительной инфузии (4-6ч.) по схеме CMF, CAF или CAMF. Учитывая вероятность развития локальных осложнений на фоне введения некоторых химиотерапевтических агентов, половина дозы препарата вводилась системно.

В контрольную группу вошли 58 пациенток из которых у 45 был выявлен HER/2-неу положительный и 13 базальноподобный подтипы. На первом этапе лечения пациенткам этой группы проводилось 4-6 циклов системной ПХТ, по схемам CMF, CAF или CAMF (препараты вводились согласно известным схемам, системно), проведение

предопераційного курсу ТГТ мелкими фракціями на молочну залозу і зони регіонарного лімфооттоку в статическому режимі РОД – 2-2,5 Гр, СОД – 40 Гр, затеи виконання мастектомії. Далее больніе осматривались консилиумом лікарів для рішення питання о проведенні дальнєшого спеціальнєго лічення.

Результати: середня продовжителюність життя больних досліджуємої групи склалила 3,43±0,18 рока, в то время как в контрольної – 1,8±0,4, что значителюно превосходить статистические данние отечественных и зарубєжных авторов. Показатели общєй 3-лєтней виживаємої больних досліджуємої групи склалили 59,9±4,5%, а 5-лєтней – 43,1±5,5 мес.

В контрольної групє показатели общєй 3-х и 5-лєтней виживаємої были достовєрно ниже – 58,0±6,3% и 17,9±8,4% мес., соотвєтственно.

ЛІКУВАННЯ ДИСГОРМОНАЛЬНИХ МАСТОПАТІЙ У ЖІНОК ІЗ ЗБЕРЕЖЕНОЮ МЕНСТРУАЛЬНОЮ ФУНКЦІЄЮ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ «ЕПІГАЛІНУ»

Хурані І.Ф., Одарченко С.П., Васьківська А.О.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: проблема захворювань молочних залоз є однією із найактуальніших у сучасній медицині. Це пов'язано із значним ростом захворюваності на дану патологію у всьому світі. Особливо коли рак молочної залози виникає на фоні дисгормональних гіперплазій (мастопатій). Захворювання молочних залоз, у своїй більшості, обмежуються трьома групами нозологій: передракові захворювання (дифузні мастопатії та доброякісні пухлини), рак молочної залози і різні форми запальних процесів.

Мета: провести клінічне дослідження ефективності препарату «Епігалін» в лікуванні дисгормональних мастопатій у жінок із збереженою менструальною функцією.

Матеріали та методи: в дослідження були включенні 68 жінок, яким проводилось обстеження в поліклініці Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру і був встановлений діагноз

дисгормональної гіперплазії молочної залози. Середній вік хворих був $44,2 \pm 2,7$ років. Хворі I та II груп перебували, практично, в одних вікових рамках, і різниця у віці була не вірогідною ($p=0,21$ за критерієм χ^2).

Усі хворі отримували амбулаторне лікування. Пацієнтки розподілилися наступним чином: 1 група хворих (35), які отримували лікування «Епігаліном» у дозі по 1 карсулі 2 рази на добу, 2 група (33), які отримували стандартну базисну терапію.

Результати: аналіз отриманих даних свідчить, що в клінічній картині у хворих переважали скарги на біль у молочних залозах. Після курсу лікування відзначене зменшення виразності больового синдрому більш значне в 1-й групі у порівнянні з 2-ю групою.

Висновки: відзначена висока ефективність препарату «Епігаліну» у пацієнток із дисгормональними гіперплазіями молочної залози у порівнянні з традиційною фітотерапією. Висока ефективність і гарна переносимість дозволяє рекомендувати препарат у комплексному лікуванні.

МУТАЦИЯ ГЕНА MTHFR И ПОСТХИМИОЛУЧЕВЫЕ ЛЕГОЧНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хурани И.Ф., Чень Ань Жань

Винницкий национальный медицинский университет
им. Н.И. Пирогова
г. Винница, Украина

Вступление. Фибротические изменения в органах в ответ на действие химиолучевой терапии происходят благодаря активации прооксидантных и профибротических факторов. Известно, что гипергомоцистеинемия (ГГ) – один из факторов фиброгенеза, а ее уровень генетически детерминированный и зависит от полиморфизма С677Т в гене метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR). Возможно, генотипирование по полиморфизму С677Т позволит выделить различные генотипы по фармакогенетическим эффектам химиолучевой терапии у разных пациентов, что позволит персонифицировать фармакотерапию.

Целью исследования: было изучить влияние мутации С677Т гена МТНFR на уровень гомоцистеина, активность провоспалительных и профибротических факторов у больных РМЖ.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 72 больных с I-II стадией РМЖ. У больных определяли полиморфизм гена МТНFR, уровень свободного оксипролина, С-реактивного протеина (СРП), трансформирующего фактора роста-β1 (ТФР-β1), общего гомоцистеина, интерлейкина-6 (ИЛ-6).

Результаты и их обсуждение. Полученные нами данные показали, что среди 72 больных мутации С677Т оказывались в 58,3% пациенток (гетерозигот СТ – 36,1%, гомозигот ТТ – 22,2%), гомозигот СС (дикий тип) встречалось лишь – 41,7 %. Уровень гомоцистеина составил $12,2 \pm 0,25$ мкмоль/л. ГГ ассоциировалась с носительством Т-аллели: содержание гомоцистеина у гетерозигот СТ и особенно у гомозигот ТТ достоверно превышал таковой у гомозигот (СС) на 9,0 и 33,3% соответственно. ГГ регистрировалась у 3,3% больных с генотипом СС и у 50,0% больных с генотипом ТТ. У пациентов с генотипом СС уровень ТФР-β1 составил $130 \pm 1,89$ пг/мл, с генотипом СТ и ТТ он был на 5,4 и 33,1% выше, чем у гомозигот СС. Уровень свободного оксипролина у гомозигот ТТ также существенно превышал у гомозигот (СС).

При анализе уровней ИЛ-6 и СРП было выявлено, что, у гомозигот (СС) ИЛ-6 составил $7,17 \pm 0,23$ пг/мл. У носителей Т-аллели регистрировались достоверно более высокие уровни этого регулятора: у гетерозигот СТ содержание ИЛ-6 превышал у гомозигот СС на 40,9%, а у гомозигот ТТ – на 78,5%. Уровень СРП у гетерозигот СТ и гомозигот ТТ был выше на 15,7 и 23,6%, соответственно, чем у гомозигот дикого типа.

Выводы: ГГ тесно коррелирует с маркерами воспаления, фиброгенеза и оксидативного стресса (ТФР-β1 $r=0,66$; ИЛ-6 $r=0,64$; оксипролина $r=0,54$), что может быть прогностически неблагоприятным фактором в лечении больных РМЖ.

ВПЛИВ СХЕМ ХІМІОТЕРАПІЇ НА ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПАТОМОРФОЗ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Шамрай В.А., Мацішевська І.В., Шевня С.П., Шнайдерман П.Ю., Корчистий В.І., Хурані І.Ф., Ткач А.А.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Вступ. Рак грудної залози (РГЗ) є найбільш частою злоякісною патологією у жінок. Використання комплексного підходу, ад'ювантної та неад'ювантної хіміопроменевої терапії, хірургічних методів, суттєво впливають на результати лікування хворих на РГЗ. На основі генетичного та імуногістохімічного дослідження виділено декілька підтипів, які відрізняються за етіологічними факторами, біологічним перебігом захворювання і чутливістю до системного і місцевого лікування

Мета дослідження: оцінити ефективність різних режимів неад'ювантної поліхіміотерапії залежно від біологічного підтипу РГЗ.

Матеріали та методи. Було обстежено 68 пацієнток віком $47,6 \pm 7$, Зроки з 2Б-3А стадіями раку. Хворих було розподілено на дві групи: перша група отримувала лікарські препарати за схемою ТАС (доцетаксел, адриабластин, ендоксан), 2 група за схемою FАC (фторурацил, адриабластин, ендоксан). Основну частину досліджуваних склали хворі із ІІВ стадіє захворювання. Серед гістологічних форм переважала інфільтруюча карцинома, яка зустрічалась у 58 пацієнток. Схема НАХТ призначалась залежно від біологічного типу РГЗ. Для оцінки ефективності проведеної передопераційної хіміотерапії застосовували вивчення терапевтичного патоморфозу в пухлинній тканині. Ефективність НАХТ визначали за класифікацією Є.Ф. Лужникова.

Результати та обговорення. Під дією НАХТ у структурі пухлин відбувався терапевтичний патоморфоз. Виразений склеротичний процес масивного або сітчастого характеру. Подекуди була присутність нечисленних багатоядерних клітин-велетнів. В окремих випадках було виявлено некрози – масивні, мали пошарову будову. Терапевтичний метаморфоз розподілили на 4 ступеня: І ст. виявлено у

5 пацієнток (13,9%±1,5), II ст. спостерігався у 18 пацієнток (50,0%±2,3) та III ст. у 9 хворих (25,0%±1,8). Найвищий ступінь метаморфозу – IV ст. зареєстровано у 13 пацієнток (40,6%±2,3).

Висновки. Ефективний лікувальний патоморфоз пухлин виявлено майже в 4 рази частіше у пацієнток, які проходили НАХТ за режимом ТАС у порівнянні з групою, яка лікувалась за схемою FAS. Ступінь ефективності НАХТ безпосередньо впливає на результати подальшого хірургічного лікування, тривалість життя пацієнток, вибір режиму ад'ювантної терапії.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ФІЛГРАСТИМ» ПРИ НЕОАД'ЮВАНТНІЙ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

*Шамрай В.А., Мацішевська І.В., Шнайдерман П.Ю.,
Шевня С.П., Хурані І.Ф., Ткач А.А.*

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Сучасні підходи до лікування раку грудної залози (РГЗ) передбачають використання неоад'ювантної хіміотерапії (НАХТ). НАХТ дозволяє підвищити ефективність лікування у більшості хворих на РГЗ. Застосування НАХТ часто призводить до збільшення токсичних ефектів та виникнення різноманітних ускладнень.

Мета дослідження: оцінити протекторний ефект «Філграстиму» при різних режимах НАХТ у хворих на РГЗ.

Матеріали та методи. Дослідження проведено із 97 пацієнтками з II-III стадіями РГЗ. Середній вік – 47±7 років. Пацієнток розділили на: контрольну групу; дослідну групу I; дослідну групу II. Лікування проводилось схожими препаратами, але різними комбінаціями. Усі хворі отримали 6 циклів НАХТ з інтервалом 3 тижні. «Філграстим» призначили профілактично. Клінічний ефект від курсу лікування визначали за ступенем зменшення розмірів пухлини. Лікування «Філграстимом» починали на 3 день від початку лікування НАХТ.

Застосування препарату оцінювали як ефективне, якщо вдавалося ліквідувати нейтропенію, уникнути розвитку інфекційних ускладнень і розпочати наступний курс НАХТ вчасно.

Результати і обговорення. Протягом лікування у пацієнтів виникали різноманітні токсичні ефекти НАХТ: нудота, блювання, стоматит, діарея, астения, тощо. В деяких випадках «Філграстим» знижував токсичні ефекти. Корекція «Філграстимом» гематологічних ускладнень була значно ефективнішою. Це відбулося за рахунок зменшення важкої нейтропенії III ст. Нормалізація рівня нейтрофільних гранулоцитів була досягнута у всіх учасників.

Висновки. Проведення профілактичної та вчасної терапії з використанням «Філграстиму» дозволяє профілакувати важкі ускладнення, не порушувати режими лікування, не призводить до затримки проведення оперативного лікування. При проведенні НАХТ призначення «Філграстиму» дозволило уникнути розвитку фебрильної нейтропенії, вірогідно зменшило частоту анемії на $5,4 \pm 1,6\%$, астенії на $16,5 \pm 1,65\%$ та стоматиту на $11,0 \pm 1,1\%$.

ДОСВІД ВИКОНАННЯ ТРЕПАН-БІОПСІЙ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

¹Шевня А.М., ²Шевня Б.П.

¹Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

²ТОВ МЦ «Альтамедика»

м. Вінниця, Україна

Актуальність проблеми. Проведення первинної гістологічної і імуногістохімічної верифікації у хворих на РМЗ є важливим для планування тактики подальшого лікування таким хворим, тому проведення трепан-біопсії хворим на РМЗ є стандартом на етапі амбулаторно-поліклінічного дообстеження.

Мета дослідження: провести порівняльну характеристику трепан-біопсій молочної залози під контролем УЗД та «сліпої» трепан-біопсії.

Матеріали і методи. У медичному центрі «Альтамедика» методика трепан-біопсій під контролем УЗД проводиться в умовах маніпуляційно-перев'язувальної під місцевим знеболенням. УЗД

проводиться апаратом «Toshiba Nemio17» з лінійним датчиком частотою 9-12 МГц. Для гістологічного дослідження береться не менше 5 кусочків матеріалу з різних зон пухлини або підпахвинного лімфовузла. Біопсійний матеріал направляється на гістологічне дослідження з використанням стандартної парафінової проводки, фарбуванням гематоксилін-еозином з подальшим імуногістохімічним дослідженням пухлинної тканини.

Результати. За період з 2009 по 2013 рр. трепан-біопсій під контролем УЗД було виконано 86 (47%) і «сліпих» трепан-біопсій 96 (53%) пацієнтам. При проведенні трепан-біопсій під контролем УЗД діагноз злоякісних утворень встановлений у 84 (98%) випадках. Хибно-негативний результат склав 1 (1,2%) випадок, хибно-позитивних випадків не було.

При «сліпій» трепан-біопсії діагноз злоякісного новоутворення встановлено у 81 пацієнта (84%) . Хибно-негативний результат склав 15 (15,6%) випадків. Хибно-позитивних випадків не було.

Розподіл проведених трепан-біопсій в залежності від стадії захворювання.

	Трепан-біопсії під контролем УЗД		«Сліпі» трепан-біопсії	
	кількість	відсоток	кількість	відсоток
I ст	3	3,5%	0	
II ст	38	44,2%	21	21,9%
III ст	34	39,5%	62	64,6%
IV ст	10	11,6%	13	13,5%
Всього	85		96	

Висновки. Трепан-біопсія під контролем УЗД має переваги над «сліпою» трепан-біопсією молочної залози.

Трепан-біопсія під контролем УЗД дозволяє виконувати біопсії утворень, які не пальпуються.

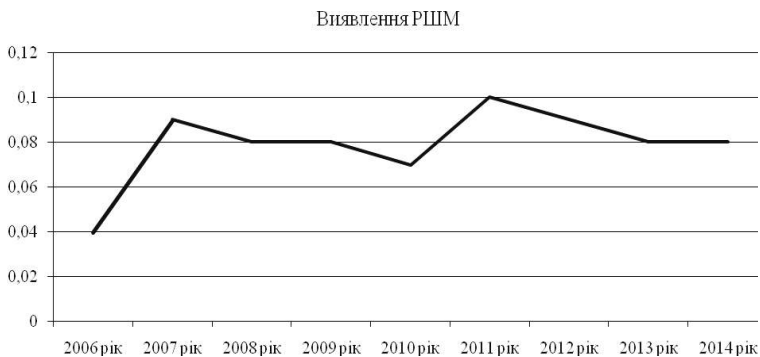
Використання місцевої анестезії дає можливість провести більш адекватний забір матеріалу. без неприємних відчуттів для пацієнта.

**ФАКТОРИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СКРИНІНГУ
ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ, ВПРОВАДЖЕНІ У
ВОЛИНСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Андрусенко О.П., Самкова О.П.

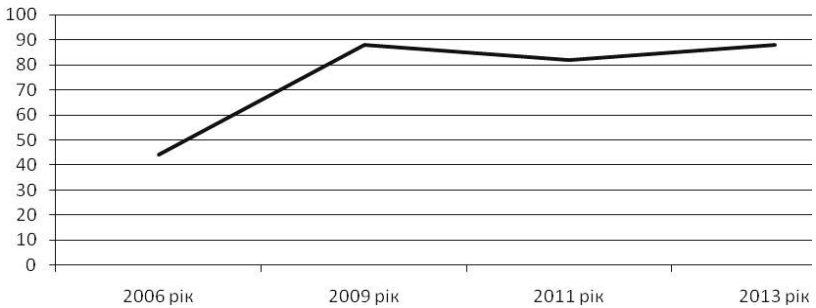
КЗ «Волинський обласний онкологічний диспансер»
м. Луцьк, Україна

У Волинській області цитологічний скринінг патології шийки матки на протязі багатьох років базувався на первинному відстеженні цервіко-вагінальних мазків у районних і міських лікарнях з подальшим консультативним вивченням відібраної патології в централізованій цитологічній лабораторії (ЦЦЛ) обласного онкодиспансеру(ООД). Середній коефіцієнт виявлення раку шийки матки (РШМ) склав 0,02, передраку – 0,25. Внаслідок відповідального ставлення організаторів від системи охорони здоров'я області до питань профілактики онкозахворюваності серед жіночого населення, стало можливим з 2006р. започаткування централізації цитологічних скринінгових досліджень з окремих районів, створенням регіональної ЦЦЛ для м. Луцька в 2007 р. і поступове приєднання до централізації ще 11-ти районів на базі ООД. На 2014 рік не охоплені централізацією залишилось 2 райони, що становить 9% від жіночого населення області. Одержані результати були разюче відмінні від попередніх і простежуються на діаграмах.

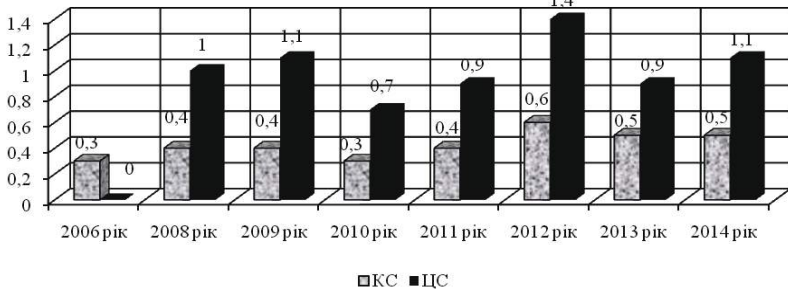


2006 рік – консультативний скринінг (КС);
2007-14рр. – централізований скринінг(ЦС).

Виявлення доклінічних форм РШМ



Коефіцієнти виявлення облігатного передраку



Коефіцієнти виявлення РШМ зросли в 3 рази, облігатного передраку в 4. Після поглибленого обстеження і лікування встановлено, що з виявлених при скринінгу випадків РШМ 89% становлять внутрішньоепітеліальні та мікроінвазивні карциноми. Збіг досліджень по цитогістологічних співставленнях по РШМ становив 87%, по облігатному передраку – 77%.

Одержано достовірний показник охоплення жіночого населення області цитологічним скринінгом, який складає 37%.

Після різкого збільшення показників виявлюваності онкопатології відбулась їх стабілізація і незначне зниження, що свідчить про дублювання контингентів оглянутих. Для виключення цього, а також одержання достовірних даних обстеження і лікування хворих, існує об'єктивна необхідність введення комп'ютерної бази даних підлягаючих огляду жінок, про що свідчить досвід і інших областей

України.

Якісний забір матеріалу в алгоритмі скринінгу є початковим фактором ефективності досліджень. Для його забезпечення на базі ООД було проведено додаткову підготовку спеціалістів по забору цервіко-вагінальних мазків з перехідної зони, використовуючи щітки Cervical Brush. Заняття проводились для гінекологів, відповідальних за патологію шийки матки, які в подальшому проводили навчання на місцях. Запроваджено експертну оцінку по кожному району щодо якості взяття матеріалу, встановлено індивідуальну адміністративну відповідальність. Ці заходи сприяли тому, що вже через два місяці проблему неякісного забору матеріалу було практично ліквідовано. Відсоток неякісно взятих мазків не перевищував 3%.

Позитивні зрушення обумовлювались не лише оптимальною для цитологічного скринінгу централізованою формою досліджень, а і відповідним рівнем кваліфікації цитологів, жорстким контролем якості з персональною відповідальністю за проведення досліджень.

Досвід підвищення ефективності скринінгу у Волинській області з наведеними нами результатами свідчить, що вирішення питань оптимізації лежить насамперед в організаційній площині. Цитологічний скринінг є основною ланкою у виявленні доклінічних форм раку і передраку шийки матки, інтенсивність виявлення яких зростає пропорційно якості та кількості скринінгових обстежень. Об'єктивно оцінюючи позитивне значення цитологічного методу при консультативній формі скринінгу слід зазначити, що адекватним по своїй діагностичній значимості є лише повний об'єм централізованої цитологічної діагностики.

**ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ
ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВОКОД*****Григоренко А.М., Каюк В.Г., Прищак Р.А., Шамрай В.А.,
Сливка Е.В., Безносюк О.М.***

Вінницький обласний клінічний онкодиспансер
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Вступ. Лапароскопія, як лікувальний та діагностичний вид оперативного доступу, на сьогоднішній день є одним із провідних та перспективних напрямків сучасної онкогінекології. Завдяки постійному удосконаленню методик малоінвазивних хірургічних втручань та технічного забезпечення останніх, такі операції, як лапароскопічна пангістеректомія, тазова лімфаденектомія та ін. давно вийшли за рамки ексклюзивних [А. Watiez, 2010]. Загально відомо, що лапароскопічний доступ, в порівнянні з лапаротомічним, має ряд переваг, а саме: скорочення строків реабілітації, низька травматичність, відмінна візуалізація, низька частота післяопераційних ускладнень, можливість в більш ранні терміни призначення адьювантної терапії [Н. Керле, Р. Бочирашвили 2009].

Мета роботи. Покращити результати лікування та якість життя онкогінекологічних хворих шляхом широкого застосування лапароскопічного доступу оперативних втручань.

Матеріали і методи. За період 2010-2015 на базі онкогінекологічного відділення ВОКОД було виконано 713 оперативних втручань лапароскопічним доступом, з яких операції з приводу злоякісної патології склали 71. З них пацієнтки з раком яєчника I-II стадій - 18 жінок, що були прооперовані в об'ємі лапароскопічної гістеректомії з оментектомією - 12, лапароскопічної циторедукції - 4, лапароскопічної аднексектомії - 2. Пацієнтки з раком шийки матки Ia-IIв ст. - 19 жінок, прооперованих в об'ємі лапароскопічної пангістеректомії по Wertheim - 13, лапароскопічної гістеректомії без додатків з транспозицією яєчників - 6. Пацієнткам з раком тіла матки Ia-Iв ст. (34 жінки) виконувалась лапароскопічна тотальна екстирпація матки з тазовою лімфаденектомією - 21 і лапароскопічна

тотальна екстирпація матки - 13.

Результати. Серед 71 жінок, що були прооперовані лапароскопічним доступом на базі ВОКОД, середній термін перебування в стаціонарі складав 3 ± 1 дні, середня тривалість операції - $134,3 \pm 25,2$ хв, середня крововтрата $273,7 \pm 14,3$ мл, середня кількість л/у з одної сторони $16,4 \pm 2,1$. Серед ускладнень мали місце інтраопераційні ятрогенні пошкодження: зовнішньої здухвинної вени зліва – 1, травма сигмовидної кишки - 2, травма сечового міхура – 1 випадок (всі пошкодження відновлено лапароскопічно). Післяопераційні ускладнення: кишкова непрохідність (на 3-4 добу п/о періоду) – 4 випадки, атонія сечового міхура – 2, лімфоцеле – 1. Конверсія на лапаротомію (з приводу розповсюдженого раку яєчника) – 1 випадок. Релапароскопія – 2 випадки.

Висновки. Таким чином, наш власний досвід та досвід провідних світових клінік свідчить, що по радикальності та об'єму тканин, що видаляються, лапароскопічна хірургія не поступається традиційним операціям, що виконані лапаротомічним доступом, а в деяких випадках, із врахуванням загальновідомих переваг малоінвазивної хірургії, є методом вибору. Використання спеціальних технічних прийомів і строге дотримання принципів абластики дозволяють ефективно та безпечно використовувати оперативну лапароскопію в лікуванні онкогінекологічних захворювань.

ДОСВІД ВЕДЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ, ЯКІ ОТРИМАЛИ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНИЙ КУРС СПОЛУЧЕНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

Григоренко А.М., Каюк В.Г., Ямчук М.М., Шамрай В.А.

Вінницький обласний клінічний онкодиспансер

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Вступ. Застосування ад'ювантної променевої терапії є стандартом лікування хворих на інвазивний РШМ. Але фактори променевого впливу чинять пошкоджуючу дію на органи та тканини. У хворих, які отримали передопераційний курс променевої терапії,

в післяопераційному періоді відмічається порушення живлення тканин, асептичний некроз і сповільнення регенеративних процесів, особливо в ділянках хірургічної агресії.

Метою нашої роботи було розробити способи профілактики променевої реакції та ускладнень у хворих на РШМ після операції Вертгейма, які отримали передопераційний курс променевої терапії.

Матеріали та методи дослідження. В гінекологічному відділенні Вінницького обласного онкологічного диспансеру за 2006-2008 роки прооперовано 82 хворих на РШМ $T_{1b-2a}N_{0-1}M_0$ в обсязі операції Вертгейма після передопераційного курсу сполученої променевої терапії.

З метою профілактики променевої реакції та ускладнень в післяопераційному періоді у даній категорії хворих, ми розробили спосіб комбінованого дренивання заочеревинного простору: в obturatorні ямки через контрапертури в здухвинних ділянках, з-під круглих зв'язок матки та дренажі, що готували з стерильних гумових рукавичок, у вигляді широких, м'яких трубок та виводили через куксу піхви назовні. Такий спосіб дренивання дав можливість більш ефективному пасивному відтоку лімфи, не викликав пролежнів та некрозу кукси піхви, дозволив тривалий час зберегти широкий дренажний канал.

Для профілактики виникнення фібринозно-некротичного запалення заочеревинної тазової клітковини, через хлорвінілові дренажні трубки, в заочеревинний простір, починаючи з 4-7-ї доби після операції, умовно, перед початком проліферативної фази запалення, вводили 100 мг хімотрипсину, розведеного 10 мл 1 % розчину діоксидину, щоденно, в кожний бік, до припинення лімфорей та початку регенеративної фази з появою живих грануляцій.

Зазначену методику ми застосували у 39 хворих (основна група). Групу порівняння склали 43 хворих на РШМ, яким після передопераційного курсу променевої терапії була проведена операція Вертгейма, дренивання заочеревинного простору здійснювалося по загальним методикам, в післяопераційному періоді хімотрипсін не застосовувався.

Результати досліджень та їх обговорення. Загальний стан хворих основної групи залишався задовільним на протязі всього

післяопераційного періоду. На 14-16 добу всі 39 хворих були переведені в радіологічне відділення для продовження спеціального лікування. Середній ліжко-день післяопераційного періоду в даній групі хворих склав $14,35 \pm 1,58$.

В групі порівняння у 36 хворих на 12-14 добу після операції стан ускладнився фібринозно-некротичним запаленням параметральних просторів. Середній післяопераційний ліжко-день в групі порівняння склав $29,1 \pm 1,71$. Крім того, у 4-х хворих, під час отримання післяопераційного курсу променевої терапії стан ускладнився виникненням лімфокист.

Висновки. Таким чином, наш досвід показав доцільність застосування запропонованого методу дренирування заочеревинного простору під час операції Вертгейма та використання протеолітичних ферментів для профілактики променевих ускладнень у хворих на інвазивний РШМ, які отримали передопераційний курс променевої терапії. Це помітно скорочує післяопераційний ліжко-день, забезпечує своєчасність наступного етапу лікування.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОЇ РОЗШИРЕНОЇ ЕКСТИРПАЦІЇ МАТКИ З ШИРОКО ВІДКРИТИМИ ПАРАМЕТРІЯМИ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ

*Григоренко А.М., Каюк В.Г., Прищак Р.А.,
Безносюк О.М., Паненко М.В.*

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Вступ: розширена екстирпація матки на даний момент найбільш розповсюджена і застосовувана у всьому світі операція для лікування інвазивного раку шийки матки ІВ – ІІА стадії. Обсяг втручання визначається необхідністю видалення не тільки пухлини, що вражає шийку матки, а й шляхів метастазування, разом з регіонарними лімфатичними вузлами. Одним з ускладнень радикальної гістеректомії з тазової лімфаденектомією є утворення лімфокист і пов'язаних з ним

наслідків, таких як компресія сечоводу, болі в області таза, лімфостаз нижніх кінцівок, тромбоз вен таза та н/кінцівок, інфекції. Враховуючи актуальність проблеми, профілактиці лімфокіст приділяється значна увага.

Мета: профілактика лімфокіст, після проведененої тазової лімфаденектомії у хворих з раком шийки матки.

Матеріали і методи: в гінекологічному відділенні ВООД, для відтоку вмісту і для попередження виникнення післяопераційних лімфокіст проводилось заочеревинне дренажування параметріїв - по 2 дренажні трубки виведені через контрапертури з обох фланків. 3 серпня 2014 року техніку операції РЕМ було доповнено та змінено. Основні етапи залишились без змін, але при дренажуванні малого тазу почала використовуватись методика з широким розкриттям параметріїв і постановкою лише одного ПВХ дренажу. Проведено аналіз 47 історій хвороб пацієнок з РШМ, які лікувалися в гінекологічному відділенні ВООД з 2012 по 2015 роки. Серед яких, 22 хворим було виконано РЕМ за старою методикою дренажування малого тазу (перша група), а 25 – РЕМ з широко розкритими параметріями (друга група).

Результати: виявлено, що середня тривалість перебування у стаціонарі I-ої групи жінок складала $17,1 \pm 3$ ліжко-днів, тоді як у другої – 7 ± 2 л/д. Основним критерієм тривалого перебування хворих у стаціонарі після виконаного оперативного втручання, був термін дренажування малого тазу. Так, після виконаної РЕМ за старою методикою цей термін складав від 8 до 20 діб, при виконанні нової методики, до 3 діб. За старою методикою дренажування використовувалось 4 дренажні трубки, нова ж полягає у постановці лише 2 дренажних трубок, що також якісно вплинуло на самопочуття пацієнтів, зменшилась кількість скарг на дискомфорт та біль в ділянці трубок. В першій групі дослідження специфічні післяопераційні ускладнення, а саме: лімфостаз нижніх кінцівок або лімфоцеле здухвинних ділянок, відзначені у 18,18% випадків, тоді як в другій групі дослідження даних ускладнень зареєстровано не було. При цьому не відзначалося можливих ускладнень з боку кишківника (інвагінації петель кишківника, спайок).

Висновки: запропонована техніка оперативного втручання в

об'ємі РЕМ з широко розкритими параметрїями, нова тактика в хїрургїчному лїкуваннї РШМ, що дозволяє зменшити кїлькїсть послїоперацїйних ускладнень, швидше одужання хворих для подальшого етапу лїкуваннї.

**СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА РАК ШИЙКИ МАТКИ II-III СТАДІЙ**

Григоренко А.М., Каюк В.Г., Ямчук М.М., Прищак Р.А., Сливка Е.В.

Вінницький обласний клінічний онкодиспансер

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Вступ. За даними багатьох авторів [Вишневська Є.Є., 1986; Бохман Я.В., 1989; Урманчєєва А.Ф. 2000; Dale et al.,1999] метастазуваннї рака шийки матки в регіонарні лімфатичні вузли таза складає 20-30 % при II стадії і 40-50 % - при III стадії захворюваннї. Досвід показав, що резистентність лімфогенних метастазів є основною причиною неефективного променевого лїкуваннї даної категорії хворих [Бохман В.В., Кузнецов В.В., 1989]. Про це свідчить 5-ти річне виживаннї хворих на рак шийки матки $T_2N_0M_0$ – 86,1 % та $T_3N_0M_0$ – 46,3 %, а при наявності метастазів в параметральні лімфовузли (за даними лімфографії) – $T_2N_1M_0$ – 38,6 % та $T_3N_1M_0$ – 18,2 %. Для удосконаленнї лїкуваннї даної категорії хворих, більш ніж 25 років тому, Я.В. Бохман і В.В. Кузнецов запропонували видаленнї параметральних лімфовузлів після повного курсу сполучено-променевої терапії. Але даний метод оперативного втручаннї не знайшов широкого практичного застосуваннї, це пов'язано зі значними технічними труднощами, що обумовлені попереднім променевим лїкуваннєм і, як результат, тотальним фіброзом тканин, а основні етапи операції виконуються шляхом поступового розшаруваннї тканин, тим самим викликаючи травматизацію і крововтрату. Крім того, відзначається значна травматизація хворих за рахунок обсягу та двобічності оперативного втручаннї.

Мета роботи. Покращити результати лїкуваннї хворих на рак шийки матки II-III ст. шляхом удосконаленнї оперативного втручаннї.

Матеріали і методи. З метою максимального зменшення технічних труднощів виконання операції та травматизації хворих при збереженні радикального обсягу, профілактики лімфореї та лімфокіст, нами запропоновано видалення здухвинних лімфатичних вузлів лапароскопічним методом після половинної дози сполучено-променевої терапії.

Результати. В гінекологічному відділенні Вінницького обласного онкодиспансеру з 2012 по 2014 р.р. даний спосіб лікування був застосований у 15 хворих на рак шийки матки II-III ст. В жодному випадку не виникло післяопераційних ускладнень, хворі своєчасно виписані з відділення для другого етапу променевої терапії. На протязі двох років спостереження за даними хворими, не було випадків рецидива захворювання або метастаїв пухлини.

Висновки. Таки чином, використання запропонованого способу лікування хворих на рак шийки матки II-III ст. дозволяє скоротити тривалість післяопераційного періоду, забезпечити своєчасність наступного етапу спеціального лікування, зменшити кількість післяопераційних ускладнень, що значно покращує віддалені результати лікування та прогноз і дає шанси на стійке видужання даної категорії хворих.

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ T_{1b1} СТАДИИ
Григоренко А.Н.¹, Каюк В.Г.¹, Ямчук М.Н.¹,
Шамрай В.А.¹, Турицкая В.Л.²**

¹Винницкий областной клинический онкодиспансер
Винницкий национальный медицинский университет
им. Н.И. Пирогова

²Национальный институт рака
г. Винница, Украина

Основным принципом лечения онкологических больных является оптимальный радикализм. В связи со значительным «омоложением» рака, тенденцией последнего десятилетия являются функционально-щадящие оперативные вмешательства. Нами предложен щадящий метод хирургического лечения больных РШМ T_{1b1} стадии.

Цель работы: изучить эффективность предложенного хирургического лечения больных РШМ T_{1b1} стадии.

Материалы и методы. Предложенное оперативное вмешательство включает пангистерэктомию с верхней третью влагалища, парацервикальной клетчаткой и селективным удалением увеличенных подвздошных лимфатических узлов с интраоперационным цитологическим исследованием их. Основным требованием для проведения предложенной операции является предоперационное и интраоперационное обследование состояния параметральных лимфоузлов. В плане предоперационного обследования всем пациенткам проводилось комплексное ультразвуковое обследование с трансвагинальной эхографией. В 22,4 % случаев обследование подвздошных лимфоузлов оказалось неинформативным. 7-ми пациенткам выполнена сцинтиграфическая визуализация лимфоузлов с ^{99m}Tc – наноколом в Национальном институте рака. В 2-х случаях диагностировано метастатическое поражение лимфоузлов на уровне внутренней подвздошной артерии, что подтвердилось при хирургическом вмешательстве в объеме операции Вертгейма, и гистологическом исследовании послеоперационного материала. Во время операции проводилась ревизия всех групп параметральных лимфоузлов, наиболее подозрительные из них селективно удалялись для проведения интраоперационного цитологического исследования мазков-отпечатков. При обнаружении метастазов, выполнялась операция Вертгейма.

Результаты. По предложенному нами методу было прооперировано 264 женщины больных РШМ T_{1b1} стадии. При гистологическом исследовании парацервикальной клетчатки и селективно удаленных лимфатических узлов, раковых клеток не выявлено ни в одном случае и на протяжении 5-ти летнего периода наблюдения не было случаев рецидива заболевания и метастазов опухоли.

Выводы. При хирургическом лечении больных РШМ T_{1b1} стадии по предложенному нами методу, при сохранении радикализма, уменьшается кровопотеря во время операции, продолжительность оперативного вмешательства, послеоперационный койко-день, отсутствуют послеоперационные осложнения, связанные

с лимфаденэктомией. Таким образом, предложеная методика хирургического лечения может быть операцией выбора для больных РШМ T_{1b1} стадии.

ДОСВІД СИМУЛЬТАНТНИХ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В ОНКОЛОГІЇ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ВОКОД

*Григоренко А. М.¹, Камлук В. П.², Церковнюк Р. Г.², Прищак Р. А.²,
Клибанівський В. В.², Губанова Т. Ю.²*

¹Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

²Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Вступ. За даними ВООЗ, поєднана онкопатологія органів черевної порожнини зустрічається у 30% хворих хірургічних стаціонару. Особливо часто відмічають поєднання гінекологічних захворювань з вентральними грижами, жовчнокам'яною хворобою, з захворюванням органів малого тазу у жінок. Виконання симультантних операцій в онкології традиційною лапаротомією має певні обмеження через травматичність лапаротомії на полярно розміщених органах черевної порожнини, супутнього ожиріння в 17–25% випадків та важкої патології інших органів і систем [Семенюк Ю.С., 2014]. Лапароскопічні технології відкрили нові можливості і розширили показання до симультантних операцій. За деякими авторами кількість симультантних операцій в онкології коливається від 10 до 20%.

Мета. Співставити і оцінити можливості виконання симультантних лапароскопічних операцій у хворих з доброякісними та злоякісними гінекологічними захворюваннями.

Матеріали та методи. За період 2014–2015 рік виконано 18 симультантних лапароскопічних операцій, з яких: тотальна екстирпація матки (ТЕМ) з приводу симптомної фіброміоми матки з адреналектомією (2 випадки- 11%), ТЕМ з приводу раку тіла матки T1a, T1b з нефректомією (2 випадки-11%), ТЕМ з приводу раку тіла матки T1a, T1b з холецистектомією (9 випадків - 50%) ТЕМ з приводу атипичної гіперплазії ендометрію з апендектомією (5 випадків - 28%). Основним гінекологічним захворюванням, з приводу якого були заплановані симультантні операції, був рак тіла матки T1a, T1b.

Результати. Лапароскопічні оперативні втручання виконувались під інтубаційним наркозом. Хворим проводилась лапароскопічна ТЕМ із традиційних доступів. Середня тривалість операції – 45хв, середня крововтрата склала 65,1±5,4мл, середній ліжко день - 3±1 день. При виконанні симультантних операцій, в залежності від виду втручання, тривалість виконання операції збільшувалась від 60хв до 120хв. Черевна порожнина дренивалась одним страховим дренажем, який видалявся через добу. Вираженість больового синдрому по вербальній шкалі склала від 2 до 4 балів. Всім пацієнткам у післяопераційному періоді призначались ненаркотичні анальгетики, які знижували больовий синдром до 0 балів. В першу добу після операції пацієнти самостійно забезпечували свої фізіологічні потреби.

Висновки. Перевага лапароскопії полягає в малій травматизації та коротких строках перебування пацієнта в стаціонарі (2-3 доби), швидкому відновленні здоров'я після операції. Проведення лапароскопії під більшим збільшенням уможливорює більш точно й найменш травматично провести будь-яке оперативне втручання на різних відділах черевної порожнини. У післяопераційному періоді після лапароскопії болісні відчуття відсутні - немає необхідності застосовувати сильнодіючі знеболюючі лікарські препарати. До значних переваг також можна віднести відсутність післяопераційних дефектів, які спостерігаються при операціях з розрізом.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ ПБ-III СТАДІЇ

*Григоренко С.В., Григоренко А.М., Вітюк Н.В., Лук'яненко О.А.,
Мазур Л.Ф., Калван С.А.*

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Рак шийки матки залишається однією з найбільш поширених злоякісних пухлин у жінок. В клінічній практиці достатньо широко використовуються методи комбінованого лікування. Прагнення покращити віддалені результати призвело до ідеї перед- та післяопераційного опромінення. І, навпаки, незадовільні результати сполученого променевого лікування зумовили доцільність його

доповнення хірургічним втручанням. Відомо, що метастазування пухлин в регіонарні лімфатичні вузли таза складає 20-30% при II стадії і 40-50 % при III стадії. Основною причиною неефективного променевого лікування даної категорії хворих є радіорезистентність лімфогенних метастазів.

Метою нашої роботи стала можливість проведення повноцінного лікування хворих на рак шийки матки ПБ (дистальний варіант) - III стадії та підведення ефективних доз опромінення з мінімізацією можливих ускладнень. Передопераційний курс сполученої променевої терапії включав дистанційне опромінення РОД 2-2,2 Гр СОД 30 Гр та брахітерапію РОД 7 Гр СОД 20 Гр. Через 2 тижні хворим проводилось оперативне лікування лапароскопічним методом в об'ємі тазової лімфаденектомії. В послідуючому хворі отримували післяопераційний курс опромінення: РОД 2,2 Гр СОД до 50 Гр при дистанційному опроміненні та РОД 7 Гр до СОД 45-50 Гр в точку А. Передопераційне опромінення охоплює весь анатомічний бар'єр пухлини (поля розмірами 14x15см). Проведена тазова лімфаденектомія надає можливість зменшити зону опромінення до 8x14 см на II етапі лікування, охоплює шийку матки з пришийковою клітковиною (GTV, PTV – gross tumor Volum, planning tumor Volume). При цьому сечоводи не потрапляють в ділянку опромінення, що зменшує вірогідність виникнення післяпроменевих ускладнень (стриктур сечоводів).

Ми сподіваємося, що вдосконалення методів лікування, реалізація можливості створення раціонального дозного розподілу сприяє не лише зменшенню частоти, важкості і характеру променевих реакцій та ускладнень, а й збільшенню тривалості та покращенню якості життя.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕЙРОСОХРАНЯЮЩЕЙ РАДИКАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ
Дерменжи Т.В., Свиницкий В.С., Воробьева Л.И., Неспрядько С.В.

Национальный институт рака
г. Киев, Украина

Цель: оценить функциональное состояние мочеполовой системы у больных инфильтративным раком шейки матки (РШМ) после выполнения нейросохраняющей радикальной гистерэктомии (РГЭ-С₁).

Материалы и методы. За 2012-2015 гг. в отделении онкогинекологии Национального института рака проведено уродинамическое исследование 65 больным инфильтративным РШМ (средний возраст больных $32,7 \pm 4,9$ года), из них 33 больным (I – группа) РГЭ производилась с сохранением тазового вегетативного нервного сплетения (ТВНС) и 32 больной (II – группа, контрольная) РГЭ выполнялась по стандартной методике, без сохранения ТВНС. Цистоманометрия была проведена 28 пациенткам первой группы и 31 пациентке второй группы. Растяжимость стенки мочевого пузыря (РСМП) рассматривалась, как изменение детрузорного давления при изменении объема заполнения мочевого пузыря и вычислялась по формуле: $K = \Delta V / \Delta P$, где K – РСМП (в мл/см вод.ст); ΔV — изменение объема заполнения мочевого пузыря до ощущения первого позыва к мочеиспусканию (в нормальном мочевом пузыре ощущение первого позыва появляется при заполнении не менее 150 мл, но не более 350 мл), ΔP – изменение давления детрузора. При сохранении ТВНС РСМП была более 10 мл/см вод.ст. при объеме заполнения до 100 мл и более 25 мл / см вод.ст. при объеме заполнения до 500 мл, что считается нормой. Прогностические показатели были тождественны в исследовательских группах. По гистологическому типу опухоли: плоскоклеточный рак выявлен у 55 (87,3%) пациенток и аденокарцинома – у 8 (12,7%).

Результаты и обсуждение. Проведя анализ K, $\Delta V, \Delta P$ у пациенток первой группы, мы определили, что РСМП (ср.К) равняется 20,4 (+/-)

мл/см вод.ст., при об'ємі (ср.ΔV) 216 мл і різниці тиску (ср.ΔP) 7,9 мм.рт.ст. Проведя аналіз показателів у пацієнток другої групи ми визначили, що РСМП (ср.К) дорівнює 14,3 мл/см вод.ст., при об'ємі (ср.ΔV) 144 мл і різниці тиску (ср.ΔP) 7,5 мм.рт.ст.

Висновки: за даними результатами ми можемо зробити висновок, що коефіцієнт РСМП у пацієнток з збереженням ТВНС на 32% вище, ніж у пацієнток другої групи, що підтверджується більш рідким порушенням функцій з боку сечової системи таких як: ускладнення опорожнення сечового міхура, недержание мочи різної ступені проявлення, порушення вагінальної секреції, болювого синдрому, виникаючих у пацієнток першої групи.

ЛІМФАДЕНЕКТОМІЯ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ НИРКИ

*Дійчук Ю.П.², Ковальський В.В.¹, Кальмук Б.З.², Кепич Я.М.²,
Ковальчук Н.О.², Ковальчук С.В.², Куртяк М.Б.², Юрчишин І.Я.²*

¹м. Львів, Україна

Кафедра онкології та медичної радіології Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького

²м. Львів, Україна

Львівський державний онкологічний регіональний
лікувально-діагностичний центр

Дослідження ґрунтується на аналізі результатів лікування 39 хворих з місцево-поширеним нирково-клітинним раком, яке проводилось на базі Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру за п'ятирічний період з (2007 по 2011рр. включно).

Питома вага ІV стадії серед аналізованих хворих становить 20,5% (8 з 39 пацієнтів).

В усіх пацієнтів у зв'язку з інтраопераційною підозрою на метастатичне ураження лімфатичних вузлів (ЛВ), проведено лімфаденектомію (ЛАЕ). Медіана видалених ЛВ склала 13.

У всіх випадках проведено морфологічне дослідження операційного матеріалу з верифікацією пухлини та обов'язковим обстеженням всіх видалених ЛВ. Відсутність метастазів в ЛВ (pN₀)

констатувалася при обстеженні не менше 8-ми ЛВ від одного хворого. Гістологічне підтвердження метастазів в ЛВ констатувалося прилюбій кількості обстежених ЛВ від одного хворого.

Метастази в ЛВ після ЛАЕ гістологічно верифіковано у 14-ти (35,9%) з 39 аналізованих пацієнтів.

На основі проведеного аналізу загальної виживаності пацієнтів з одним ($pN_1 cM_0$) та кількома ураженими ЛВ ($pN_2 cM_0$) встановлено, що фактором несприятливого прогнозу при раку нирки є метастатичне ураження кількох лімфатичних вузлів (pN_2). Загальна виживаність в цих пацієнтів не залежить від виконання лімфодисекції.

Аналіз загальної виживаності пацієнтів III стадії раку нирки з неураженими ($pN_0 cM_0$) та одним ураженим ЛВ ($pN_1 cM_0$) встановив, що лімфаденектомія може мати лікувальне значення у випадку підтвердження ураження лише одного ЛВ (pN_1) оскільки забезпечує виживаність аналогічну як і у пацієнтів без уражених ЛВ (pN_0).

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ НУДОТИ І БЛЮВАННЯ ОЧІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ

Дубініна В.Г., Кузнецова О.В., Рибін А.І.

Одеський національний медичний університет, кафедра онкології з курсом променевої діагностики, терапії та радіаційної медицини
м. Одеса, Україна

Актуальність. Стандартна стратегія лікування хворих на розповсюджений рак яєчників (РРЯ) – це проведення курсів хіміотерапії до моменту розвитку непереносимої токсичності. Тяжка нудота і блювання часто є причиною відмови хворих на РРЯ від хіміотерапії та завчасне переведення їх до групи симптоматичної терапії. Тому профілактика умовно-рефлекторної нудоти (УРН) і блювання є сьогодні одним з пріоритетних напрямків сучасної онкології. Мистецтво в процесі арт-терапії часто дає людині поштовх до розвитку різних життєвих навичок і вмінь, а також включення резервних можливостей організму, що має дуже велике значення в боротьбі онкологічного хворого з тяжкою хворобою.

Ціль. Використання арт-терапії як засіб профілактики нападів

УРН і блювання під час проведення повторних курсів хіміотерапії хворим на РРЯ.

Методи. Арт-терапію можна віднести до взаємодоповнюючих методів в онкології, полегшуючи внутрішні ресурсів та можливості пацієнта. З усіх існуючих видів арт-терапії, ми обрали спосіб художнього вираження у вигляді малюнка. У дослідження було включено 15 хворих з РРЯ від 20 до 40 років. Схеми хіміотерапії склалися з цитостатиків з високою еметогенною активністю. Всім пацієнтам було запропоновано добровільно застосовувати арт-терапію у день кожного циклу хіміотерапії до початку та під час введення цитостатиків. Пацієнти спонтанно обрали спосіб нанесення фарби (гуаш, кольорові олівці).

Результати. Жодна хвора не відмовилася від запропонованого долучення в схему лікування арт-терапії. Усі пацієнтки з РРЯ позитивно відреагували на запропонований метод лікування. У 6 пацієнтів (40%) - не було зареєстровано жодного епізода нудоти та/або блювоти. У 9 пацієнтів (60%) - нудота і блювота були легкого та середнього ступеня тяжкості. У 3 пацієнтів (20%) - використання арт-терапії допомогло попередити розвиток умовно-рефлекторної нудоти і блювоти.

Висновки. На сьогоднішній день, на жаль, арт-терапія не входить в обов'язкову схему звичайного лікаря онколога з надання спеціалізованого лікування онкологічним хворим. Проте наш досвід застосування арт-терапії в комплексному лікуванні хворих на РРЯ показує свою ефективність. Вважаємо за доцільне подальше вивчення використання арт-терапії для надання максимальної допомоги хворим на розповсюджений рак яєчників.

ПАЛІАТИВНА ХІМІОТЕРАПІЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОГО РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Дубініна В.Г., Лук'ячук О.В., Рибін А.І., Кузнецова О.В.

Одеський національний медичний університет, кафедра онкології з курсом променевої діагностики, терапії та радіаційної медицини
м. Одеса, Україна

Актуальність. На сьогоднішній день у світі немає єдиної думки

про ведення пацієнок з поширеним раком шийки матки (РШМ). Існуючі стандарти пропонують проведення курсів хіміотерапії II лінії до розвитку нестерпною токсичності або тільки симптоматичну терапію. Чи доцільно призначати дорогі цитостатики II-III лінії пацієнтці з поширеним РШМ? Або ж краще забезпечити задовільну якість життя шляхом проведення адекватної симптоматичної терапії? Головний принцип паліативної допомоги - яким би важким захворювання не було, які кошти не були б використані для його лікування, завжди можна знайти спосіб підвищити якість життя хворого в дні, що залишилися.

Мета роботи: оцінити доцільність, користь і значення паліативної хіміотерапії поширеного РШМ в порівнянні з симптоматичною терапією.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 22 пацієнтки з РШМ, середній вік хворих 28,5 років. Всім пацієнткам до початку лікування пропонувалося обговорити з лікарем варіант подальшої паліативної терапії: хіміотерапія або симптоматична терапія. I група (n=11) - проведення курсів хіміотерапії за схемою TP (паклітаксел 135 мг/м² + цисплатин 50 мг/м²). II група (n=11) - симптоматична терапія.

Результати. Через 4 місяці всі пацієнтки I групи були живі і продовжували курси хіміотерапії. Ефект лікування пацієнок I групи: стабілізація процесу - 6 хворих (54,5 %), прогресування - 4 хворих (36%). Ускладнення в I групі мали оборотний характер і не перевищували II ступінь токсичності, що дозволило продовжувати подальше спеціальне лікування. 8 пацієнок (73%) II групи до кінця 4 місяці померли і 2 пацієнтки (18%) продовжувала симптоматичну терапію.

Висновки. Можливість продовжити життя пацієнта ще на кілька тижнів або місяців, навіть за умови розвитку токсичних ускладнень і наявності матеріальних витрат, варто того. Життя завжди дорожче матеріальних витрат. Вважаємо виправданим проведення паліативної хіміотерапії пацієнтів з поширеним РШМ. Збільшення тривалості життя пацієнок з поширеним РШМ можливо за рахунок забезпечення задовільної якості життя.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ

Дубініна В.Г. , Рибін А.І., Кузнецова О.В., Лисенко М.А.

Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

На сьогоднішній день «золотим стандартом» лікування рака яєчників стадій ІС-ІІС є оперативне втручання з наступним курсом післяопераційної хіміотерапії. При цьому, препаратом вибору в даний час є препарати платини. Приблизно в 20-30% випадків у хворих на рак яєчників відзначається первинна резистентність до препаратів платини, а в 38-50% випадків реєструється вторинна резистентність. Таким чином, прогнозування чутливості злоякісних пухлини яєчника до препаратів платини є однією з актуальних проблем сучасної онкогінекології. Метою даної роботи було вивчення загальної та місцевої активності білка р53 у хворих на рак яєчників в залежності від чутливості пухлини до препаратів платини. У роботі проведено порівняльний аналіз загальної та місцевої активності білка р53 у хворих на рак яєчників залежно від чутливості пухлини до препаратів платини. Для цього було обстежено 100 пацієток з аденокарциномою яєчників стадії ІІА-ІІС, яким після виконання оптимальної або субоптимальної циторедуктивної операції проводився курс ад'ювантної хіміотерапії з включенням препаратів платини в стандартному режимі. Показано, що активність білка р53 в сироватки крові хворих на рак яєчників, чутливих до препаратів платини, була вірогідно вище такої в групах з платино резистентним і платино рефрактерним раком яєчників. Крім того, виявлена вірогідно більш висока місцева активність білка р53 у хворих на рак яєчників, що є чутливими до препаратів платини, у порівняння з такою у групах із платино резистентним та платино рефрактерним раком яєчників. Таким чином, визначення активності білка р53 може служити прогностичним фактором чутливості аденокарциноми яєчників до препаратів платини.

Ключові слова: рак яєчників, хіміотерапія, білок р53, платинорезистентність, платіночутливість.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ЛІКУВАННІ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

Засць Ю. М., Костюк О.Г.

Вінницький обласний клінічний онкодиспансер

м. Вінниця, Україна

Вступ. Рак сечового міхура складає 4% в структурі всіх онкологічних захворювань. Чоловіки хворіють у 6 разів частіше ніж жінки. Це обумовлено захворюваннями що викликають інфравезикальну обструкцію (простатит, гіперплазія простати, рак простати, стріктура уретри), дивертикули сечового міхура, що приводять до стазу сечі в сечовому міхурі. А також шкідливі звички з яких на першому місці стоїть паління. Інвазивна форма рака сечового міхура складає 20% - 30% і потребує виконання радикальної операції цистектомії з різними методами деривації сечі.

Мета. Порівняти різні методи деривації сечі у хворих на інвазивний рак сечового міхура після проведеної радикальної цистектомії, удосконалити техніку операцій.

Матеріали та методи. Проведена порівняльна характеристика післяопераційного перебігу та наслідків радикальної цистектомії з різними методами деривації сечі, у хворих прооперованих в урологічному відділенні Вінницького обласного клінічного онкодиспансеру за останніх 10 років.

Операція Бріккера – 12 пацієнтів.

Операція Майнц-Поуч II- 29 пацієнтів.

Операція ілеонеоцистопластика- 14 пацієнтів.

Ускладнення: після операції Бріккера не було. Після операції Майнц-Поуч II у 4-х хворих відмічалась неспроможність швів створеного резервуару. Після ілеонеоцистопластики - 1 хворий помер на 13 добу після операції від тромбоемболії легеневої артерії.

У 4-х хворих відмічалось часткове підтікання сечі з ілеонеоцистуретрального анастомозу.

У 2-х хворих частковий стеноз сечоводів.

Висновки. Роз'єднання різних середовищ, а саме сечі та калу, відсутність кутанеостом- профілактують виникнення інфекції верхніх сечових шляхів, та як наслідок різних ускладнень. Ілеонеоцистопластика, не зважаючи на її складність та можливі

ускладнення, являється оптимальним методом деривації сечі, при відсутності протипоказів до неї та максимально адаптує пацієнта в соціальній сфері.

РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ОПУХОЛИ В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Карташов С.М., Олешко Е.М., Мусаев Р.И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьковский областной клинический онкологический центр
г. Харьков, Украина

По данным Национального канцер-реестра распространенность рака эндометрия (РЭ) в Украине с 1990 по 2013 год увеличилась на 53,8% и составляет 32,0 на 100 тыс. населения, а пятилетняя выживаемость составляет 69%.

Цель: определить клинико-прогностическое значение биологических маркеров РЭ.

Материалы и методы. В исследование было включено 360 больных РЭ I – IV стадий (T1a-3vN0-1M01) в возрасте 28 – 89 лет. Анализ данных проводился с учетом возрастного периода больных – репродуктивного, климактерического (перименопауза) и менопаузального. Все больные получили комбинированные или комплексные методы лечения согласно стандартам, а результаты оценены по частоте возникновения рецидивов за 3-х летний период наблюдения. В опухолевой ткани методом полимеразой цепной реакции определяли наличие мутации гена p53, экспрессию гена FOXO1, антигена Ki 67 и активность теломеразы.

Результаты. Анализ биологических особенностей РЭ для всех возрастных периодов показал достоверно большее количество генетических нарушений гена p53 (83,3% в сравнении 15,2%, $p < 0,01$ в репродуктивном периоде; 66,7% в сравнении 28,9%, $p < 0,01$ в перименопаузе и 71,8% в сравнении с 46,3%, $p < 0,01$ в менопаузе). Экспрессия гена FOXO1 была достоверно выше у пациентов без рецидива, а показатели составили – 20,0% в сравнении 77,8% и 33,3% в сравнении с 54,9%, $p < 0,01$ соответственно в климактерическом и менопаузальном периодах. Анализ активности теломеразы у больных

РЭ не выявил достоверной связи, но отмечена тенденция к повышению активности анализируемого фермента у пациентов всех возрастных групп, имеющих рецидив РЭ. Пролиферативная активность (Ki 67) РЭ у больных в перименопаузе (75,4% и 48,9%) и в менопаузе (64,9% и 40,1%, соответственно с рецидивом и без рецидива) достоверно отличалась ($p < 0,01$), а у больных репродуктивного возраста (61,7% с рецидивом и 28,0% без рецидива, $p > 0,05$) выявлена тенденция к росту.

Выводы. Оценка эффективности лечения больных РЭ показала, что в качестве прогностических критериев, позволяющих предположить риск развития рецидива, могут быть использованы следующие биологические показатели в опухоли: наличие мутации гена p53, экспрессия гена FOXO1 и высокая пролиферативная активность.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫМИ ФОРМАМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО РАКА

Каюк В.Г., Ямчук М.Н., Григоренко А.Н., Булаченко О.В.

Винницкий областной клинический онкодиспансер
Винницкий Национальный медицинский университет
им. Н.И. Пирогова
г. Винница, Украина

С целью улучшения результатов лечения больных с местно-распространёнными формами гинекологического рака, в схему комбинированного и комплексного лечения целесообразно включить хирургическое вмешательство, при условии достаточной адекватности его объёма. Оптимальными объёмами оперативного лечения данной категории больных можно считать комбинированные циторедуктивные операции с перитонэктомией, пагистерэктомии IV типа по River, экзентерации таза. Кроме технических трудностей при исполнении таких оперативных вмешательств, следует отметить особенности течения послеоперационного периода. Образование обширной раневой поверхности, отсутствие достаточного объёма брюшины для перитонизации определяет риск развития послеоперационных осложнений.

Цель нашей работы – снизить риск возникновения послеоперационных осложнений после комбинированно-расширенных операций у больных с местно-распространёнными формами гинекологического рака.

В течение последних 5-ти лет при выполнении перечисленных оперативных вмешательств в гинекологическом отделении ВОКОД применяется способ перитонизации петлями сигмовидной кишки. Суть способа заключается в мобилизации сигмовидной кишки и нисходящего отдела поперечно-ободочной кишки и перекрытии дефекта брюшины в малом тазу избыточной частью сигмовидной кишки, таким образом, чтобы жировые привески максимально заполняли полость малого таза, тампонируя его.

С 2000 года в гинекологическом отделении ВОКОД было пролечено 6 больных раком шейки матки IV ст. с прорастанием в мочевой пузырь; 1 пациентка с рецидивом лейомиосаркомы в стенку мочевого пузыря; 1 – рецидив рака шейки матки в культю влагалища с прорастанием в стенку мочевого пузыря после комплексного лечения. Всем пациенткам была произведена передняя экзентерация таза. 5-ти – по обычной методике, в послеоперационном периоде у них отмечалась длительная гипертермия, значительная лимфорея, эндогенная интоксикация. Средний койко-день этих больных – $29,1 \pm 1,71$. 3-им больным была произведена перитонизация сигмовидной кишкой, койко-день – $14,35 \pm 1,58$.

За последние 5 лет в отделении выполнено 46 комбинированных циторедуктивных операций с перитонэктомией больным с диссеминированным раком яичников III ст. В 35-ти случаях была произведена перитонизация петлями сигмовидной кишки, все пациентки на 7 – 9 сутки были выписаны для следующего этапа специального лечения. Из 11-ти больных, оперированных обычным способом, в послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: кровотечение из раневой поверхности малого таза в раннем послеоперационном периоде (2 случая); продолжительная продукция раневого отделяемого – до 10-14 суток (7); тонкокишечная непроходимость (1).

Таким образом, применение предложенного способа перитонизации позволяет значительно сократить общее количество

осложнений после комбинированно-расширенных операций, улучшить результаты лечения за счёт своевременности следующего этапа специального лечения.

ПОРІВНЯННЯ РАДИКАЛЬНОЇ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ НЕФРЕКТОМІЇ З НЕФРЕКТОМІЄЮ ВІДКРИТИМ СПОСОБОМ У ХВОРИХ НА РАК НИРКИ

*О.Г. Костюк¹, О. А. Лавренчук¹, В.В. Гончарук², Ю.М. Заєць²,
В.В. Паламар², О.В. Миколюк², В.П. Камлук²*

¹Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

²Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Актуальність: рак нирки займає 10-е місце за рівнем захворюваності серед злоякісних новоутворень, а за рівнем приросту захворюваності серед органів сечостатевої системи поступається лише раку передміхурової залози. Протягом останнього десятиліття велика увага приділяється малоінвазивним хірургічним втручанням. Широке впровадження цих операцій обумовлено рядом переваг перед «традиційними» хірургічними втручаннями - зниження травматичності, зменшення частоти і важкості післяопераційних ускладнень, а також зменшення термінів перебування пацієнтів у стаціонарі. Проте, на даний момент немає достатньої кількості рандомізованих контрольованих досліджень, що дозволяють порівняти лапароскопічні та відкриті методи радикальної нефректомії.

Метою нашого дослідження є порівняльний аналіз виконання радикальної нефректомії традиційним та лапароскопічним методом при лікуванні раку нирки.

Матеріали і методи: проведено ретроспективний аналіз 60 історій хвороб (ІХ) пацієнтів із раком нирки, яким була виконана радикальна нефректомія відкритим доступом у Вінницькому обласному клінічному онкологічному диспансері протягом 2014 року. Проведено порівняння отриманих результатів з даними закордонних досліджень при виконанні радикальної лапароскопічної нефректомії(РЛН).

Результати: серед проаналізованих ІХ було 34 (57%) жінок та

26 (43%) чоловіків. У 38 (63%) пацієнтів був рак лівої нирки, а у 22 (37%) – правої. Пацієнтів з I клінічною стадією було 20 (33%), з II ст. – 24 (40%), з III ст. – 12 (20%) та з IV ст. – 4 (7%). Отримані дані співставляли із даними провідних зарубіжних онкологічних центрів. Середня тривалість операції відкритим данимидоступом становила 90 хв., лапароскопічним – 120хв. Середня тривалість стаціонарного лікування після «відкритої» операції склала 8,5 дн., після РЛН – 7,6 дн. Середня потреба в дренаванні черевної порожнини після відкритої нефректомії склала- 3,2 доби, для РЛН – 1,5 доби. Активізація пацієнта після відкритої нефректомії була можлива на 2-3 добу, після РЛН – на 1 добу. Після нефректомії відкритим доступом наркотичні анальгетики призначались в середньому на 1,5 дні, після РЛН – 1 день. Для виконання нефректомії відкритим доступом проводиться розріз довжиною 15 ± 5 см., для РЛН – 7 ± 1 см. При проведенні відкритої нефректомії інтраопераційна крововтрата склала в середньому 300 мл., а при РЛН – 210 мл.

Висновки: використання лапароскопічного доступу дозволяє прискорити відновлення в післяопераційному періоді, зменшити потребу в післяопераційному знеболенні та в стаціонарному лікуванні. Віддалені результати лікування пацієнтів після проведення РЛН ще не отримані. Короточасні онкологічні дані говорять про еквівалентність відкритої та лапароскопічної нефректомії. Ми вважаємо, що віддалені результати не залежать від виду доступу, а залежать від стадії та поширеності процесу.

НАШ ДОСВІД ОПЕРАЦІЇ ЦИСТЕКТОМІЇ ІЗ ДЕРИВАЦІЄЮ СЕЧІ ПО MAINZ POUCH 2

Гончарук В.В.², Костюк О.Г.¹,

¹ Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

²Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

м. Вінниця, Україна

Актуальність: рак сечового міхура поширене онкологічне захворювання. У загальній структурі онкологічних захворювань пухлини сечового міхура складають 3-4%. Щорічно в світі реєструється 260 тис. нових випадків. У 75-85% хворих діагностуються неінвазивні

стадії процесу (Ta, cis, T1), у решти 25-15% виявляється м'язова інвазія пухлини.

Висока ймовірність прогресії, при рецидивах поверхневого рака сечового міхура, а також схильність до метастазування інвазивної форми спонукають виконувати радикальну цистектомію. Стандартним обсягом операції є видалення єдиним блоком сечового міхура з вісцеральною очеревиною та навколومیхуровою клітковиною. У чоловіків додатково видаляють передміхурову залозу із сім'яними міхурцями, а у жінок - передню стінку піхви, матку з додатками і з обов'язковою двосторонньою тазовою лімфаденектомією. Можливі наступні варіанти відведення сечі: зовнішнє (уретерокутанеостомія, кишкова пластика з формуванням «сухих» і «вологих» уростом - операція Bricker), внутрішнє відведення сечі в безперервний кишечник (уретеросигмостомія), створення ортотопічного сечового міхура для чого використовуються ізольовані сегменти різних ділянок кишки.

Мета: провести аналіз результатів операцій формування уретеросигмоанастомозу після цистектомії за методикою Mainz pouch 2.

Матеріали і методи: були проаналізовані архівні дані про 28 пацієнтів, яким після виконаної цистектомії з приводу різних причин, виконано формування уретеросигмоанастомозу за методикою Mainz pouch 2.

Результати: з 2003р. в урологічному відділенні Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру виконано 28 операцій цистектомій з формуванням уретеросигмоанастомозу за методикою Mainz pouch 2. Суть операції полягає в створенні резервуару низького тиску із сегмента сигмоподібної кишки, що забезпечує континентне (тобто можливість утримання) контрольоване сечовипускання через пряму кишку. Серед прооперованих хворих - 22 (78,0%) чоловіки та 6 (22,0%) жінок. Середній вік пацієнтів становив 55 років. Основною причиною виконання даної операції був рак сечового міхура-24хв (85,7%). Іншими захворюваннями, які привели до виконання даної операції були: хронічний інтерстиціальний цистит - 1 хв., рак простати - 2 хв., рак шийки матки - 1 хвора.

Ранні післяопераційні ускладнення спостерігали у 8-ми пацієнтів,

що складає 28,8 %. Причиною ранніх ускладнень були: гостра виразка 12-ти палої кишки – 1 хв. (3,6%), ТЕЛА – 1 хв. (3,6 %), вторинне загоєння рани – 1 хв. неспроможність швів резервуара у 2-х хворих (7,1 %). В пізньому післяопераційному періоді основними ускладненням був гострий та хронічний пієлонефрит, що потребувало виконання нефростомії – 5 хв. (17,9%). Післяопераційна летальність склала (7,1%) і причиною смерті були гостра виразка 12-ти палої кишки та ТЕЛА. П'ять років і більше живуть 13 пацієнтів (46,4 %). Причиною смерті інших пацієнтів, окрім прогресування основного захворювання, були і супутні патології.

Висновки: створення резервуара низького тиску із сегменту сигмоподібної кишки за методикою Mainz pouch 2 була етапом підготовки до виконання операції по створенню ілеального сечового міхура і показана при поширенні пухлини на уретру.

СТАТИСТИЧНА ОЦІНКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА В ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

В.В. Гончарук², О.Г. Костюк¹, А.В. Хмеляр²

¹Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

²Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

м. Вінниця, Україна

Рак сечового міхура (PCM) поширене онкологічне захворювання. У загальній структурі онкологічних захворювань пухлини сечового міхура складають 3-4%. Щорічно в світі реєструється близько 260 тис. нових випадків. У 75-85% хворих діагностуються неінвазивні стадії захворювання (Ta, cis, T1), у решти 25-15% виявляється м'язова інвазія пухлини.

В Україні (PCM) займає 7-ме місце серед чоловіків і більш ніж 10-те місце серед жінок. У Вінницькій області захворюваність на PCM зайняла 10 місце (14,5 випадки на 100 тис. населення), серед чоловічого населення на 6 місці (25,9%₀₀₀) та серед жіночого населення - 16 місце (4,7%₀₀₀).

Мегадослідження. Провести статистичний аналіз захворюваності на рак сечового міхура населення Вінницької області за останні 5 років.

Матеріали та методи. В дослідження були включені пацієнти на РСМ, діагноз яким встановлено у 2009-2014 роках. Оцінено загальний рівень захворюваності, абсолютний приріст та темпи приросту. Окремо проаналізовано розподіл захворюваності по стадіям.

Результати дослідження. Рівень захворюваності населення Вінницької області на РСМ у 2009 р. становив 10,1 випадки на 100 тис. населення, тоді як у 2014 році – 14,5 випадків на 100 тис. населення, різниця показників статистично підтверджена ($t=3,7$). В динаміці за 5 років рівень захворюваності на РСМ зріс на 33,7% (на 3,4 випадки на 100 тис. населення), а найшвидшими темпами він зріс у 2010 році, порівняно з 2009 р. (на 32,7%), відповідно з 10,1 випадків на 100 тис. населення у 2009 році до 13,4 випадків на 100 тис. населення у 2010 році. Проаналізувавши в динаміці за 5 років розподіл РСМ по стадіям відмічено, що збільшилась питома вага I стадій РСМ (на 22,7%), тоді як питома вага IV стадій мала тенденцію до зменшення (на 1,5%).

Висновки.

1. Рак сечового міхура має стійку тенденцію до зростання у мешканців Вінницької області.
2. Існує стійка тенденція до збільшення пацієнтів з I ст., що значно покращує прогноз виживаності при значному зменшенні матеріальних витрат на лікування.

**ПОКАЗНИКИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА
МАТКИ НА ДООПЕРАЦІЙНОМУ ТА РАНЬОМУ
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

Кривокульський Б.Д., Жулкевич І.В., Кривокульський Д.Б.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»
м. Тернопіль, Україна

Покращення результатів лікування онкологічних хворих полягає в проведенні не лише адекватної тромбопрофілактики, а також своєчасного виявлення порушень згортальної системи крові в пацієнтів у яких планується проведення оперативних втручань.

Мета дослідження: вивчити особливості системи гемостазу у хворих на рак тіла матки, яким проводилось оперативне лікування.

Матеріали і методи: проведено аналіз стану системи гемостазу у 36 оперованих хворих з приводу раку тіла матки. Вік хворих становив від 41 до 74 років. Оперативне втручання виконували під загальним знеболенням, всім пацієнтам проводили комплексну профілактику венозних тромбоемболітичних ускладнень (ВТУ). Активізація пацієнтів здійснювалась на 2 добу після операції.

Результати: встановлено - до операції час зсідання в тесті протромбінів час подовжений у 60% хворих, а АЧТЧ скорочено у - 30% хворих. У 9 пацієнтів показник Д-димеру в плазмі крові перевищував норму до операції. Підвищення Д-димеру спостерігалось у 60% хворих після операції на 1-5 добу, на 8-добу підвищений рівень Д- димеру відмічався у 40% хворих. У 10 хворих при оперативному втручанні проводилось інтраопераційне визначення Д-димеру за розробленою нами методикою (патент №90383). Розроблена нами методика дозволяє: передбачити і виявити локалізацію тромбу в судинах малого тазу, провести адекватну тромбектомію з підтвердженням рівня кореляції Д-димеру до наявності тромбів, що дає можливість провести корекцію лікування та попередити виникнення ВТУ в онкогінекологічних хворих. При виконанні операції, проводиться детальна ревізія пересічених кукс судин, на предмет визначення локалізації тромботичних мас в судинах малого тазу, з проведенням тромбектомії та визначенням рівня Д-димеру в плазмі крові під час оперативного втручання.

Висновки: розроблений спосіб дозволяє виявити та підтвердити локалізацію тромбу, провести адекватну тромбектомію з підтвердженням рівня кореляції Д-димеру до наявності тромбів, а також гістологічне підтвердження тромбозу, що дає можливість провести корекцію лікування та попередити виникнення тромбоемболітичних ускладнень у хворих на рак тіла матки.

МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ПРОСТАТЫ. РОЛЬ ПАТОЛОГА. ВОЗМОЖНОСТИ УРОЛОГА

Лысенко В.В., Роша Л.Г.

Университетская клиника ОНМедУ
г. Одесса, Украина

Актуальность проблемы. Морфологические характеристики рака предстательной железы (РПЖ) являются важными факторами прогноза, входят в состав многих номограмм и часто влияют на выбор метода лечения и объемов оперативного вмешательства. Расхождение данных полифокальных биопсий и послеоперационных морфологических исследований препаратов после радикальной простатэктомии достигает 20-36% по данным ведущих экспертов (J.Epstein et al, 2012). Особое значение это имеет для пациентов с местнораспространенным РПЖ, когда целесообразность радикальной простатэктомии (РПЭ) дискуссионна.

Цель исследования. Оптимизация дооперационных и интраоперационных морфологических исследований при местнораспространенном РПЖ, с целью улучшения онкологических результатов РПЭ.

Материалы и методы. Изучен биопсийный материал и препараты радикальной простатэктомии 55 пациентов с местнораспространенным РПЖ, которым выполнена РПЭ. Трансректальная полифокальная биопсия выполнялась согласно локальному протоколу из 14 точек, включая зону семенных пузырьков. Исследование операционного материала выполнялось по Стендфорскому протоколу. Последние 15 исследований выполнены с авторской модификацией.

Анализ результатов. Применение оригинальной методики маркировки края биоптата позволило уменьшить частоту недостадивирования РПЖ на дооперационном этапе с 43% до 27% ($p < 0,05$). Методика восстановления целостности макропрепарата позволила избежать ошибок в оценке хирургического края в 20% случаев. Применение авторской методики интраоперационной панорамной оценки хирургического края позволило в 34% случаев выполнить резекцию резидуальной опухоли, а в 20% выполнить

инилатеральное сохранение сосудисто-нервного пучка при РПЭ.

Выводы. 1. Целесообразность оперативного лечения и прогноз при местнораспространенном раке предстательной железы во многом зависят от морфологических характеристик опухоли.

2. Необходима разработка отдельного протокола исследования препарата после радикальной простатэктомии для данной категории пациентов.

МИНИИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП В ОНКОУРОЛОГИИ

Лысенко В.В., Осадчий Д.Н., Чайка А.М., Снисаренко В.А.

Университетская клиника ОНМедУ

г. Одесса, Украина

Актуальность проблемы. Лапароскопический доступ достаточно широко используется в урологической практике. Доказано его преимущество для коррекции гидронефроза, нефропексии, лечения парапельвикальных кист почки. Однако большие объемы оперативных вмешательств при онкоурологической патологии дают повод для сомнения в целесообразности миниинвазивного доступа.

Цель работы. Проанализировать собственный опыт лапароскопических оперативных вмешательств при онкоурологических заболеваниях.

Материалы и методы. С момента внедрения лапароскопических операций в онкоурологическую практику в Университетской клинике ОНМедУ в 2009 году выполнено 7 радикальных и 5 циторедуктивных нефрэктомий, 15 резекций почки, 43 радикальных простатэктомии, в том числе 23 при местнораспространенном раке простаты, 9 радикальных лапароскопически ассистированных цистэктомий и экстракорпоральной илеоцистопластикой.

Анализ результатов. В течение 5 лет освоены все виды лапароскопических онкоурологических операций. Использование лапароскопического доступа позволило сократить интраоперационную кровопотерю в среднем на 67-75%, что позволило избежать заместительной гемотрансфузии, которая не потребовалась ни в одном случае. Случаев конверсии не было.

Осложнения, такие как лимфоциты малого таза и единичный случай артериопилокаликостомы, зарегистрированы также малоинвазивным способом. Применение лапароскопического доступа в онкоурологической практике позволило сократить в 3 раза сроки госпитализации пациентов и способствовало улучшению функциональных результатов хирургического лечения.

Выводы. 1. Лапароскопический доступ имеет существенные преимущества для хирургических вмешательств у больных с онкоурологической патологией в плане быстрой реабилитации, лучших функциональных результатов, благоприятно сказывается на психоэмоциональном состоянии пациентов.

2. В современной онкоурологической практике лапароскопический доступ возможен при всех видах оперативных вмешательств. Его использование может ограничиваться только отсутствием необходимого опыта лапароскопии и противопоказаниями к эндотрахеальному наркозу у пациента.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РПЖ Т3b СТАДИИ

Лысенко В.В., Осадчий Д.Н., Роша Л.Г., Снисаренко В.А.

Университетская клиника ОНМедУ

г. Одесса, Украина

Актуальность проблемы. В последние годы появились исследования, демонстрирующие хорошие отдаленные результаты радикальной простатэктомии (РПЭ) у определенной категории больных при местнораспространенном раке предстательной железы (РПЖ). При этом по-прежнему существует мнение, что пациенты с инвазией опухоли в семенной комплекс, т.е. с Т3b стадией имеют сомнительные преимущества в канцерспецифической и безрецидивной выживаемости при РПЭ.

Цель исследования. Сравнить периоперационные и ранние послеоперационные результаты лапароскопической экстраперитонеальной простатэктомии у пациентов с Т3a и Т3b стадией РПЖ.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 93 пациента

с верифицированным местнораспространенным РПЖ, 70 пациентов перенесли открытую радикальную простатэктомию, у 23 пациентов выполнена лапароскопическая радикальная простатэктомию. В группе пациентов, оперированных лапароскопически 12 имели Т3а стадию заболевания, 11 пациентов – Т3б стадию патологического процесса. Группы пациентов были сопоставимы по возрасту. Оценивались время операции, объем кровопотери, частота позитивного хирургического края, а также частота биохимического рецидива в сроки до 12 месяцев.

Анализ результатов. Средняя продолжительность оперативного вмешательства для пациентов в группе Т3а составляла 300 ± 35 мин, в группе Т3в – 340 ± 48 мин ($p = 0,15$). Средняя кровопотеря для пациентов с опухолью Т3а составляла 280 ± 20 мл, а для больных с Т3в – 315 ± 50 мл ($p = 0,2$). Частота протяженного ПХК по данным послеоперационного морфологического исследования для пациентов с Т3а составляла 27%, для пациентов с Т3б - 43% ($p < 0,05$). Ранний биохимический рецидив в сроки до 12 месяцев в группе Т3а развился у 2 из 11 больных, в группе Т3в у 1 из 12 больных ($p = 0,55$).

Выводы. 1. Периоперационные показатели и ближайшие онкологические результаты лапароскопической радикальной простатэктомии при раке предстательной железы стадий Т3а и Т3в сопоставимы, что свидетельствует об оправданности миниинвазивного оперативного доступа для обеих категорий пациентов.

2. Пациенты с Т3в раком простаты при лапароскопической радикальной простатэктомии имеют достоверно большую частоту позитивного хирургического края, что связано с большим объемом опухолевого поражения органа, нежели с хирургической техникой. В связи с этим данная категория больных требует более тщательного послеоперационного мониторинга и адьювантной лучевой терапии.

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ РАКА ПОЧКИ**

Лысенко В.В., Меленевский А.Д., Осадчий Д.Н., Снисаренко В.А.

Клиника медицинского университета

г. Одесса, Украина

Актуальность темы. Лапароскопическая резекция почки остается одной из самых технически трудных операций, и возникает вопрос целесообразности освоения лапароскопического доступа хирургами, имеющим опыт открытой хирургии.

Цель исследования. Изучить периоперационные и ранние послеоперационные результаты первых лапароскопических резекций почки.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены результаты 18 первых лапароскопических резекций почки (ЛРП), выполненных по поводу объёмных образований на базе Университетской клиники ОНМедУ и 17 операций, выполненных открытым доступом (ОРП) в урологических отделениях ГКБ№10. Группы были равнозначны по возрасту и ИМТ пациентов, размерам и индексу R.E.N.A.L. опухолей.

Результаты и их обсуждение. Лапароскопический доступ при резекции почки демонстрировал сопоставимые сроки временной тепловой ишемии по сравнению с открытым даже на этапе освоения: $23,6 \pm 7,59$ мин. и $20,5 \pm 10$ мин. соответственно ($p > 0,1$), лапароскопия имела преимущества в плане снижения объема кровопотери $215 \pm 96,5$ мл. и $305 \pm 85,4$ мл. соответственно ($p < 0,01$), не требовала гемотрансфузий, имела меньшее количество послеоперационных осложнений: $11,2 \pm 3,6\%$ и $19,6 \pm 5,4\%$ соответственно ($p < 0,01$) и требовала меньших сроков госпитализации: 7 ± 2 суток и 14 ± 5 суток соответственно ($p < 0,005$). Единственным показателем не в пользу ЛРП было достоверно большее операционное время $209,2 \pm 58,8$ мин. по сравнению с ОРП $148,5 \pm 38,8$ мин. ($p < 0,005$).

Выводы. Лапароскопическая резекция почки даже на этапе освоения демонстрирует преимущества в плане периоперационных и ранних послеоперационных результатов. Операционное время может быть сокращено по мере приобретения опыта данных операций.

**ІННОВАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ
НОВОУТВОРЕНЬ ТІЛА МАТКИ*****Манжура О.П., Карачарова І.Ю., Сичова М.І., Ключов О.М.***Київський міський клінічний онкологічний центр
м. Київ, Україна

Актуальність: міома матки є найпоширенішою доброякісною пухлиною жіночих статевих органів, частота якої складає 20-44%. Звертає на себе увагу наявність міоми матки у молодих жінок, середній вік яких становить 32 роки. Первинне безпліддя спостерігається майже у кожної 4-5-ї хворої з цим діагнозом. Збереження репродуктивної функції у жінок – одна з соціальних та медичних задач. Тому на сьогодні, поряд з традиційними методами лікування, перспективним шляхом вирішення цієї проблеми є застосування дистанційної ультразвукової абляції – High Intensive Focused Ultrasound (HIFU).

Мета: вивчення ефективності та безпеки ультразвукової абляції (HIFU - технологія) в лікуванні міоми матки.

Матеріали і методи: з 2011р. по теперішній час в Київському міському клінічному онкологічному центрі, Центрі ядерної медицини виконано 37 дистанційних ультразвукових абляцій міом матки у 31 пацієнтки, у віці 21-48 років, на апараті JS (виробник: Chongqing Haifu (HIFU) Technology Co., Ltd., Китай). Кількість оброблених міоматозних вузлів у однієї пацієнтки варіював від 1 до 4, розміри від 1,0 до 10,0 см. Всім пацієнткам на доопераційному етапі виконували УЗД та МРТ з контрастуванням. Проводилось повне гінекологічне обстеження для виключення онкопатології. Основними протипоказаннями до виконання УЗ-абляції були: розміри вузла менше 1 см в товщі передньої стінки і менше 3,5 см в товщі задньої стінки, і вузлів розмірами більше 10 см; субсерозні вузли на тонкій ніжці, вузли шийки матки, грубі фіброзно-рубцеві зміни шкіри нижній частині живота, виражений спайковий процес, підозра на наявність злоякісного процесу матки і придатків. Час операції тривав від 1 до 4 годин. Потужність під час лікування складала від 270Вт до 400Вт, загальна енергія від 144460Дж до 483418Дж. Методи контролю в післяопераційному періоді - УЗД, МРТ з контрастуванням через 1, 3, 6, 12 місяців, 2 роки.

Результати: у всіх випадках в процесі абляції отримані стійкі

сірошкальні зміни. При УЗ та МРТ-контролі через 1 місяць обсяг абляції в середньому склав 40-70%, що на думку провідних фахівців є достатнім для регресії міоми матки. При динамічному спостереженні відзначено збереження зони абляції до 1,5 року. Зменшення об'єму вузлів склало від 40 до 80%. У 1 пацієнтки регресія вузла була недостатньою, зберігались клінічні прояви, з приводу чого було виконано оперативне лікування. У 2 пацієнток отримано повну регресію вузлів через 1,8-2 роки. Всі пацієнтки перенесли процедуру задовільно. У вечір виконання операції відмічався короткотривалий підйом t° до 37,2-37,4 $^{\circ}\text{C}$. Серйозних ускладнень не було. Якість життя покращилась. Слід вважати, що ефективність методу HIFU обумовлена конструктивними технічними можливостями апарату (постійний УЗ-контроль, інтенсивність УЗ-випромінювання), що дозволяють контролювано впливати на максимальний об'єм новоутворення.

Висновки: HIFU-технологія є унікальним, неінвазивним, безпечним і ефективним методом в лікуванні доброякісних новоутворень матки. Для подальшої оцінки методу, необхідне накопичення та аналіз клінічного матеріалу.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ВУЛЬВИ ЗА 2005-2010 РОКИ

*Манжура О.П.^{1,2}, Міцкевич В.Є.¹, Корнієнко В.Г.¹, Вакуленко Г.А.²,
Харченко К.В.^{1,2}, Клеветенко М.П.¹, Ключов О.М.¹*

¹ м. Київ, Україна

Київський міський клінічний онкологічний центр,
відділення онкогінекології

² м. Київ, Україна

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра онкології

Актуальність. Згідно рекомендацій ESGO 2009 при I-III ст. раку вульви (РВ) показане хірургічне лікування, як самостійне, так і як етап комбінованого чи комплексного лікування. У Сіднейському Королівському Госпіталі проведено дослідження 121 хворої на РВ Т1 і Т2 з негативними лімфатичними вузлами. Радикальну локальну

ексцизію було виконано у 116 пацієнток (95,9%), 5-річна виживаність склала 96,4%. Росіяни вважають променеву терапію переважним методом лікування РВ (за даними VI Всеросійського з'їзду онкологів). У Самарському онкологічному центрі променева терапія використовується у 77%, а хірургічний чи комбінований метод всього у 23% випадків. За даними різних світових джерел досі дискутується оптимальна тактика терапії РВ.

Мета. Провести ретроспективний аналіз лікування РВ залежно від об'єму хірургічного лікування як самостійного, так і як етапу комбінованого чи комплексного лікування.

Матеріали та методи. Проводився ретроспективний аналіз лікування 85 хворих на РВ, пролікованих у Київському Міському Клінічному Онкологічному Центрі у період з 2005 по 2010 р.: I ст. - 31 хв., II ст. - 25 хв., III ст. - 29 хв. Пацієнтки розподілені на дві групи: 1 - ті, які отримали хірургічне лікування як самостійне та у складі комбінованого чи комплексного лікування - 52 хв. (I ст. - 26 хв., II ст. - 16 хв., III ст. - 10 хв.) та 2 - ті, що отримували хіміопротерапію - 33 хв. (I ст. - 5 хв., II ст. - 9 хв., III ст. - 19 хв.). У 1 групі хворих було виконано наступні об'єми хірургічних втручань: ексцизія пухлини - 7, вульвектомія - 21, вульвектомія з пахово-стегною лімфодисекцією - 24. Серед них, у 12 хворих лікування було доповнено курсом дистанційної променевої терапії, а 7 хворих - отримали хіміопротерапію. У 2 гр. хворі отримали: променеви дистанційну терапію - 28хв., у комбінації з хіміотерапією - 5 хв.

Результати. Загальна 5-річна виживаність хворих на РВ склала 62,4% (53 хв), з них: Iст. - 87%(27 хв.), IIст. - 56%(14 хв.), IIIст. - 41%(12хв.) У I групі: 71% (37 хв.): Iст.: 92,3% (24 хв.), II ст. - 50% (8 хв.), III ст. - 50% (5 хв.). У II групі: 48,5% (16 хв.): Iст.: 60% (3 хв.), II ст. - 66,7% (6 хв.), III ст. - 36,8% (7 хв.).

Висновки. Хірургічне лікування - невід'ємний етап лікування хворих на РВ, як самостійний так і як компонент комбінованого чи комплексного лікування, що дозволяє збільшити загальну 5-річну виживаність на 24%.

**ВПЛИВ ОБСЯГУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ НА
ВИНИКНЕННЯ РЕЦИДИВУ ПОГРАНИЧНИХ ПУХЛИН
ЯЄЧНИКІВ**

*Манжура О.П.^{1,2}, Вакуленко Г.О.², Харченко К.В.^{1,2}, Верещако Р.І.²,
Міцкевич В.Є.¹, Клеветенко М.П.¹, Ключов О.М.¹, Корнієнко В.Г.¹*

¹м. Київ, Україна

Київський міський клінічний онкологічний центр,
відділення онкогінекології

²м. Київ, Україна

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра онкології

Актуальність. В останнє десятиріччя в онкогінекології сформувався новий напрямок, а саме органозберігаюче комплексне лікування, що дозволяє зберегти репродуктивну функцію у молодих жінок. Оскільки основний критерій ефективності лікування при новоутвореннях яєчників - частота рецидивів, безсумнівний інтерес представляють віддалені результати терапії пограничних пухлин яєчників в залежності від обсягу хірургічного лікування.

Мета дослідження — проаналізувати віддалені результати лікування пацієнток з пограничною пухлиною яєчників I стадії в залежності від обсягу оперативного втручання.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 72 хворих з пограничними пухлинами яєчників у віці від 18 до 67 років (середній вік $43,7 \pm 1,8$ року) за період з 2002 по 2010 рр. Всі хворі мали I стадію пограничної пухлини яєчників, серед яких 36 (50%) мали I стадію захворювання, 12 хворих (16,7%) - II стадію, 24 хворих (33,3%) - III стадію.

Враховуючи різний обсяг оперативного втручання, проведений у пацієнток з I стадією пограничної пухлини, були виділені дві групи. I група - 32 жінки, яким були виконані операції радикального об'єму: пангістеректомія з резекцією сальника (за наявності несприятливих факторів прогнозу - двобічне ураження, розрив капсули, дисемінація по зовнішній поверхні пухлини і у жінок старше 45 років), II група - 40 жінок у віці від 17 до 45 років (середній $29,9 \pm 1,2$), яким виконувалося органозберігаюче оперативне втручання:

однобічна аднексектомія з резекцією (або без) контрлатерального яєчника та резекцією сальника(або без).

Результати дослідження. Рецидив захворювання відзначений в цілому у 8 (11,1%) хворих. Кількість рецидивів у хворих в I групі склала 9,4% (3 пацієнтки), в II групі - 12,5% (5 пацієнток). Частота рецидивів збільшувалася при наявності білатерального ураження яєчників, розриву капсули та дисемінації по зовнішній поверхні пухлини.

Аналіз частоти рецидивів показав, що тільки при Ia стадії рецидивів в обох групах не спостерігалось. При Ib і Ic стадіях частота рецидивів після органозберігаючих операцій (2,5% і 10,0%) не набагато перевищувала таку після радикальних операцій традиційного обсягу (0% і 9,4%).

Висновки. Таким чином, у молодих пацієнток з I стадією пограничної пухлини допустимо проведення органозберігаючого хірургічного лікування.

CASE OF THE EFFICIENCY OF THE FDG PET/CT IN PROSTATE CANCER

*O.G. Oliinichenko¹, M.M. Firsova², O.I. Lola¹, A.V. Kapinos³,
A.V. Kholodna¹, E.Yu. Shepel¹*

Kyiv city clinical oncology center, Center of Nuclear Medicine¹
P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education²
Kyiv regional hospital №2³

Purpose: to evaluate the potential of 18F - FDG PET/CT for early revealing metastatic disease in patient with history of prostate cancer with increasing serum PSA level.

Materials and methods: 66 year old men with prostate – specific antigen (PSA) relapse (PSA increase from 3 ng/ml up to 17, 50 ng/ml during 3 month). Previous treatment consists of radical prostatectomy, testisectomy, external beam radiation therapy, chemotherapy and hormonal therapy. Gleason score 4+4 = 8. Correlative diagnostic imaging studies included contrast-enhanced computer tomography (CT) of chest, abdomen, and pelvis, bone scintigraphy and pelvis magnetic resonance imaging (MRI) scan conducted before PET/CT. Results of all these investigations were

negative. Patient underwent 18F - FDG PET/CT twice with a time interval of 4 month.

Whole-body PET/CT images were acquired with GE Discovery STE camera (USA). Imaging was initiated after intravenous injection in dose 308 MBq of FDG. CT images were acquired without breath-holding instructions (120kV, 80mAs, slice thickness 3,75 mm, field of view 500,0 mm). The PET emission scan was obtained immediately after acquisition of the CT scan, without changing the patient's position(3 min/ bed position).

Results: first 18F- FDG PET/CT was positive for osseous metastatic disease. Patient underwent external beam radiotherapy for bone metastases. 3 month after complete radiotherapy, PSA level increased again up to 141,4 ng/ml. PET/CT were performed again and revealed new osseous metastases and positive nodal disease (retroperitoneal and thoracic lymph nodes). According to the finding were performed chemotherapy and one month later strontium-89 therapy. Six months later, the third PET / CT showed stabilization process.

Conclusion: in biochemical relapse of prostate cancer 18F-FDG PET/CT can be useful in detection metastatic disease. Despite the FDG limitation in prostate cancer patients but according to the literature evidence when Gleason score⁷ or greater its sensitivity and predictive value increased. A particularly important application of this method in such cases when the results of the other studies are negative and PET / CT allow to influence the treatment strategy.

**ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОГО
КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ НА ПОЛІМОРФНІ
ВАРІАНТИ ГЕНУ *ESR1* У ХВОРИХ З ДОБРОЯКІСНОЮ
ТА ЗЛОЯКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ЖІНОЧОЇ
РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ**

***Палійчук О.В.*^{1,2}, *Горовенко Н.Г.*⁴, *Росоха З.І.*³,
*Поліщук Л.З.*¹, *Чехун В.Ф.*¹**

¹Інститут експериментальної патології, онкології та радіобіології
ім. Р.Є. Кавецького НАН України

²КЗ «Черкаський обласний онкологічний диспансер» ЧОР
³ДЗ «Референс-центр з молекулярної діагностики МОЗ України»

⁴Кафедра медичної та лабораторної генетики НМАПО
ім. П.Л. Шупика

Вступ. Результатами досліджень останніх років встановлена агрегація пухлин жіночої репродуктивної системи з онкопатологією інших локалізацій, що формують сімейний раковий синдром (СРС). Сучасні методи молекулярно-генетичних досліджень, зокрема скринінг однонуклеотидних поліморфізмів (SNP), дозволяють визначити спадкову схильність до мультифакторних захворювань, до яких відноситься онкопатологія, а також індивідуальну чутливість пацієнта до фармакологічних препаратів.

Мета дослідження: провести клініко-генеалогічні, молекулярно-генетичні дослідження поліморфних варіантів (*T-397C*, *A-351G*) гена рецептора естрогена 1 (*ESR1*) у периферичній крові або в тканині пухлин у хворих на рак яєчника (РЯ) та/або рак молочної залози (РМЗ) і доброякісну патологію органів жіночої репродуктивної системи (ОЖРС) у осіб з родин з обтяженим на рак анамнезом та у практично здорових жінок з групи контролю, що не мали онкообтяженого анамнезу.

Матеріал і методи. Клініко-генеалогічний аналіз родоводів з використанням розробленої нами анкети (було проведене медико-генетичне консультування 1515 осіб, з яких 760 звернулися до гінеколога з метою профогляду та практично не мали скарг), периферична кров або тканина злроякісних пухлин органів жіночої репродуктивної системи (ОЖРС). Також проведене медико-генетичне консультування 325 хворих на злроякісні пухлини ОЖРС та первинно-множинні пухлини (ПМП), які проходили комплексне або комбіноване лікування на базі КЗ «Черкаський обласний онкологічний диспансер» ЧОР протягом 2013-2014рр.. До молекулярно-генетичного дослідження поліморфізму гена *ESR1* залучено 210 жінок у віці 25-72 роки (90 пацієток із злроякісними пухлинами ОЖРС та ПМП і 65 жінок з виявленою доброякісною патологією ОЖРС, у яких за даними медико-генетичного консультування був виявлений СРС, та 55 практично здорових жінок із групи контролю). У обстежених пацієток були застосовані спеціальні клінічні та лабораторні (цитологічний, гістологічний) методи досліджень. Отримані в

групах спостереження результати порівнювали з використанням статистичних методів (коефіцієнт Пірсона, співвідношення шансів з довірчими інтервалами) за допомогою програми SPSS17 та мультифакторної просторової редукції за допомогою програми MDR 2.0.

Результати дослідження. За результатами клініко-генеалогічного аналізу родоводів у 73 (9,6%) з 760 жінок, що звернулися на консультацію до гінеколога-онколога, був діагностований сімейний раковий синдром (СРС) Лінч II. У 24 (32,8%) з 73 обстежених були виявлені злякисні новоутворення 0-1 стадії, у інших 47 (64,4%) - доброякісна патологія ОЖРС. За результатами медико-генетичного консультування 325 хворих на злякисну патологію ОЖРС СРС спостерігався у 23,1% з 143 хворих на РТМ, у 29,1% з 55 хворих на РЯ, у 40,4% пацієток з 99 хворих на РМЗ та у 53,6% з 28 хворих на синхронні ПМП ОЖРС, що свідчить про значний внесок спадкових факторів у схильність до розвитку вказаних форм раку ОЖРС. Молекулярно-генетичні дослідження на виявлення SNP гена *ESR1* периферичної крові та пухлин 210 жінок слов'янської популяції, підібраних однорідно за віком та місцем проживання та поділених на три групи: 1 група - 90 хворих на рак ОЖРС, у тому числі 44 хворі на ПМП ОЖРС та 46 хворих на РМЗ/РЯ із СРС; 2 група - 65 хворих на доброякісну патологію ОЖРС; 3 група - 55 практично здорових жінок без наявності в родовах спадкових факторів ризику. На підставі результатів молекулярно-генетичного обстеження жінок проведено аналіз, що виявив наступні особливості проявів поліморфізму гена *ESR1*:

Виявлене вірогідне підвищення частоти SNP (397CC) за геном *ESR1* у хворих на доброякісну та злякисну патологію ОЖРС порівняно з частотою цього генотипу у пацієток контрольної групи. Ризик розвитку (OR – Odds Ratio) доброякісної патології зростав у 5,2 рази, злякисної - у 2,5 рази. Для генотипів 397TT та 351AA цього ж гену встановлено протективний ефект (зниження ризику розвитку захворювання).

У хворих на злякисні та доброякісні пухлини ОЖРС встановлена тенденція до підвищення частоти SNP (351GG) за геном *ESR1*. Наявність генотипу 351AG достовірно збільшувала ризик розвитку

захворювань ОЖРС у 2,81 рази. Серед хворих на рак достовірно переважала частота двох генотипів 351GG+351AG. Наявність даного поліморфного варіанту в гомо- або гетерозиготному стані збільшувала ризик розвитку злоякісної патології.

За наявності у пацієток поєднання генотипів 397TT, 351AA ризик розвитку доброякісної та злоякісної патології ОЖРС зростає.

Одержані результати свідчать про наявність однакових поліморфних варіантів гена *ESR1* у периферичній крові та у пухлинах не тільки хворих на рак жінок, але і у пацієток з доброякісною патологією ОЖРС з обтяженим на рак анамнезом, що має суттєве практичне значення для створення груп генетичного ризику та визначення індивідуального прогнозу щодо розвитку злоякісних пухлин у здорових членів родин з агрегацією пухлинної патології.

ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА РАК ЯЄЧНИКІВ В ХМЕЛЬНИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Рудик І.М., Бриндіков Л.М., Закрижевська Т.В., Полунченко О.І.

Обласний онкодиспансер
м. Хмельницький, Україна

Проблема злоякісних новоутворень яєчників є однією із найбільш актуальних і важких розділів клінічної онкогінекології. Смертність від раку яєчників займає перше рангове місце серед злоякісних пухлин жіночих геніталій, перевищуючи цей показник для раку шийки матки і тіла матки разом взятих.

Нами проведено моніторинг показників захворюваності на злоякісні пухлини яєчників в Хмельницькій області за період з 2004 р. по 2014 р. Аналіз показав, що захворюваність на 100 тс. жіночого населення в нашому регіоні така ж, як середньоукраїнська. Пік захворюваності приходить на вікову групу від 45 до 75 років. Середній вік – 60 років. Процент 4 стадій дещо нижчий ніж в Україні, летальність до року, смертність на 100 тис. жіночого населення відповідають середньоукраїнським. 5річна виживаність хворих коливається від 59,4 до 60,8% і суттєво не відрізняється від такої в Україні.

Не дивлячись на більш високі технічні можливості діагностики

(УЗД, КТ, МРТ, лапароскопія, визначення пухлинних маркерів) превалюють запущені форми рака яєчників (III - IV), що пов'язано із зменшенням звертань жінок за медичною допомогою та низьким охопленням їх онкопрофоглядами.

Вище викладене свідчить про необхідність посилення санітарно-просвітницької роботи серед жінок в регіоні і активізації онкопрофоглядів в жіночих консультаціях та поліклініках.

ЗАСТОСУВАННЯ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО АЛГОРИТМУ ПЛАНУВАННЯ ПОЄДНАНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА МІСЦЕВО ПОШИРЕНИЙ РАК ШИЙКИ МАТКИ

Тюєва Н.В.¹, Лук'янчук О.В.¹, Стоян В.Т.², Антонова Л.П.²

Одеський Національний медичний університет

Одеський обласний онкологічний диспансер

м. Одеса, Україна

Питання оптимальних режимів поєднаної променевої терапії (ППТ) місцево поширеного раку шийки матки (МПРШМ) залишаються дискусійними. На сьогоднішній день існують різні підходи до дозно-часового поєднання дистанційної променевої терапії (ДПТ) та брахітерапії (БТ) при цьому захворюванні.

Метою роботи була розробка та впровадження персоналізованого протоколу індивідуального планування ППТ хворих на рак шийки матки (РШМ) з урахуванням конституційних особливостей пацієнток та варіанту розповсюдження пухлини на підставі діючих вітчизняних та міжнародних стандартів.

Матеріалами дослідження слугували Національні стандарти, діючі накази, науково-практичні публікації і рекомендації Національної Загальної Онкологічної мережі (NCCN), Європейської Асоціації Терапевтичних Радіаційних Онкологів (ESTRO), власні клінічні дослідження. Методи дослідження – клініко-інструментальні, лабораторні, системний аналіз, статистичний аналіз.

Нами розроблено алгоритм індивідуального планування разової та сумарної дози ДПТ та БТ, часу початку БТ в ході ППТ у хворих на МПРШМ. Даний алгоритм являє собою сукупність індивідуальних планів, які враховують особливості розповсюдження пухлини на

склепіння та стінки піхви, матку, тазову клітковину у конкретної хворої. Видано затверджені МОЗ України методичні рекомендації, що надають дозвіл на використання даного алгоритму в якості локального протоколу лікування хворих на РШМ.

Використання алгоритму у 270 хворих продемонструвало його зручність, ефективність. Загальна тривалість курсу лікування скорочується на 7-14 днів залежно від стадії, що є клінічно обгрунтованим й економічно вигідним. Триває вивчення клініко-морфологічних, імуногістохімічних показників, що впливають на віддалені результати лікування, показники без рецидивного та загального виживання, аналіз можливості їх імплементації в складання персоналізованих алгоритмів.

ВПЛИВ ПРОЛІФЕРАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ ПУХЛИНИ НА РЕЗУЛЬТАТИ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ МІСЦЕВО ПОШИРЕНОГО РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Тюєва Н.В., Роша Л.Г., Лук'янчук О.В.

Одеський Національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Чутливість пухлини до цитотоксичного впливу залежить від її морфології, об'єму, васкуляризації та ін. Визначення імуногістохімічних маркерів проліферативної активності пухлини й, відповідно, її агресивного потенціалу, сприятиме індивідуалізації методів хіміопроменевої терапії.

Мета дослідження – оцінити проліферативну активність плоскоклітинного раку шийки матки у співставленні з клініко-морфологічними характеристиками пухлини, що впливають на безпосередні результати променевої терапії.

Завдання дослідження - визначити рівень експресії маркерів Ki-67 до початку лікування та в ході проведення поєднаної променевої терапії (ППТ) місцево поширеного раку шийки матки (МПРШМ); співставити отримані дані зі стадією поширення пухлини, ступенем її диференціювання та безпосередніми результатами ППТ МПРШМ.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані обстеження та лікування 55 хворих з раком шийки матки ІІВ-ІІІ стадії, що

отримували поєднану променевоу терапію. Виконувалась біопсія шийки матки до початку лікування та після сумарної дози 20 Гр. Проводили гістологічне та імуногістохімічне дослідження з метою визначення проліферативної активності пухлини (антигена Ki-67). Оцінено результати лікування після завершення радикального курсу променевої терапії. Співставлено результати лікування з вихідним рівнем Ki-67 та його змінами в динаміці.

Результати дослідження. Індекс Ki-67 до початку променевої терапії склав $47,3 \pm 4,2\%$. Рівень проліферації плоскоклітинного раку шийки матки залежить від стадії захворювання: при IIb стадії індекс Ki-67 дорівнює $41,7 \pm 4,8\%$, а за III стадії зростає до $60,3 \pm 5,9\%$ ($p < 0,05$). При низьких значеннях індекса Ki-67 ($44,7 \pm 4,5\%$) спостерігається більш сприятливий результат у вигляді повної регресії пухлини, ніж за високих ($68,7 \pm 4,3\%$) стартових показників ($p < 0,05$).

Отримані дані є підставою для подальших досліджень в напрямку індивідуалізації протоколів спеціального лікування МПРШМ.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЛОКАЛІЗОВАНОГО РАКУ НИРКИ

Церковнюк Р.Г.

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Вступ. В рейтингу онкоурологічної патології рак нирки посідає третє місце. Впродовж останніх років захворюваність на рак нирки в усьому світі постійно зростає. Основним методом лікування нирково-клітинного раку (НКТ) залишається хірургічний. Впровадження в широку медичну практику нових методів діагностики сприяє виявленню цієї патології у ранніх стадіях, що підвищує інтерес до органозберігаючого підходу в лікуванні НКТ.

Мета дослідження. Вивчити результати резекцій нирки з метою підвищення ефективності лікування пацієнтів із локалізованим НКТ.

Матеріали та методи. На базі урологічного відділення Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру в період з 2011 по 2014 рр. було прооперовано 378 пацієнтів з НКТ, з них 72 резекції нирки. Динаміка збільшення кількості органозберігаючих операцій при НКТ була позитивною і склала в 2011 р. - 11%, а в 2014

р. - 38%. Для визначення успіху резекції нирки, ризику виникнення післяопераційних ускладнень застосовували нефрометричні системи оцінювання. Використовували вітчизняну корисну модель визначення об'єму функціуючої нирки. Серед пацієнтів чоловіків було 27 (37,5%), жінок – 45 (62,5%). Середній вік пацієнтів склав 53,4. Ураження правої нирки зареєстроване у 44 випадках (60,5%), лівої нирки – у 28 випадках (39,5%). Середній розмір пухлини склав 41,8 мм (20 – 125 мм). Гістологічно більша частина пацієнтів - 53 (73,7%) мали НКР, 19 (26,3%) пацієнтів прооперовані з приводу ангиоміоліптоми, гемангіоми та аденоми. Стадія T1a діагностована у 34 (64,2%) пацієнтів, стадія T1b у 13 (24,5%), стадія T2a – 6 (11,3%), 2 пацієнти мали віддаленні метастази T1aN0M1. При виконанні резекції нирки застосовувався підреберний доступ. Виконувались полюсні, клиновидні резекції нирок та енуклеорезекції. При виконанні резекції з вскриттям ЧМС виконували стентування нирки та ушивання вікрилом ЧМС нирки. В більшості випадків резекція нирки виконувалась під тепловою ішемією – 92 %, у 8 % випадків виконували резекцію нирки з локальною ішемією. Середній час теплової ішемії склав 7-12 хвилин. Після виконання резекції обмежувались ушиванням судин що кровлять неприривним вікриловим швом, другий ряд швів накладали з використанням м'язевих, жирових або гемостатичних прокладок неприривним вікриловим швом через ниркову капсулу. Середня тривалість операції 110 хвилин (60 – 180 хв.). Середня крововтрата склала 235 мл (100 – 500 мл).

Результати. Післяопераційні ускладнення: кровотеча – 1,6 %, формування сечової нориці – 1,6 %, інфекційні – 8,1 %. Летальних випадків не було. При диспансерному нагляді на протязі трьох років дані за рецидив та метастазування не виявлено.

Висновки. Виявлення РН на ранніх стадіях дозволяє провести нефрозберігаюче хірургічне лікування. Онкологічні результати після резекції нирки з приводу пухлини в T1 стадії такі ж самі, як і після радикальної нефректомії. Нефрометрична оцінка дозволяє об'єктивно прогнозувати ризик виникнення ускладнень резекції нирки. Основною перевагою резекції нирки перед нефректомією є збереження максимального об'єму функціуючої паренхіми, що покращує якість життя пацієнта та збільшує загальне виживання.

ТАРГЕТНА ТЕРАПІЯ МЕТАСТАТИЧНОГО НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ

Церковнюк Р.Г.

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Вступ. У зв'язку з тим що у 10-30% первинних хворих з раком нирки (РН) виявляють віддаленні метастази, а у 50% пацієнтів з локалізованим РН в процесі динамічного спостереження на першому році діагностують прогресування захворювання, проблема лікування метастазів являється на сьогоднішній день вкрай актуальною. Єдиним радикальним методом лікування нирково-клітинного раку (НКР) залишається хірургічний, однак більше 50% хворих потребують додаткових методів лікування. Гормонотерапія та імунотерапія виявились неефективними, тому поява таргетних препаратів дозволила сподіватись на позитивні результати.

Мета дослідження. Оцінка ефективності таргетної терапії (ТТ) та побічних ефектів при метастатичному нирково-клітинному раку (мНКР)

Матеріали та методи. На базі урологічного відділення Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру в період з 2011 по 2014 рр. ТТ при мНКР отримали 21 пацієнт. Середній вік пацієнтів становив 59,7 років. На першому етапі у 7 (33,3%) пацієнтів виконана нефректомія, у 14 (66,7%) пацієнтів діагностований умовно неоперабельний РН. В 96% випадків діагностований світлоклітинний варіант НКР. Застосовувались наступні препарати: сунітініб – 50 мг/доб на протязі 4-х тижнів з 2-х тижневою перервою; сорafenіб – 800 мг/доб (400 мг 2 рази в день); пазопаніб – 800 мг/доб та еверолімус – 400 мг/ на добу. Лікування проводилось до прогресування захворювання чи розвитку важких токсичних реакцій.

Результати. В процесі спостереження було виявлено, що виживаність до прогресії (ВДП) становила в середньому 10,6 міс. Загальна виживаність (ЗВ) пацієнтів на першій лінії ТТ становила 22 міс. Найбільш частими побічними ефектами стали слабкість, нудота, гіпертензія та тромбоцитопенія. Відмічені побічні явища не впливали на лікування, оскільки були куповані зниженням дози ТТ.

Висновки. Таким чином, таргетна терапія, на даний час є ефективним методом лікування при метастатичному нирково-клітинному раку, збільшує ВДП та ЗВ. Застосування таргетної терапії у хворих з мНКТ не призводить до зниження якості життя та рідко ускладнюється розвитком важких побічних явищ (3-4 ступеню важкості).

ПРОФІЛАКТИКА ВИПАДІННЯ КУКСИ ПІХВИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ МАТКИ

*Шамрай В.А., Місюрко О.І., Смірнова О.В.,
Шамрай О.В., Паненко М.В.*

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Одним із ключових факторів, що погіршують функціональні результати хірургічного лікування передракових та онкогінекологічних захворювань є післяопераційний пролапс органів малого тазу – сечового міхура і прямої кишки в піхву і випадіння кукси піхви, що значно погіршує якість життя жінок, яким проведено хірургічне лікування. Актуальність даної проблеми зумовила розробку численних способів профілактики випадіння органів малого тазу в піхву (Адамян Р.Т./Способ фиксации культи влагалища после экстирпации матки //Патент RU 2137435), кожний з яких, поряд з описаними перевагами, не забезпечує надійної профілактики вказаного ускладнення, що стало передумовою для розробки власного способу профілактики випадіння органів малого таза в піхву після екстирпації матки з додатками, на який отримано патент на корисну модель №91594 від 10.07.2014. Суть способу полягає в тому, що мобілізацію матки проводять з верхньою третьою піхви, відсепаровуючи її спереду від сечового міхура. На горизонтально накладених жорстких затискачах № 1 проводять відсічення піхви з наступним ушиванням вікрилом № 1 кукси піхви з центру до боків з підхопленням тазової очеревини дугласового простору та розтягуванням ушитої кукси піхви за накладені вікрилом № 1 шви в сторони. Капроною ниткою № 5 обвивним швом проводиться обшивання центру кукси піхви із зав'язуванням ниток в вузол і в

подальшому однією ниткою того ж шва проводиться прошивання по півколу крижово-маткових зв'язок, а іншою по півколу в протилежну сторону на зустріч першій – міхурово-маткової складки сечового міхура із зав'язуванням обох кінців нитки. Спосіб застосований у 82 жінок, в яких до операції екстирпації матки спостерігалось опущення матки. В післяопераційному періоді спостереження протягом 2 років не виявило пролапсу органів малого тазу та випадіння кукси піхви, в зв'язку з чим, рекомендуємо розроблену методику для більш широкого застосування.

СПОСІБ УШИВАННЯ КУКСИ ПІХВИ ПРИ АБДОМІНАЛЬНІЙ ПАНГІСТЕРЕКТОМІЇ З ОДНОМОМЕНТНОЮ ПЕРИТОНІЗАЦІЄЮ МАЛОГО ТАЗА

*Шамрай В.А., Місюрко О.І., Смірнова О.В.,
Шамрай О.В., Паненко М.В.*

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Абдомінальна пангістеректомія є одним із найбільш поширених оперативних втручань в онкогінекології, при якій відсічення операційного препарата звичайно здійснюється на затискачах накладених на піхву. Застосування методики неперервного обвивного шва на куксу піхви через накладений затискач значно утруднює знімання останнього під час затягування шва, збільшуючи операційну травму та в деяких випадках, при затягуванні шва, супроводжується зміщенням вниз кутів кукси піхви, що може призводити до неспроможності швів та кровотеч в післяопераційному періоді. В зв'язку з чим, нами розроблено спосіб ушивання кукси піхви після екстирпації матки з одномоментною перитонізацією малого таза, який полягає в накладанні вікрилом №1 двох швів- утримувачів, кожен з яких накладається по центру кукси ззаду наперед, з попереднім підхопленням тазової очеревини дугласового простору через обидві стінки піхви під накладеним затискачем, далі голка з ниткою проводиться півколом під затискачем від місця виколу до одного із країв кукси піхви, підхоплюється очеревина бокових відділів малого тазу і наступний вкол проводиться знову ззаду на перед, через

край кукси над обведеною ниткою. При затягуванні цього шва під затискачем виникає зашморг, який міцно утримує стінки відповідної половини піхви. Аналогічно накладається шов з протилежного боку, після чого ушита одним рядом швів кукса розтягується на нитках утримувачах, які залишилися після накладання цих швів. Далі в центрі кукси передня і задня стінка підтягується на затискачах вверх і ушивається неперервним обвивним швом з підхопленням в шов очередини малого таза. За запропонованою методикою подано заявку на винахід № 31153, та отримано повідомлення про завершення формальної експертизи. Запропонована методика застосована в понад 2 тис. абдомінальних пангістеректомій. Неспроможності швів кукси піхви та післяопераційних кровотеч із кукси піхви не спостерігалось. Крім того одномоментна перитонізація малого таза зменшує загальну тривалість оперативного втручання і рекомендується для широкого застосування.

ШЛЯХИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОЗИ ТАКСАНВІСНИХСХЕМ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ ПРИ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

*Шамрай В.А., Муса О.Н., Одарченко Н.Я.,
Місюрко О.І., Жураківська О.В.*

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Рак яєчників є одним із найчастіших онкогінекологічних захворювань, займаючи 5 місце серед причин смертності у жінок від онкозахворювань. Поліхіміотерапія є одним із провідних компонентів комбінованого лікування, який застосовується у всіх стадіях захворювання, ефективно подовжуючи тривалість життя, в тому числі 5-річне виживання та тривалість без рецидивного періоду. В поліхіміотерапії раку яєчників провідне місце посідають платино-вмісні схеми в поєднанні з таксанами. Суттєвим обмежуючим фактором, який, нерідко, не дозволяє проводити лікування таксанами в терапевтичній дозі є гепатотоксичність, одним із найбільш доступних, рекомендованих до широкого застосування маркерів гепатотоксичності є рівень білірубіну в сироватці крові

(Переводчикова Н.И., 2011), яка вважає, що збільшення рівня білірубіну від верхньої межі норми, більш як у 1,5р. (30мкмоль/л), вимагає зменшення терапевтичної дози паклітакселу, що зменшить ефективність лікування.

Матеріали та методи. Нами проведені дослідження у 45 жінок з раком яєчника у III і IV стадіях, які отримали 3 циклу ПХТ, і на 20 добу зафіксовано збільшення рівня білірубіну від 20 до 30 мкмоль/л. Перед початком наступного циклу ПХТ, всіх пацієнок розподілили на 3 групи у залежності від запропонованих гепатопротекторів. В першій групі 15 пацієнок отримували бетаргін – 1 флакон 2 рази на день, в другій групі 15 пацієнок отримували форслів – по 1 таб. 2 рази на день, у третій – 15 пацієнок отримували гептрал – 400 мг 2р/добу. Достовірної різниці між показниками рівня білірубіну до початку застосування гепатопротекторів не було ($p > 0,05$). Гепатопротектори застосовувались паралельно із ПХТ за схемою: паклітаксел 175 мг/м.кв, дисплатін 75 мг/м.кв.

Результати. Через 20 днів після 4 курсу ПХТ з гепатопротекторами контролювали рівень білірубіну, який в I гр. складав в середньому $32,5 \pm 3,4$ мкмоль/л, в II гр. – $26,3 \pm 2,1$ і в III гр. – $18,2 \pm 3,1$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Виходячи з показників білірубіну, пацієнтам першої групи довелось проводити корекцію дози паклітакселу, згідно з стандартами, на 25%. Пацієнти другої групи, у яких рівень білірубіну перевищив 28 мкмоль/л, також потребували корекції дози, і виключались з дослідження. Решті хворих проводилась ПХТ у терапевтичній дозі із заміною гепатопротектору на гептрал. Усі пацієнти третьої групи змогли продовжити лікування у терапевтичній дозі.

Висновки. Отже, застосування Гептралу з таксанвмісними схемами ПХТ раку яєчника дозволяє застосовувати терапевтичні дози таксанів протягом всього лікування та досягнути очікуваного результату лікування.

**РОЛЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ СОЛЕВЫХ РАСТВОРОВ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛУЧЕВОГО ОТЕКА У
ОНКОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Абызов Р.А., Абызов В.Р.

Национальная медицинская академия последипломного
образования имени П.Л. Шупика
г. Киев, Украина

Значение и эффективность лучевой терапии (самостоятельной и комбинированной) у больных со злокачественными новообразованиями верхних дыхательных путей неоспоримо, поскольку свыше 70% ЛОР-онкологических больных подвержены лучевому влиянию. К сожалению, значительный лечебный эффект терапии приводит к развитию побочного эффекта - лучевые реакции со стороны тканей, окружающих опухолевой очаг. К ранним лучевым поражениям относят патологические процессы, возникающие во время или в ближайший период после лучевой терапии. Среди местных реакций в зоне верхних дыхательных путей (носа, глотки) отмечается лучевой отек слизистой оболочки носовой полости как изолированно, так и в сопровождении радиоэпителиита (более 90% всех местных лучевых поражений). Лучевой отек предопределяет затрудненное носовое дыхание, ощущение сухости в горле и в носу, маскирует опухолевой очаг, может привести к развитию эрозивного кровотечения, фиброза, язвы слизистой оболочки носа, хондроперихондрита гортани.

Своевременная диагностика и адекватное лечение облегчают самочувствие больного, позволяют эндоскопическим путем наблюдать за опухолевым очагом, предотвращают развитие тяжелых лучевых поражений.

Для изучения хода лучевой реакции слизистой оболочки носа и оценки предложенного нами лечения (комбинация флавоноида кверцетина и назальной ирригации гипертоническим раствором океанической воды - спреем «Квикс») в ЛОР-отделении КУ КОС «Киевская областная клиническая больница», основной базе кафедры оториноларингологии НМАПО имени П.Л. Шупика, находились под наблюдением 42 больных со злокачественными опухолями полости

носа, околоносовых пазух, носо – и ротоглотки в стадиях T₂, T₃, T₄, N₀₋₁, M₀, в возрасте 40-78 лет, получавших лучевую терапию, как самостоятельный метод, так и в комбинации с хирургическим, химиотерапевтическим лечением. Эти больные составляли основную группу, к которой применяли предложенное нами лечение. Изолированный лучевой отек наблюдался только у шести больных, у других пациентов он сочетался с острым радиопителитом.

Контрольная группа составляла 26 пациентов соответствующего возраста, локализации и стадий злокачественного процесса, которые получали традиционные методы лечения (жировые аппликации, этоний, террилитин).

Во время лучевого лечения всем больным проводили эндоскопическое исследование, проводился морфологический анализ биопсийного материала с определением гистологического диагноза. Морфологическая структура опухолей у больных основной и контрольной групп состояла, в большинстве случаев, из плоскоклеточного ороговевшего и неороговевшего рака. Только в двух случаях в каждой группе наблюдали низкодифференцированные раки. Контроль состояния опухолевого очага при возникновении лучевых реакций проводили с помощью ультразвуковых томографов Sonolayer SAL-35A (Тоchiba) в режиме реального времени.

Для оценки терапевтического эффекта примененной терапии брали мазки–отпечатки со слизистой оболочки полости носа. Статистическая обработка клинических критериев проводилась методами вариационной статистики с определением параметрического критерия Стьюдента.

Главными клиническими проявлениями местной лучевой реакции в обеих группах пациентов были: затрудненное носовое дыхание, сухость в носу, ощущение постороннего тела, нечастое чиханье, головная боль. Эндоскопический осмотр полости носа определял гиперемию слизистой полости носа, отек носовых раковин, которые появлялись через 9-12 дней от начала терапии (в количестве углубленных доз диапазона 18-25 Гр). В мазках–отпечатках встречались комплексы десквамированных эпителиальных клеток, в цитоплазме которых обнаруживались бактерии, лейкоциты. Применялась ультразвуковая диагностика (эхогроафия), поскольку

отек слизистой оболочки значительно затруднял идентификацию опухолевого очага и определение параметров новообразований.

В процессе терапии лучевых поражений больные отмечали улучшение общего состояния, было достигнуто устранение болевого синдрома и восстановление нормального носового дыхания. В мазках-отпечатках слизистой оболочки полости носа наблюдалось уменьшение количества клеток плоского эпителия и увеличение числа сегментно-ядерных лейкоцитов.

У больных контрольной группы, получавших традиционную терапию, исчезновение признаков лучевой реакции происходило через $28,02 \pm 2,32$ суток, в то время как у пациентов основной группы, получавших лечение комбинацией кверцетина и инсталляциями спрея назального «Квикс», этот срок составлял $11,56 \pm 0,91$ суток. Также количество больных, которым было прекращено лучевое лечение, а также среднее количество дней перерыва лечения у лиц основной группы оказалось значительно меньше по сравнению с показателями контрольной группы (2 против 8 пациентов; 4,5 против 12,6 дней).

Таким образом, лечебный эффект проведенной терапии был наиболее выражен у больных основной группы, которые при терапии острого лучевого отека, сопровождавшегося катаральным радиэпителиитом верхних дыхательных путей, получали патогенетическую терапию в виде комбинации флавоноида кверцетина и гипертонического назального спрея «Квикс».

**АКТУАЛЬНІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ КЛІНІКО-МОРФО-
ІМУНОЛОГІЧНОГО СТАНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ
ПОРОЖНИНИ НОСА У ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ ПІСЛЯ
ТОТАЛЬНОЇ ЛАРИНГЕКТОМІЇ**

Р.А. Абизов, Ю.Д. Павлишин, С.С. Самойленко

Кафедра отоларингології

Національної медичної академії післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика

м. Київ, Україна

За даними канцер реєстру України від 2011 року захворюваність

на рак гортані складає близько 3.1-3.5%, серед усієї онкопатології і входить у десятку найбільш розповсюджених локалізацій.

До тепер найбільш ефективним методом лікування раку гортані, особливо на пізніх стадіях, є оперативне лікування, а саме – тотальна ларингектомія, що в свою чергу призводить до повного роз'єднання верхніх дихальних шляхів і як наслідок – порожнина носа залишається повністю ізольованою від усієї системи органів дихання.

Нами було проведено обстеження хворих на різних проміжках часу, після виконання ларингектомії.

Для дослідження було відібрано 35 чоловіків, віком від 41 до 69 років, із терміном після оперативного лікування від 1 до 12 місяців.

Для визначення функціонального стану слизової оболонки порожнини носа та нюхового аналізатору використовувалася сахарінова проба та проведення кількісних досліджень активності нюхового аналізатору за допомогою модифікованого ольфактометра Ельсберга-Леві (С.А. Elsberg, I. Levy (1953), В.І. Бабіак, 2009 р.)

Цитологічне дослідження проводилося з використанням мазків-відбитків із слизової оболонки порожнини носа досліджуваних, що були виготовлені згідно методу запропонованого А.О. Белоусовою, І.С. Зарицькою (2010р.).

В мазках-відбитках хворих, що перенесли операцію у межах 1-го – 2-х місяців, основним клітинним компонентом був десквамований лускатий епітелій, миготливі клітини не зустрічалися або були поодинокі.

В мазках-відбитках хворих післяопераційний період яких складав 7-14 місяців, поряд із десквамованим лускатим епітелієм, більшу частину клітинних компонентів становлять миготливий епітелій з чітко вираженими ядрами та цитоплазмою. В окремих мазках-відбитках зустрічаються двоядерні клітини, що може бути ознакою проліферативної активності у даному випадку.

Імунологічне дослідження проводилося на зразках ротоглоткового секрету, що забирався у досліджуваних зранку, до туалету порожнини рота, натще.

Для дослідження імунологічного стану слизової оболонки, окрім основної групи дослідження було залучено 5 умовно здорових

людей, що складають групу контролю у дослідженні. Після забору зразків слини, вона піддавалася центрифугуванню на швидкості 1500 гпротягом 20 хв.

Далі, згідно з методичними рекомендаціями ДУ «Інституту отоларингології імені проф. О.С. Коломійченка НАМН України», у надосадовій рідині, що утворилася після центрифугування за допомогою методу ІФА для визначення SIgA, були визначені рівні SIgA.

В результаті було виявлено, що у хворих після оперативного втручання з приводу видалення гортані, порівняно з контрольною групою клінічно здорових людей, рівні секреторно імуноглобуліну А значно підвищені, що вказує на активацію компенсаторної місцевої реакції імунної системи.

Результати, що були отримані під час проведення вище перерахованих досліджень свідчать про наявність функціональних, морфологічних і місцевих імунологічних порушень у порожнині носа хворих після видалення гортані, що в свою чергу потребує більш глибокого та змістовного дослідження цієї теми, з метою ранньої профілактики та усунення цих змін у хворих після виконаної ларингектомії.

ЕТАПИ ВІДНОВЛЕННЯ ЯКОСТІ ГОЛОСУ У ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ І-ІІ СТ. ПРИ ХОРДЕКТOMІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕЛЕКТРОТЕРМОАДГЕЗІЇ

Абизов Р.А., Онищенко Ю.І.

Кафедра отоларингології

Національної медичної академії післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика

м. Київ, Україна

Хірургічні втручання є основним етапом в комбінованому та комплексному лікуванні раку гортані. Сучасні підходи передбачають застосування органозберігаючих операцій, основний недолік яких обов'язкове видалення не тільки уражених, але й неуразених тканин гортані, розвиток запальних, набрякових змін тканин, видалення частини гортані, що відповідає за формування основного тону, що

впливає на її функції, зокрема голосоутворення. Голосоутворення після хордектомії здійснюється вібрацією голосової складки здорового боку з вестибулярною складкою на прооперованій частині гортані, після двобічної, вібрацією в горизонтальній площині та змикання обох вестибулярних складок.

При використанні електротермоадгезії на місці видаленої голосової складки формується ніжна рубцева тканина, яка бере на себе функцію природної голосової складки. В ранньому післяопераційному періоді(9-10 доба) починались корекційно- реабілітаційні заходи.

Дослідження проведені на базі кафедри отоларингології київської обласної лікарні за період з 2008 по 2014 роки. В дослідженні приймали участь хворі на рак гортані середньої локалізації, в основній групі, яка складала 39 хворих, операція проводилась з використанням електротермоадгезії, в контрольній, з 49 чоловік, за традиційною методикою, рухливість голосової складки оцінювалась при огляді, відеоларингоскопії, стробоскопії, УЗД, фоніатричне дослідження.

Дослідження стану сформованості характеристик голосу, що формувалися під час корекційно- реабілітаційних заходів дало змогу виділити чотири рівні сформованості володіння голосовими навичками (високий, достатній, середній, низький) у хворих після часткової резекції типу однобічна, двобічна хордектомія. Простежувалась тенденція щодо збільшення кількості хворих, які мали високий(28,2% в основній та 7,5% контрольна), достатній рівень розвитку голосу (відповідно 38,5%та 13,4%) і, навпаки, суттєво зменшилась кількість хворих з середнім(20,5% основна, та 40,3% контрольна) і низьким рівнями (відповідно 12,8% та 38,8%).

Формування нової голосової складки з використанням електрозварювальних технологій та ранній початок фонопедичних вправ, дозволяє отримати більш високу якість голосоутворення, за її суб'єктивними та об'єктивними характеристиками.

РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МІСЦЕВО ЗАНЕДБАНИЙ РАК ГЛОТКИ, ГОРТАНОГЛОТКИ ТА ГОРТАНІ

Бондаренко С.Г.¹, Галай О.О.¹, Білинський Б.Т.², Дуда О.Р.¹, Цьолко Т.Р.¹, Шмідт М.Р.¹, Друзюк О.В.¹, Сендега І.М.¹, Лудчак В.Ю.¹,

Слінецький Р.Р.²

¹Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр

²Львівський Національний медичний університет
імені Данила Галицького
м. Львів, Україна

Вступ. Рак гортаноглотки та глотки зустрічається доволі рідко, в основному у пацієнтів чоловічої статі віком 50-60 років. Враховуючи, що дана патологія маніфестує у пізніх стадіях рання діагностика даних процесів утруднена і відсоток I-II стадії доволі низький. Першим етапом в лікуванні раку гортаноглотки та глотки є хірургічне втручання – переважно фаринголарингектомія. Після проведення фаринголарингектомії у пацієнтів знижується якість життя через втрату можливості природнього прийому їжі, а харчування здійснюється через езофагостому за допомогою шлункового зонда.

Існує ряд хірургічних методів реконструкції глотки, що може забезпечити відновлення природнього харчування хворих. Вони поділяються на три групи: місцевими тканинами, реконструкція шкірою, вісцеральні методи.

Матеріали і методи. У відділенні пухлин голови та шиї ЛДОРЛДЦ з 2005-по 2015 рік було проведено 14 оперативних втручань з використанням реконструкції глотки місцевими тканинами та шкірою, а також слизовою гортані. Двом пацієнтам із даної групи було проведено голосове протезування із задовільним відновленням функції мовлення. Тільки одному пацієнту не вдалось відновити природнє харчування, який помер від цирозу печінки.

Висновки. Реконструктивна хірургія при хірургічному лікуванні раку глотки, гортаноглотки та гортані значно покращує якість життя хворих, дає можливість повернутись до соціально нормального способу життя. Але найбільшу перспективу при даній патології мають вісцеральні методи реконструкції після фаринголарингектомії. Перевага вісцеральних методів полягає у відсутності поетапного хірургічного втручання, меншій кількості післяопераційних ускладнень, можливості проведення специфічного консервативного лікування через 3-4 тижні. Одночасно для використання вісцеральних

методів реконструкції глотки необхідна відповідна технічна підготовка та наявність двох відповідних бригад хірургів.

**РАК СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА І РОТОГЛОТКИ
З III-IV СТАДІЄЮ.
ЩО КРАЩЕ: ОПРОМІНЮВАТИ, А ПОТІМ ОПЕРУВАТИ,
ЧИ НАВПАКИ?**

*Галай О.О.¹, Білинський Б.Т.², Бондаренко С.Г.¹,
Друзюк О.В.¹, Дуда О.Р.¹,
Лудчак В.Ю.¹, Сендега І.М.¹, Слінецький Р.Р.²,
Цьолко Т.Р.¹, Шмідт М.Р.¹*

Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-
діагностичний центр
Львівський Національний медичний університет
імені Данила Галицького
м. Львів, Україна

Сучасний підхід до лікування хворих з місцево-розповсюдженим раком слизової порожнини рота і ротоглотки обов'язково передбачає застосування комбінованих медичних технологій. Один з алгоритмів лікувальних заходів, включає передопераційну променеву терапію, а потім хірургічне втручання. При відповідних інших тактичних підходах гамматерапію проводять в післяопераційному періоді. Перевага того чи іншого підходу дискусійна, особливо важко вибирати відповідну тактику при наявності лімфогенного метастазування.

Матеріал і методи. Проведено порівняльну оцінку ранових ускладнень, рецидивів і одно- та трирічної виживаності в залежності від послідовності проведення хірургічного і променевого методів лікування, а також стадії процесу у 184 хворих на рак слизової порожнини рота і ротоглотки з III-IV стадією. Виділено дві групи: I - 79 пацієнтів, першим етапом лікування у яких було хірургічне втручання, а потім ад'ювантна променева терапія; II - 105 хворих, яким спочатку проводилося передопераційне опромінення, а потім радикальна операція. В усіх хворих морфологічно верифіковано плоскоклітинний рак. Передопераційна променева терапія була

проведена методом дрібного фракціонування з разовою вогнищевою дозою в 2 Гр, 10 Гр за тиждень, з сумарною вогнищевою дозою 40-50 Гр за 4-5 тижнів. Післяопераційну променеви терапію розпочинали через 2-3 тиж. після операції в тих самих дозах і режимі, як і неоад'ювантну.

Результати. Аналізуючи частоту ранових ускладнень в І і ІІ групах встановлено, що зміна послідовності основних етапів комбінованого лікування хворих, коли променева терапія переноситься на післяопераційний період, сприяє зменшенню їх частоти на 18,5% ($p=0,01$). Поряд з тим, не встановлено статистично достовірної різниці частоти виникнення рецидивів, одно- та трирічної виживаності хворих у порівнюваних групах незалежно від стадії процесу та типу хірургічного втручання ($p>0,05$).

Висновок. Дані обставини дозволяють розглядати обидві тактики лікування хворих з місцево-розповсюдженим ракомслизової порожнини рота і ротоглотки як два варіанти рівноцінного вибору з деякою перевагою проведення променевої терапії після хірургічного втручання.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ГУБИ ТА РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

*В.М. Ковальчук, Б.М. Гуля, Т.О. Волков, Х.І. Крічфалушій,
І.В. Міщеряков, А.В. Степаненко, О.О. Аврамець*
Житомирський обласний онкологічний диспансер
м. Житомир, Україна

Вступ. Після Чорнобильської катастрофи спостерігається ріст захворюваності на рак губи та ротової порожнини. Актуальною є проблема лікування злоякісних пухлини губи та ротової порожнини у зв'язку з анатомічною особливістю, швидким розповсюдженням захворювання, інвалідацією, смертністю хворих в молодому віці. Методом вибору при лікуванні злоякісних новоутворень цієї локалізації є регіонарна поліхіміотерапія.

Матеріали та методи. В Житомирському обласному онкологічному диспансері з 2000 року проведено лікування 240 хворим із злоякісними новоутвореннями губи та порожнини рота. Проводилась регіонарна поліхіміотерапія в різних комбінаціях і

дозах хіміопрепаратів (метотрексат, блеоміцин, 5-ФУ, цисплатин) із застосуванням одночасно променевої терапії (СОД 40-60 Гр.) з наступним оперативним лікуванням.

Результати та обговорення. Всього проведено 240 операцій з катетеризацією артеріальних судин для проведення регіонарної хіміотерапії. Особливість оперативних втручань при пухлинах мигдалика – перев'язка зовнішньої сонної артерії на боці ураження, вище відгалудження верхньо-щитовидної артерії з катетеризацією зовнішньої артерії через скороневу. При повному ураженні пухлиною верхньої і нижньої губи проводили двобічну катетеризацію лицевих артерій. При ураженні пухлиною дна порожнини роту і кореня язика проводили двобічну катетеризацію язичних артерій. Через 3 тижні проводили комбіноване лікування з застосуванням регіонарної поліхіміотерапії в поєднання з телегаматерапією. Повторні курси регіонарної ПХТ проводили до повного розсмоктування пухлини. У частини хворих з неоперабельними пухлинами проведення комбінованого лікування дозволяло виконати хірургічне втручання. В деяких випадках доза хіміопрепаратів підбиралась індивідуально для кожного хворого. При наявності залишків новоутворення проводилось оперативне лікування.

Висновки. Внутрішньоартеріальна регіонарна ПХТ не викликає виражених загально-токсичних ускладнень. Локальні зміни, які виникають під час лікування, зворотні. Після проведення комплексного лікування вдалося досягти попередження рецидиву захворювання та метастазування, покращення якості життя хворих, при проведенні оперативного лікування усувались косметичні дефекти.

СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ РАКУ ГУБИ В ВОКОД ЗА 5 РОКІВ

Коновалюк О.О., Глушанець В.А., Крулько С.І., Блеснюк Ж.В.

Вінницький обласний онкологічний диспансер

м. Вінниця, Україна

Проведений статистичний аналіз захворюваності та лікування раку губи за 5 років для підведення підсумку проведеної лікувально-

профілактичної роботи. В 2009р. в ВОКОД зареєстровано 44 випадки раку губи; в 2010р. - 47 випадків; в 2011р. - 47 випадків; в 2012р. - 31 випадків; в 2013р. - 41 випадок раку губи. Захворюваність чоловіків абс. складає в 2009р. - 31; в 2010р. - 32; в 2011р. - 34; в 2012р. - 24; в 2013р. - 27 випадків. Захворюваність жінок абс. в 2009р. - 13; в 2010р. - 15; в 2011р. - 13; в 2012р. - 7; в 2013р. - 14 випадків. Верхня губа вражається в 5% порівняно з нижньою губою - 95% випадків. Виявлення хворих на рак нижньої губи I ст. в 2009р. складає 30 випадків; в 2010р. - 31; в 2011р. - 24; в 2012р. - 22; в 2013р. - 23 випадки. II ст. в 2009р. - 9 випадків; в 2010р. - 13; в 2011р. - 16; в 2012р. - 6; в 2013р. - 9 випадків. III ст в 2009р. виявлений 1 випадок, в 2013р. - 1 випадок.

Основним методом радикального лікування раку губи є комбіноване лікування яке включає хірургічне лікування та променеву терапію. Хірургічне лікування включає кріодеструкцію пухлини. В 2009р. лікуванням охоплено 80.0% хворих; в 2010р. - 88.6%; в 2011р. - 87.5%; в 2012р. - 89.3%; в 2013р. - 84.8% хворих. Тільки хірургічне лікування в 2009р. отримали 78.1%; в 2010р. - 82.0%; в 2011р. - 68.6%; в 2012р. - 76.0%; в 2013р. - 67.9% хворих. Комбіноване лікування в 2009р. отримали 21.9% хворих, в 2010р. - 17.9%; в 2011р. - 31.4%; в 2012р. - 24.0%; в 2013р. - 32.1% хворих.

Метастазування раку губи відбувається переважно лімфогенним шляхом і складає в 2009р. - 2.3%; в 2010р. - 8.5%; в 2011р. - 10.6%; в 2012р. - 9.7%; в 2013р. - 7.3%.

У 2008 році зареєстровано 47 випадків раку губи. 5 - ти річна виживаність хворих на рак губи складає 59.6%. Прожило 1 рік з дня встановлення діагнозу 42 хворих (89.4%); 2 роки - 33 хворих (70.4%); 3 роки - 32 хворих (68.1%); 4 роки - 30 хворих (63.%); 5 років - 28 хворих (59.6%).

Смертність від раку губи склала за 2013р. - 0.2 випадка на 100 тис. нас. По Україні цей показник складає - 0.4 випадка на 100 тис.нас.

Підсумовуючи даний аналіз можна відзначити: методом вибору при лікуванні хворих з I ст. раку губи є кріодеструкція пухлини. Починаючи з II ст. проводиться комбіноване лікування з перед або післяопераційним курсом променевої терапії. За останні роки зріс відсоток метастазування.

**ВИБІР МЕТОДИКИ ПЛАСТИКИ У ХВОРИХ НА РАК
СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РЕТРОМОЛЯРНОГО ТРИКУТНИКА**

О.В. Кравець¹, В.С. Процик², О.В.Хлинін¹, А.В.Ситник¹

¹Комунальний заклад «Черкаський обласний онкологічний диспансер» Черкаської обласної ради, м. Черкаси, Україна

²Національний Інститут раку, м. Київ, Україна

Хірургічне лікування хворих на рак слизової оболонки ретромолярного трикутника у II–IV стадії вимагає пластичного заміщення дефекту, оскільки загоєння вторинним натягом у цій зоні навіть при невеликих дефектах призводить до грубого рубцювання та розвитку контрактури нижньої щелепи. Залежно від розмірів дефекту ретромолярного трикутника застосовують різні реконструктивні методики.

Метою даного дослідження було вивчення можливостей використання палатинального слизово-окісного клаптя та клаптя поверхневої скронево-тім'яної фасції при пластичному заміщенні середніх та великих дефектів ретромолярного трикутника.

Проведено ретроспективний аналіз реконструктивно-відновного лікування 16 пацієнтів на рак слизової оболонки ретромолярного трикутника II–IV стадій, з яких чоловіків — 15 (93,6%), жінок — 1 (6,4%). Вік хворих коливався від 46 до 72 років. Пластичне заміщення дефектів ретромолярного трикутника проводили з урахуванням їх розмірів та локалізації. Палатинальний слизово-окісний клапоть використали для усунення невеликих та середніх дефектів до 20 см² у 5 хворих. Клапоть поверхневої скронево-тім'яної фасції був застосований при великих більших 20 см² дефектах у 11 хворих. Вивчали післяопераційні ускладнення, функціональні результати, а також порушення у донорській зоні.

Нами не відмічено некрозів, розходження швів післяопераційної рани, інфекційних ускладнень у жодного хворого при пластичному заміщенні дефекту палатинальним слизово-окісним клаптем. Повна епітелізація донорської зони завершилася через 4 тижні. Порушень у місці забору клаптя не було. У випадку пластики клаптем поверхневої скронево-тім'яної фасції повного його некрозу не спостерігали. Частковий некроз відмічено у 1 пацієнта. Розходження

швів післяопераційної рани, пошкодження гілок лицевого нерва та інфекційних ускладнень не відзначали. У 2 пацієнтів у донорській зоні мала місце вогнищева алопеція, що пов'язана із травмуванням волосяних фолікулів під час препарування шкірних клаптів. Харчування через рот відновлено у всіх 16 пацієнтів на 10–14-ту добу. Відкривання рота у повному обсязі досягнуто у всіх хворих.

Застосування палатинального слизово-окісного клаптя та клаптя поверхневої скронево-тім'яної фасції дозволяє вирішити проблему пластичного заміщення більшості післяопераційних дефектів ретромоларного трикутника. Відзначено високі показники приживлення клаптів, функціональної реабілітації та мінімальні порушення у донорських зонах.

**ЗАМІЩЕННЯ ПОЛОВИННИХ ДЕФЕКТІВ ЯЗИКА
СУБМЕНТАЛЬНИМ КЛАПТЕМ У ПОРІВНЯННІ З
ПРОМЕНЕВИМ ПЕРЕДПЛІЧЧЯ**

О.В. Кравець¹, В.С. Процик², О.В. Хлинін¹, А.В. Ситник¹

¹Комунальний заклад «Черкаський обласний онкологічний
диспансер Черкаської обласної ради»

м. Черкаси, Україна

²Національний інститут раку

м. Київ, Україна

Резекція більше ніж 30 % об'єму язика потребує його реконструкції. Більшість хірургів для пластичного заміщення половинних дефектів язика використовують променевий клапоть передпліччя. Роль субментального клаптя не визначена.

У дослідження включені 25 пацієнтів на рак оральної частини язика. У 14 хворих пластичне усунення половинних дефектів язика проведено субментальним клаптем, у 10 - променевим. За віком, статтю, класифікацією TNM обидві групи були зіставні.

Порівнювали тривалість хірургічного втручання, перебування хворого у стаціонарі, післяопераційні ускладнення, відновлення функції мовлення та ковтання, порушення у донорській зоні. Тривалість операції з використанням субментального клаптя в середньому становила 5 годин 40 хвилин проти 8 годин при

застосуванні променевого аутотрансплантата. Термін стаціонарного лікування склав в середньому 15 днів у обох групах пацієнтів. За частотою післяопераційних ускладнень, ступенем відновлення функцій мовлення та ковтання обидві групи були зіставні. Порушень у донорській зоні при заборі субментального клаптя не було. Утворення гіпертрофічних рубців, оніміння тканин передпліччя та тильної поверхні долоні відзначено у більшості хворих після взяття променевого клаптя передпліччя.

Використання субментального клаптя є методом вибору при заміщенні половинних дефектів язика, оскільки забезпечує зіставні з променевим аутотрансплантатом показники функціональної реабілітації, зменшує тривалість хірургічного втручання та мінімізує порушення в донорській зоні.

ДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАННОСТІ, ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ВІННИЦЬКОМУ РЕГІОНІ

Магдебуря С.О., Ткач А.А., Магдебуря Л.П., Хмеляр А.В.

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ. Одним з найбільш поширених із злоякісних пухлин людини з відносно сприятливим прогнозом вважається рак щитоподібної залози (РЩЗ). Незважаючи на ефективне лікування РЩЗ, залишається актуальною проблема ранньої діагностики цієї паталогії.

Для прогнозування захворюваності на РЩЗ ми дослідили і узагальнили дані про стан діагностики та лікування хворих з цією паталогією, зареєстрованих у Вінницькому обласному клінічному онкологічному диспансері протягом 2010-2014 років.

Об'єкт та методи досліджень. Всього протягом 2010-2014 років у Вінницькій області було виявлено 719 випадків захворювання на рак щитоподібної залози. Вивчено показники щорічної захворюваності та статевий розподіл пацієнтів. Проаналізовано розподіл морфологічних варіантів РЩЗ. Розглянуто щорічний розподіл РЩЗ за стадіями. В результаті вивчення архівних даних встановлено, що більшість хворих на РЩЗ отримали спеціальне лікування. Також визначені

показники смертності до року пацієнтів з РЩЗ.

Результати та обговорення. Необхідно відмітити, що показники захворюваності на РЩЗ у Вінницькій області за останні поступово збільшуються. Так у 2010 році було зареєстровано 7.1 на 100 тисяч населення хворих, а в 2014 вже 14.4 на 100 тисяч населення. Морфологічна верифікація цієї патології знаходиться на високому рівні і становить 95%. Слід зазначити значне переважання папілярного раку над фолікулярним (1:3). В початковій стадії (I стадія) РЩЗ виявлено у більш ніж 60% хворих. III та IV стадії діагностують у 5% пацієнтів. Звертає на себе увагу, що майже 100% проліковано за радикальною програмою.

Висновки. Захворюваність на рак щитоподібної залози у Вінницькій області за останні 5 років збільшилось вдвічі. За період з 2010 по 2014 роки покращились показники діагностики раку щитоподібної залози. За цей час майже у 95% хворих діагностовано I та II стадії злоякісного процесу. Незважаючи на зростання кількості хворих на РЩЗ, спеціальне лікування отримують 80% пацієнтів.

СТРАТЕГІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕГІОНАРНИХ МЕТАСТАЗІВ У ХВОРИХ НА РАК ПОРОЖНИНИ РОТА ТА РОТОГЛОТКИ

Процик В.С., Трембач О.М., Коробко Є.В., Чичула Р.Є., Мосін О.А.

Національний інститут рака
м. Київ, Україна

Лікування хворих на рак порожнини рота (ПР) та ротоглотки (РГ) є важким, складним та неоднозначним процесом. Результати лікування цих пухлин крайне незадовільні, так як в перший рік після встановлення діагнозу помирає більш ніж 40 % хворих. Одним із найважливіших факторів, який суттєво впливає на прогноз захворювання є метастатичне ураження шийних (регіонарних) лімфатичних вузлів (ЛВ). Наявність регіонарних метастазів достовірно знижує майже вдвічі п'ятирічну виживаність. Разом з тим майже половина хворих на рак ПР та РГ мають клінічне або субклінічне ураження ЛВ шиї на час встановлення діагнозу.

Тому вибір найбільш оптимального обсягу шийної лімфодисекції

(ШЛД) є важливим питанням для отримання позитивних результатів лікування хворих на рак ПР та РГ.

Мета дослідження. Індивідуалізувати обсяг ШЛД у хворих на рак ПР та РГ.

Матеріал та методи. В дослідження включено 132 хворих. З них на рак ПР – 97 та рак РГ – 35 у віці від 31 до 80 років ($T_{2-4}N_0M_0$ – 26, $T_{1-3}N_1M_0$ – 64, $T_{1-4}N_2M_0$ – 39, $T_4N_3M_0$ – 3). Осіб чоловічої статі – 99 (75,0 %), жіночої – 33 (25,0 %). У 64 (48,5 %) хворих на першому етапі лікування безпосередньо перед променевою терапією (ПТ) проведена індукційна поліхіміотерапія та ПТ, тільки ПТ – у 35 (26,5 %) на первинну пухлину та зони регіонарних метастазів I – III рівнів ЛВ шії. У 33 (25,0 %) хворих на першому етапі лікування виконувалось хірургічне втручання на первинній пухлині та регіонарних лімфатичних вузлах (РЛВ). Виявлення сторожових ЛВ у 24 хворих на рак ПР проводили шляхом використання барвника 1 % водного розчину метиленового синього.

Результати та обговорення. Більш чітко визначити обсяг операції, диференційовано підійти до вибору та проведення різних варіантів ШЛД дозволив їх розподіл на радикальну, модифіковану радикальну та селективну, а також виділення 6 основних рівнів шийних лімфатичних вузлів. Новим в концепції хірургічного лікування регіонарних метастазів у хворих на рак РП є інтраопераційна діагностика сторожового ЛВ, який визначають, як перший фільтр, через який проходить лімфовідтік від первинного вогнища.

Питання виконання ШЛД та її обсягу вирішувались індивідуалізовано з врахуванням стану РЛВ до початку лікування та через 3-4 тижні після проведеної передопераційної терапії, локалізації, ступеню регресії первинної пухлини та можливості проведення радикального хірургічного втручання на первинній пухлині.

Із 132 хворих на рак ПР та РГ селективна ШЛД виконана у 69 (52,3 %) хворих, модифікована радикальна ШЛД у 51 (38,6 %), радикальна ШЛД у 8 (6,1 %) та розширена радикальна ШЛД у 4 (3,0 %).

Із 24 хворих на рак порожнини рота з відсутністю регіонарних метастазів (РМ) (N0), у яких проведено одночасне хірургічне видалення первинної пухлини та ШЛД, приховані метастази виявлені у 20,8 %. У 83,9 % хворих на рак ПР та РГ з N +, які отримували

передопераційну ПТ на первинну пухлину та РЛВ I – III рівнів виявлені метастази в РЛВ та у 16,1 % - виражений лікувальний патоморфоз без виявлення пухлинних клітин. Вставлено, що опромінення зони регіонарного метастазування рака ПР та РГ сприяє більш пізній реалізації метастазів.

При ідентифікації сторожового ЛВ виконувались селективні ШЛД, обсяг яких визначався їх локалізацією у відповідних рівнях. У всіх випадках видалялись ЛВ наступного рівня за рівнем ідентифікованого сторожового ЛВ. При локалізації сторожового ЛВ в IV рівні та при негативних результатах ідентифікації сторожового ЛВ виконувалась модифікована радикальна ШЛД.

За період спостереження регіонарний рецидив був виявлений у 2 (1,5 %) хворих після радикальної ШЛД, у яких спостерігалось екстракапсулярне розповсюдження метастатичної пухлини.

Висновки. При лікуванні регіонарних метастазів необхідні індивідуалізовані підходи до вибору обсягу ШЛД в залежності від N стадії плоскоклітинного раку ПР та РГ. При ідентифікації сторожового ЛВ можливі менш травматичні функціональнозберігаючі селективні ШЛД, обсяг яких визначається їх локалізацією у відповідних рівнях ЛВ шиї. У хворих з N + до початку лікування необхідно виконувати селективну або модифіковану ШЛД, не дивлячись на відсутність ознак наявності метастазів в шийних ЛВ після передопераційного хіміо-променевого лікування.

**100-РІЧЧЯ ФІЛАТОВСЬКОГО СТЕБЛА.
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ В ПЛАСТИЧНІЙ ХІРУРГІЇ
ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

Процик В.С., Трембач О.М., Коробко Є.В.

Національний інститут раку
м. Київ, Україна

Майже 100 років тому В.П.Філатов запропонував для усунення дефектів м'яких тканин обличчя здійснювати переніс згорнутого в трубочку шкірного лоскута разом із підшкірною клітковиною та вперше провів за допомогою круглого стебла пластичну операцію з приводу дефекту нижньої повіки. Результат операції демонструвався

на засіданні Одеського офтальмологічного товариства та потім в 1917 році був описаний в «Вестнике офтальмологии». Метод В.П. Філатова швидко завоював популярність серед хірургів та отримав назву круглого або філатовського стебла. Запропонування В.П. Філатова створило епоху в пластичній хірургії. Не дивлячись на те, що за останні десятиріччя розроблені та впроваджені в практику складні методи пластики, як васкуляризованими, так і вільними аутотрансплантатами, актуальність використання філатовського стебла зберігається при пластичній реконструкції значних за розмірами наскрізних дефектів голови та шиї.

Мета дослідження. Оцінити ефективність використання стебла Філатова в реконструкції великих наскрізних дефектів у хворих на злоякісні пухлини голови та шиї.

Проаналізовано результати використання стебла Філатова у 26 хворих на злоякісні пухлини голови та шиї у віці 27 – 69 років. Осіб чоловічої статі було 17 (65,4%), жіночої-9 (34,6%). У всіх хворих виконані розширені хірургічні втручання з приводу місцево-поширеного раку щоки (13), альвеолярного відростка нижньої щелепи (6), дна порожнини рота (3), ретромолярної ділянки (2) та верхньої щелепи (2) з утворенням великих наскрізних дефектів, які неможливо було усунути за рахунок місцевих тканин або васкуляризованих лоскутів. У 4 хворих для закриття великих дефектів м'яких тканин щоки, підборіддя, нижньої губи було сформовано по два стебла. У 16 хворих філатовське стебло було сформовано під час та у 9 – в найближчі терміни після видалення пухлини. У одного хворого формування стебла стало можливим після інтенсивного харчування та відновлення достатньої кількості жирової клітковини вділянці передньої черевної стінки.

У всіх хворих стебло формувалось в передньо – боковій ділянці стінки черевної порожнини. Наявність достатнього шару підшкірної жирової клітковини та рухливість шкіри в цій зоні дозволяє сформувати стебло потрібної товщини та довжини.

Крім того, рубцеві зміни в донорській ділянці не визивають значних функціональних та косметичних порушень. В наших спостереженнях товщина стебла була біля 3,5-4 см в діаметрі, а довжина від 12 до 16 см. Розмір стебла в основному залежав від величини післяопераційного

дефекту. При наскрізних дефектах враховували також те, що за рахунок стебла створювалась внутрішня поверхня, заміщаюча слизову оболонку.

Загоєння рани у всіх 26 хворих проходило без ускладнень, шви знімалися на 12-14 добу. Тренування стебла проводили самі пацієнти після зняття швів шляхом накладання резинового жгута на ніжку стебла, яка підлягала переносу. Перетягування ніжки починали з 3 хвилин, збільшуючи час її стиснення щоденно на 5 хв. Якщо при здавленні ніжки до 30 хвилин стебло залишалось теплим та не змінювалось в кольорі проводився наступний етап його переносу. «Дозрівання» стебла наступало через 2-3 тижні. Міграцію стебла у 23 хворих здійснювали на кисть в ділянку «табакерки», та у 3 хворих на передпліччя. Наступний етап відсічення ніжки стебла від черевної стінки та її міграція в сприймаюче ложе в ділянці дефекту також проводили після тренування цієї ніжки. Практично у всіх хворих кожний етап займав біля одного місяця. Заключним етапом було розпластування стебла та повне закриття дефекту.

Негативною стороною пластики стеблом Філатова є етапність хірургічних втручань, що збільшує строки реконструкції дефекту. З іншої сторони відстрочене закриття великих післяопераційних дефектів дає можливість своєчасно виявити рецидиви пухлини, які спостерігаються в перші місяці після хірургічних втручань. Добре кровопостачання стебла забезпечує повне його приживлення навіть в ділянках з недостатньою трофікою тканин після проведеної променевої терапії.

Висновок. Стебло Філатова, яке було запропоновано 100 років тому, зберігає свою актуальність і сьогодні та може бути застосовано для пластичної реконструкції великих післяопераційних наскрізних дефектів при неможливості використання васкуляризованих ауто-трансплантатів у хворих на злоякісні пухлини голови та шиї.

**ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ БІЛКОВОГО І НЕБІЛКОВОГО
SH/SS КОЕФІЦІЄНТІВ ПРИ НОВОУТВОРЕННЯХ**

ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Ратушненко В.О., Антонюк О.В.,

Москаленко О.М., Костюшова Н.В.

Одеський обласний онкологічний диспансер

м. Одеса, Україна

Незважаючи на важливу роль тіолових сполук, що містять -SH і -S-S- групи, у канцерогенезі, поки що не відомо діагностичне значення білкового і небілкового SH/SS коефіцієнтів при новоутвореннях щитоподібної залози (ЩЗ), чому і присвячено наше повідомлення.

Об'єкт обстеження. Хворі на новоутворення ЩЗ — 124, із них високодиференційований рак (ВДР) був у 68, низькодиференційований рак (НДР) — у 17 і аденома (АД) — у 39 пацієнтів. Контрольна група (КГ) — 100 практично здорових донорів.

Методи дослідження. Визначали SH/SS коефіцієнти (білковий і небілковий) сироватки кров за співвідношенням між білковими і небілковими -SH і -S-S- групами, вміст яких визначали методом амперометричного титрування.

Результати. У хворих на ВДР і НДР ЩЗ білковий SH/SS коефіцієнт був вірогідно нижчим ($2,14 \pm 0,25$ і $0,92 \pm 0,09$ відповідно), а небілковий SH/SS коефіцієнт — вірогідно вищим ($0,66 \pm 0,05$ і $1,92 \pm 0,20$ відповідно), ніж у хворих на аденому ЩЗ ($3,51 \pm 0,16$ і $0,21 \pm 0,02$ відповідно) і в КГ ($4,58 \pm 0,11$ і $0,0100 \pm 0,0003$ відповідно). Важливо зазначити, що тільки у хворих на НДР ЩЗ спостерігається інверсія як білкового, так і небілкового SH/SS коефіцієнтів. Це пов'язано із докорінною зміною співвідношення між вмістом -SH і -S-S- груп білкового та низькомолекулярного походження. Тому у хворих на НДР ЩЗ білковий SH/SS коефіцієнт був нижчим за 1, а небілковий SH/SS коефіцієнт — вищим за 1.

Особливості порушення SH/SS коефіцієнтів при новоутвореннях ЩЗ обумовлено властивістю білкових і небілкових -SH і -S-S- груп відповідати суттєвими змінами їх вмісту і співвідношення, глибина яких залежить від характеру морфологічних змін тиреоцитів. Тому SH/SS коефіцієнти доцільно використовувати в онкологічній

практиці як додаткові діагностичні тести при обстеженні хворих на новоутворення ШЗ.

**ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У
ЛАРИНГЕКТОМОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З ПРИВОДУ РАКУ
ГОРТАНІ ТА ГОРТАНОГЛОТКИ**

*Сережко Ю.О., Феджага І.П., Стороженко П.М.,
Пашковський В.М., Старченков В.Ю.*

Інститут оториноларингології ім. О.С. Коломійченка
м. Київ, Україна

Реконструктивний етап ларингектомії, при якому проводиться швивання дефекта глотки супроводжується ризиком неспроможності швів з розвитком гнійних післяопераційних ускладнень - глоткових норниць та фарингостом, вторинним некрозом шкірних клаптів, формуванням гнійних затьоків у клітковинних просторах шиї та ін, які за даними різних авторів трапляються у 15-45% хворих.

Матеріали та методи. Проведено аналіз лікування 85 ларингектомованих пацієнтів, з приводу раку гортані і гортанної частини глотки, в яких телегаматерапія перед операцією проводилась у 46 хворих в 2 етапи (СВД - 60-65Гр) та у 27 хворих в 1 етап (СВД-40Гр). Зважаючи на дані літератури та власні спостереження про високий ризик післяопераційних ускладнень в опромінених пацієнтів, в ранньому післяопераційному періоді нами розроблена лікувальна програма, яка включала застосування засобів, що покращують мікроциркуляцію - трентал, нікотинова кислота, тівортін в середніх терапевтичних дозах, застосування репаративів - солкосерил, актовегін, підбір антибактеріальних препаратів - цефалоспорини III покоління в поєднанні з метронідазолом, а у пацієнтів з високим ризиком - цефалоспорини IV покоління із заміною їх на 7-8 добу на фторхінолони IV покоління, а також рання мобілізація хворих, активна вакуум-аспірація вмісту післяопераційної рани по дренажах, санація трахеї та порожнини носа.

Результати досліджень. Неспроможність швів глотки спостерігалась у 18 хворих, серед яких телегаматерапія перед операцією проводилась у 16 хворих (у 12 - СВД 60 Гр та у 2 - 40Гр),

в терміни від 2 міс. до 3,2 років і траплялась в середньому на 7-8 добу післяопераційного періоду. Після виявлення неспроможності швів хворим проводили антибактеріальну терапію з врахуванням чутливості до антибактеріальних препаратів, проводили розкриття рани над місцем неспроможності для запобігання розтікання слини в рані, широко місцево використовували сорбенти для дегідратації рани та місцево репаранти - солкосерил-желе, актовегін та ін., проводили перев'язки - 2 -3 рази на добу дезінтоксикаційну терапію. Закриття глоткових нориць відбувалося на на $22 \pm 3,5$ добу післяопераційного періоду, поширених фарингостом не спостерігалось.

Висновки. Отже, застосування розробленої програми профілактики і лікування післяопераційних ускладнень у ларингектомованих пацієнтів дозволило знизити їх частоту і скоротити тривалість стаціонарного лікування а також уникнути формування фарингостом, чим запобігти оперативним втручанням, спрямованим на їх пластичне закриття.

ПРЕДИКТИВНЕ ЗНАЧЕННЯ ГІСТОЛОГІЧНОЇ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ПРИ ПЛОСКОКЛІТИННОМУ РАКУ ГОРТАНІ У РАННІЙ СТАДІЇ

Сліпецький Р.Р.

Львівський Національний медичний університет
імені Данила Галицького
м. Львів, Україна

Вступ. Термін «ранній рак гортані» передбачає неопластичне ураження слизової оболонки гортані, що може інвазивно інфільтрувати навколишні тканини, однак не уражає поряд розташовану хрящову тканину. Більшість дослідників до цієї категорії відносять рак гортані *in situ*, а також пухлини категорії T1a, T1b та T2. Незважаючи на невеликі розміри пухлини та ранню стадію захворювання частина цих пухлин має надзвичайний потенціал до місцево-інвазивного росту, а також метастазування у регіонарні лімфатичні вузли шиї. Фактори прогнозу у цих випадках могли б відіграти важливу роль у виборі тактики лікування та подальшого диспансерного спостереження за цією групою пацієнтів.

Матеріали і методи. Проведено аналіз лікування 56 пацієнтів із раннім раком гортані (T1N0M0 та T2N0M0) голосового простору, що одержали лікування на базі Львівського онкоцентру з 2006 по 2014 роки з гістологічноверифікованим ступенем диференціації плоскоклітинного раку (ПР) гортані до початку лікування у всіх випадках.

Результати. Пацієнтів було поділено на три групи відповідно до гістологічної диференціації: до I групи увійшло 18 пацієнтів із ПР G1 (32%), до II – 34 із ПР G2 (61%), III – 4 із ПР G3 (7%). У I групі: 8 пацієнтів – органозберігаюча хірургія (ОЗХ) з наступною променевою терапією (ПТ), рецидив не зафіксовано; 8 – лише ПТ, рецидив через $25,2 \pm 5,2$ місяці, у подальшому виконана ларингектомія (ЛЕ); 2 – лише ЛЕ, рецидив не зафіксовано. У II групі: 8 пацієнтів – ОЗХ, рецидив через $12,1 \pm 1,2$ місяці з подальшою ЛЕ у 50%; 20 пацієнтів – лише ПТ, рецидив через $4,8 \pm 1,5$ місяці, подальша ЛЕ у 70%, ОЗХ у 30%, що відтермінувала ЛЕ на $3,5 \pm 1,7$ місяці; 6 пацієнтів – ЛЕ, рецидив у третини. Усі пацієнти III групи одержали ПТ із повним клінічним ефектом, однак через $8,4 \pm 1,2$ місяці виник рецидив з подальшою ЛЕ у всіх випадках.

Висновки. При ПР G1 найоптимальнішим вибором лікування визначено ОЗХ з наступною ПТ. При раку гортані G2 застосування ОЗХ чи ПТ у монорежимі дає безрецидивну виживаність $5,7 \pm 1,6$ місяців та лише відтермінує у кінцевому результаті ЛЕ. Гістологічний ступінь G3 добре піддається лікуванню ПТ, однак вимагає активного контролю за можливим рецидивом у перший рік та має гірші віддалені результати.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА
РАК ГОРТАНІ 3-Ї СТАДІЇ, ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИХ В 2006-
2008 РОКАХ В УКРАЇНІ ЗА ДАНИМИ 5-ТИ РІЧНОЇ
ВИЖИВАНОСТІ**

В.В. Стрежак, Е.В.Лукач

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка
НАМН України»
м. Київ, Україна

Вступ. З даних Національного канцер-реєстру відібрано 7327 випадків раку гортані, вперше виявлених в 2006-2008 роках в Україні. Розподіл за стадіями проведений у 7103-х хворих (96,9 %), в той час, коли у 224-х (3,1 %) хворих стадія не встановлена. З 1-ю стадією виявлено 577 випадків (8,1 %), з 2-ю стадією- 2060 (29 %), з 3-ю стадією 3528 (49,7 %), з 4-ю стадією 938 (13,2 %).

Найбільш чисельною є група хворих, у яких виявлений рак гортані 3-ї стадії.

Мета. Визначити найбільш ефективні методи лікування раку гортані 3-ї стадії, які застосовуються в Україні.

Матеріали та методи. В групі хворих на рак гортані 3-ї стадії (3528 випадків) найбільш застосовуваними були слідуючі методи: променева терапія (ПТ)- 843 хворих (28,9 %), комбінація хірургічного лікування та променевої терапії (Хір+ПТ)- 817 (28 %), хірургічний метод (Х)- 433 (14,8 %), комбінація променевої та хіміотерапії (ПТ+ХТ)- 389 (13,3 %), комбінація хірургії, променевої та хіміотерапії (хір+ПТ+ХТ)- 301 (10,3 %),

та досить рідко застосовувані тільки хіміотерапія (ХТ) - 82 (2,8 %) та комбінація хірургії с хіміотерапією (Хір+ХТ)- 54 (1,8 %). Також простежена 5-ти річна виживаність у групі хворих, які за різними причинами спеціального лікування не отримували – 609 хворих, тобто 17,3 % від загальної кількості.

Найкращим був показник 5-ти річної виживаності у групі хворих, які лікувались чисто хірургічним методом - 57 %, потім ідуть Хір+ПТ – 53 %, Хір+ХТ – 42 %, ПТ – 28 %, ХТ – 26 % та ПТ+ХТ – 22 %. В групі хворих без лікування 5-ти річна виживаність відповідно- 22 %.

Статистична обробка матеріалів дослідження проводилась

моментним методом Каплана-Мейера. Стандартна помилка розраховувалась за формулою Грінвуда. Довірчий інтервал виживаності визначався в межах 95 %. Порівняння кривих виживаності проводили з допомогою логрангового критерію.

Висновки. Виявлення хворих на ранніх стадіях (1-ша та 2-га) залишається досить низьким і складає всього 37,1 %, в той час коли в запущених стадіях виявляється 62,9 % хворих.

Із методів лікування найбільш ефективним залишається хірургічний та його комбінація з променевою терапією.

СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ДИСФАГІЇ І СТЕНОЗУ ГОРТАННОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ У ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ

Феджага І.П.

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Рак гортані є одним із найбільш поширених онкологічних захворювань ЛОР-органів, яке трапляється переважно у чоловіків працездатного віку – 35-60 років (Костишин І.Д., 2008).

В Україні, III-IV стадії раку гортані складають від 45 до 70% пацієнтів. В силу ряду причин – звернення за медичною допомогою при значному поширенні пухлини, недостатня ефективність хіміо-променевого лікування, хірургічний метод лікування продовжує залишатися основним в комбінованому лікуванні раку гортані. Звуження гортанної частини глотки виявлено у 25% ларингектомованих пацієнтів (Hutcheson K.A. et al., 2012). У 65,8% обстежених ларингектомованих пацієнтів виявлено дисфагію (Rosales Solís A.A., 2004). Звуження гортанної частини глотки після ларингектомії, яке потребувало хірургічної корекції та бужування, виявлено у 20% пацієнтів (Maclean J., 2009). Причинами післяопераційних стенозів гортаноглотки вважають утворення післяопераційних норниць та фарингогостом з наступним рубцюванням та деформацією глотки в процесі вторинного загоєння післяопераційних ран, дефіцит тканин при розширених варіантах ларингектомії з резекцією гортаноглотки та анатомічні особливості будови гортаноглотки у

різних конституційних типів (Maclean J., 2009). Запропоновано спосіб ушивання дефекта гортанної частини глотки під час ларингектомії у чоловіків з урахуванням конституційних особливостей будови шії полягає у тому, що після відсічення гортані внизу на відстані 3-4 мм від краю дефекта гортанної частини глотки прецизійно накладається вузловий шов, при зав'язуванні якого стінка глотки ввертається в просвіт і відбувається співставлення однойменних тканин - адвентиції по обидва боки від дефекта. В подальшому накладають аналогічні шви з кроком 7-8 мм. Дефект глотки ушивають Т-подібно. У чоловіків з доліхоморфною конституцією при Т-подібному ушиванні переважає поперечна, горизонтальна, частина лінії швів, а у чоловіків з брахіморфною конституцією, переважає поздовжня, вертикальна, частина шва, що запобігає звуженню гортанної частини глотки в післяопераційному періоді. Після накладання першого ряду швів накладають другий ряд в напрямку, аналогічному першому, захоплюючи в шов адвентицію глотки на відстані 2-3мм від швів першого ряду. При зав'язуванні швів другого ряду, перший занурюють в напрямку просвіту глотки. Отримано патент на корисну модель №90046 зареєстрований в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 12.05.2014. Запропонований спосіб дозволяє у чоловіків із доліхоморфною конституцією ушивати дефект гортаноглотки переважно поперечно, що забезпечує достатню її ширину і запобігає післяопераційній дисфагії та стенозу та рекомендується до широкого застосування.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КИРОВОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ. АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА 2010 – 2014 ГГ.

***Фёдоров Д.Ю., Ярынич К.В., Ярынич В.И., Прокудина В.В.,
Скородумов Ю.А., Крамар Т.М., Люля И.Э.***

Кировоградский областной онкологический диспансер
г. Кировоград, Украина

Распространенность рака щитовидной железы (РЩЖ) растет во всем мире. В Кировоградской области, также отмечается увеличение количества заболевших.

Материал исследования: данные Национального канцер-регистра Украины и Кировоградского областного канцер-регистра.

Результаты. С 2010г. по 2014г. заболеваемость РЩЖ в Кировоградской области увеличилась с 4,7 до 13,7 на 100 тыс. населения (в Украине в 2013г. – 7,5 на 100 тыс. населения). Количество запущенных случаев сохраняется на высоком уровне, в 2014г. – 21,6% (в Украине в 2013г. - 15,1%). Низким остается показатель выявления при профосмотрах - 36,1% (в Украине в 2013г. - 52,4%). Однако отмечается постепенное увеличение данного показателя в динамике на протяжении 2011-2014гг. (с 18,9% до 36,1%). Уровень смертности на протяжении 2010-2014гг. снизился с 1,1 до 0,4 на 100 тыс. населения (в Украине в 2013г. - 0,8 на 100 тыс. населения). Количество больных, не проживших один год с момента установления диагноза, уменьшилось на протяжении 2009-2013гг. с 15,6% до 2,2% (в Украине в 2012г. – 5,9%). Охват специальным лечением в 2014г. несущественно уменьшился и составил 91,0% (в Украине в 2013г. – 94,3%).

Выводы. Рост заболеваемости РЩЖ в Кировоградской области, в основном, обусловлен улучшением диагностики данной патологии, увеличением количества случаев выявленных при профосмотрах. Уменьшение показателей смертности (в т.ч. до года), при высоком количестве запущенных случаев, свидетельствует об эффективности лечения. Однако требуют дальнейшего улучшения показатели выявления РЩЖ при профосмотрах и количества запущенных случаев.

АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ГОРТАНИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ РОТОГЛОТКИ

Шувалов С.М.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Винницкий национальный медицинский университет
им. М.И. Пирогова
г. Винница, Украина

Нарушение глотания является одной из основных проблем, с которыми пациенты сталкиваются после операций на ротоглотке.

Большой объем тканей, удаляемых вместе с опухолью, ведет к серьезным функциональным нарушениям в глотке и гортани.

В отделении онкологии головы и шеи центра Memorial Sloan - Kettering Cancer Center (Нью-Йорк) тактика лечения рака ротоглотки определяется специальной программой «Программа сохранения гортани при распространенном раке ротоглотки» («Larynx preservation program in advanced oropharynx cancer», 1983), которая включает хирургическое вмешательство с сохранением гортани. Потеря возможности глотания связана с пересечением во время операции ряда мышц, поднимающих гортань.

Акт глотания и подъем гортани можно представить как подъем ведра из колодца на трех пучках веревок (в данном случае - это мышцы). Пересечение мышц боковой стенки ведет к серьезным функциональным нарушениям.

Операции с сохранением гортани были проведены у 16 больных раком ротоглотки II-III стадии. Во всех случаях был использован внеротовой доступ с пластикой дефекта кожно-мышечным лоскутом на грудино-ключично-сосцевидной мышце.

Если при удалении опухолей ротоглотки планируется сохранение гортани и функции глотания, то необходимо сохранить важную группу мышц, а именно шилоглоточную, шилоподъязычную, двубрюшную и частично небно-глоточную, которые обеспечивают компенсаторный механизм глотания. При операции на ротоглотке хорошим ориентиром для обозначения границы резекции может быть глоточно-надгортанная складка, включающая упомянутые мышцы.

Выводы. Возможность сохранения гортани при обширном раке ротоглотки зависит от уровня распространения опухоли. Для сохранения гортани граница резекции не должна пересекать глоточно-надгортанную складку, включающую мышцы шилодиафрагмы, участвующие в подъеме гортани и акте глотания.

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРЕПАНБИПСИЙ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Балашова О.И., Савенков Д.Ю., Ханов В.В., Хоменко А.В.,
Куцяк Т.Л., Сирый С.С., Перепелица Е.А.*

Коммунальное учреждение «Клинический онкологический
диспансер» Днепропетровского областного совета
г. Днепропетровск, Украина

Актуальность проблемы. В последнее десятилетие отмечается интенсивное внедрение трепанбиопсийочаговых новообразований под контролем ультразвукового исследования в абдоминальной хирургии. Это объясняется существенными преимуществами, которыми обладают эти методики. Использование ультразвуковых сканеров с высоким разрешением, позволило сделать манипуляцию гораздо более безопасной, без ущерба для ее эффективности. Постоянно расширяющиеся показания и потребности к проведению малоинвазивных вмешательств объясняются снижением интраоперационной травмы, возможностью проведения вмешательства под местной анестезией, сокращением времени пребывания больного в стационаре и уменьшением сроков временной нетрудоспособности, а также значительным косметическим эффектом. Кроме того, получение морфологической верификации необходимо как при выработке тактики ведения пациентов с впервые выявленными очаговыми поражениями печени и поджелудочной железы, так и для оценки эффективности проводимой терапии.

Материалы и методы. В период с 03.14 по 03.15 г в отделении онкохирургии № 2 КУ «КОД» ДООС» было выполнено 64 трепанбиопсии очаговых новообразований печени и поджелудочной железы. Для визуализации исследуемых очагов использовался УЗ-сканер General Electric LOGIQe, для забора материала – многоразовая автоматическая система для биопсии BardMagnum с одноразовыми биопсионными иглами 16G для пункций печени и 18G для поджелудочной железы. Использование игл таких размеров позволяет получить достаточно материала для цитологического, гистологического и

иммуногистохимического исследования из одного столбика ткани. В процессе выполнения манипуляции биопсионная игла эхографически визуализировалась в виде линейного гиперэхогенного сигнала, скорость и направление движения которого соответствовали продвижению иглы. В момент прохождения иглой капсулы наблюдался прогиб капсулы печени в направлении, соответствующем перемещению иглы. После извлечения иглы биопсионный канал визуализировался как непрерывная линейная гиперэхогенная структура, соответствующая направлению оси биопсионной иглы. При выборе исследуемого очага использовались следующие критерии:

- преимущество отдавалось очагам, к которым существовало безопасное сонологическое окно, доступ через которое не пересекал крупные магистральные сосуды, просвет полого органа и т.д.;
- толщина паренхимы печени над исследуемым очагом должна быть не менее 3-5 см для профилактики постпункционного кровотечения;
- отсутствие гиперваскуляризации самого очага;
- отсутствие в очаге гипо- и анэхогенных зон, соответствующих полостям распада. В случае солитарных очагов с подобной акустической картиной биопсия проводилась из краевой зоны очага.

Противопоказанием к выполнению пункции печени под УЗ-контролем являются:

- выраженная коагулопатия;
- отсутствие безопасного акустического окна;
- асцит;
- гнойно-воспалительные заболевания печени;
- выраженная гипербилирубинемия.

При выполнении трепанбиопсии новообразований рапсгеаспаціентам в течении 2-х дней до манипуляции проводилась медикаментозная подготовка с целью угнетения секреторной функции поджелудочной железы и желудка. Для профилактики постпункционных кровотечений использовались препараты транексамовой кислоты, этамзилат.

Результаты и обсуждение. Среди исследуемых пациентов было

34 (53%) мужчины и 30 (47%) женщин. Средний возраст составил 61 год. Были отмечены кратковременные реакции в виде боли, слабости, головокружения, которые купировались введением НПВС. Осложнений, потребовавших оперативного лечения, не наблюдалось.

Гепатоцеллюлярная карцинома диагностирована у 8 пациентов (12,5%), холангиокарцинома у 6 (9,4%), mtsпереходноклеточногоCr мочевого пузыря у 1 (1,6%), MtsGIST желудка у 1 (1,6%), MtsCrprostateae у 3 (4,7%), Crpancreas у 18 (28,1%), Mtsплоскоклеточного рака легкого в печень у 3 пациентов (4,7%), Mtsмелкоклеточного рака легкого в печень у 3 (3,1%), Mtsрака ободочной кишки у 10 пациентов (15,6%), Mtsаденогенного рака в печень без первичного очага у 6 (9,4 %) и у 6 пациентов не получено верификации злокачественного новообразования (9,4%).

Выводы.

1. Трепанбиопсия очаговых новообразований печени и поджелудочной железы является эффективным и безопасным методом получения материала для прижизненного морфологического исследования.

2. Данный метод позволяет значительно снизить количество осложнений, сроки пребывания пациента в стационаре и сроки временной нетрудоспособности, а также обеспечить хороший косметический эффект.

3. Получение морфологической верификации злокачественного новообразования печени и поджелудочной железы путем трепанбиопсии позволяет проводить дифференциальную диагностику метастатических очагов у пациентов с синхронными злокачественными процессами.

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ
ПЕРВИЧНОМ И МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ
В УСЛОВИЯХ ДНЕПРОПЕТРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО
КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА**

*Балашова О.И., Савенков Д.Ю., Ханов В.В.,
Хоменко А.В., Сирый С.С., Перепелица Е.А.*

Коммунальное учреждение «Клинический онкологический
диспансер Днепропетровского областного совета»
г. Днепропетровск, Украина

Колоректальный рак по-прежнему остается одной из наиболее распространенных форм опухолей, прогрессируя до 4 стадии у 70 % больных. Печень - первый «орган-мишень» на пути гематогенного распространения и лечение метастазов этой локализации во многом определяет дальнейший прогноз. Синхронное метастатическое поражение диагностируется у 25 % и еще у 35-45 % вторичные очаги выявляются в последующие годы (преимущественно в первые 3 года, даже на фоне проводимой противоопухолевой терапии). В отсутствие лечения средняя продолжительность жизни больных редко достигает одного года, варьируя от 6 до 18 месяцев.

Единственным на сегодняшний день методом, дающим шанс на выздоровление, является полное хирургическое удаление всех вторичных очагов. Резекция печени увеличивает 5-ти летнюю выживаемость у 35-60 % пациентов, и 10-ти летнюю выживаемость у 28 % пациентов. Ни один другой способ воздействия на опухолевую ткань, включая локальную деструкцию, не привел к подобным отдаленным результатам.

В Днепропетровском клиническом областном онкологическом диспансере резекции выполняются с 2013-го года. Выполнено 20 анатомических резекций печени:

- 4 правосторонние гемигепатэктомии (в т.ч. одна из них с одномоментной резекцией сигмовидной кишки);
- 1 мезогепатэктомия;
- 11 бисегментэктомий;
- 4 одномоментных резекций прямой кишки с удалением одного

или двух сегментов;

- 23 атипичных резекций печени (единичные очаги до 3см)

Из 20-ти больных 8 мужчин и 12 женщин. Все прооперированные больные не имели цирроза. Лабораторные показатели у всех пациентов были в пределах нормы. Средний возраст 62 года: от 39-ти лет до 74-х лет. Гистологические варианты опухоли: 1 гепатоцеллюлярный рак печени, 1 метастаз гранулезоклеточного рака яичника, 17 метастатических КРР, 1 крупноузловой цирроз печени (сегментэктомия с левосторонней гемиколэктомией). Применяемая аппаратура: сварочный аппарат Патона, высокочастотный электрохирургический аппарат Erbe ICC 300 с биполярной коагуляцией.

Продолжительность оперативного вмешательства составила: правосторонняя гемигепатэктомия 240мин +/- 30мин., бисегментэктомия 120мин +/- 40 мин. Объем кровопотери: правосторонняя гемигепатэктомия 2000мл (минимальная 1000мл, максимальная 2500мл), бисегментэктомия 635мл +/-150мл.Сроки пребывания в оАИТ 2 – 3 суток. Печеночная недостаточность – не зарегистрировано.

Осложнения. У 1-ой пациентки на 3-е сутки после операции появилась клиническая картина вторичного синдрома Бада-Киари с летальным исходом. На вскрытии установлено наличие тромба в левой печеночной вене (средняя и левая печеночные вены впадали в нижнюю полую вену единым стволом). У 1-ой пациентки после бисегментэктомии (S2 – S3) на 15 сутки послеоперационного периода при выполнении контрольного УЗИ ОБП обнаружена жидкостная структура по линии резекции. Выполнено чрезкожное дренирование под контролем УЗ, получена лизированная кровь объемом до 20мл.

Выводы. В настоящее время резекция печени – стандарт в комбинированном лечении пациентов с МКРР. Оптимальный вариант – сегмент-ориентированные резекции печени. Лечение больного с МКРР печени должно всегда начинаться с оценки возможностей выполнения резекции печени. При использовании всего арсенала мультимодальной терапии возможно достижение уровня 5-летней выживаемости пациентов с метастазами колоректального рака порядка 30-60% и 10-летней выживаемости порядка 15-20 %.

**ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ПРЯМОЇ КИШКИ В
ЛІМФАТИЧНІ ВУЗЛИ**

*Батюк С.І., Бриндіков Л.М., Табола М.М.,
Закрижевська Т.В., Світак І.Є.*

Хмельницький обласний онкологічний диспансер
м. Хмельницький, Україна

Вступ. Одним із найбільш важливих параметрів, які впливають на тактику лікування рака прямої кишки, являється наявність метастазів в регіонарних лімфовузлах. Лімфогенний шлях метастазування рака прямої кишки має свої особливості в залежності від локалізації ракового ураження прямої кишки: від верхньої 2/3 прямої кишки метастази по лімфатичним шляхам розповсюджуються вгору в лімфатичні вузли, розташовані вздовж верхньої прямокишечної артерії і біля кореня нижніх брижових судин, і від них – в парааортальні (заочеревні) лімфатичні вузли, які розташовані по ходу середніх і нижніх артерій, і від них – в групу гіпогастральних лімфатичних вузлів; від анального відділу прямої кишки лімфа відтікає в (параректальні) вздовж нижніх прямокишечних артерій і в групу гіпогастральних лімфатичних вузлів, а також в пахово-стегнові лімфатичні вузли. В нинішній час одним із провідних методів виявлення патології лімфатичних вузлів являється ультразвукове обстеження. Наявні в сучасних ультразвукових системах ексклюзивні технології поєднують автоматичні вимірювання та інноваційні методи аналізу зображень. Використовуючи покращені алгоритми та технології розпізнавання образів відбувається порівняння результатів вимірювання з інтегрованою базою тисяч клінічних випадків, що значно виводить ультразвуковий метод діагностики на новий високий рівень діагностики лімфогенних метастазів. Такі інноваційні технології як покращення загального контрастування тканин, кількісного та якісного дослідження пружності тканин, 4D зображення для візуалізації анатомічних структур та патологічних змін у режимі реального часу з одночасним відображенням у декількох просторових площинах дають можливість виявити метастази в регіональні лімфовузли не тільки при їх тотальному ураженні, але і

при вогнищевій поразці.

Ціль. Встановити діагностично значимі критерії метастатично змінених лімфовузлів у хворих з раком прямої кишки.

Матеріали і методи. За період 2014 року обстежено 262 хворих з клінічним діагнозом «Рак прямої кишки», підтвердженим рентгенологічними, ендоскопічними і гістологічними методами дослідження. Серед хворих з раком прямої кишки метастази в регіонарні лімфовузли мали місце в 46 чоловік. Для дослідження тазових лімфовузлів всім хворим проводилось трансректальне ультразвукове обстеження на ультразвукових сканерах MindrayDC-7 і SiemensSonolineG-60 з використанням ректального датчика, який має робочу частоту 5-7,5 МГц. Пахові лімфовузли досліджувались лінійним датчиком з частотою 7,5-10 МГц. Обстеження проводилось в В-режимі, режимах кольорового енергетичного доплерів, режиматканьової гармоніки. Для покращення візуалізації тазових лімфовузлів використовувався власний вдосконалений метод трансректального ультразвукового обстеження(Патент 57467, МПК А61В 8/08 (2011.01)); Спосіб діагностики метастатичного ураження внутрішньотазових лімфатичних вузлів. Галайчук І.Й., Батюк С.І. – № у 2010 10472; Заявлено 30.08.2010; Опубл. 25.02.2011; Бюл. №4). При ультразвуковій оцінці доброякісного або злоякісного характеру змін лімфовузлів ми враховували дев'ять параметрів: форму (округлу або овальну), розміри, наявність/відсутність зображення воріт лімфовузла, товщина області воріт, товщина кори лімфовузла, еногенність і ехоструктура, характер васкуляризації при кольоровому доплерівському картуванні, наявність/відсутність екстракапсулярного розповсюдження.

Результати. При метастатичному ураженні лімфовузлів, останні у всіх хворих мали округлу форму. Розміри їх становили 15-65 мм. У 92% хворих відмічалась повна відсутність зображення області воріт лімфовузла, співвідношення кортикального шару до воріт складало більше 2. Метастатично змінені лімфовузли візуалізувались як гіпоехогенні утворення різної ехоструктури з нечітким, нерівним контуром за рахунок приєднання в пухлинний процес оточуючих тканин. При їх доплерографії у 78% хворих реєструвалась щільна судинна сітка (більше 20 кольорових сигналів).

Висновки. Точність діагностики метастазів в регіонарні лімфовузли при раковій прямої кишки склала 81%, чутливість 79%, специфічність 82%. Даний метод обстеження повинен використовуватись в комплексному обстеженні хворих на рівні обласного онкологічного диспансеру.

ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РАК ОБОДОВОЇ І ПРЯМОЇ КИШКИ

Біктіміров О.В., Ковальчук Б.А.

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Колоректальний рак (КРР) стійко займає четверте місце в загальній структурі онкологічної захворюваності. За останні десятиріччя спостерігається значний ріст цієї патології в усьому світі. В країнах Західної Європи за останні 20 років поширеність КРР зростає майже втричі. В США і більшості європейських країн КРР знаходиться на 2-му місці серед всіх злоякісних пухлин. В Україні захворюваність на КРР складає 42,2 випадки на 100 тис. населення. Лікування раку ободової кишки обов'язково включає в себе хірургічне втручання, яке призводить до тривалої втрати працездатності, а часом інвалідності хворого. Тому проблема реабілітації хворих на коло-ректальний рак, залишається однією з найбільш актуальних у сучасній онкології. *Метою даної роботи* було проаналізувати досвід вітчизняних і зарубіжних онкологів в реабілітації хворих на КРР і виробити комплекс рекомендацій для лікарів і хворих. Реабілітаційна програма повинна бути спрямована на відновлення функції шлунково-кишкового тракту і загального стану хворих, що перенесли хірургічне лікування. Ми виділили в ній наступні положення: Після детального обстеження хворого (фізикального, лабораторного, рентгенологічного, ендоскопічного, СКТ, МРТ, ізотопного, ультразвукового та інших) визначається тактика оперативного лікування, яка повідомляється хворому, з ним проводиться роз'яснювальна бесіда оперуючого хірурга. Оперативне втручання бажано провести із поновленням цілісності і природньої прохідності кишечника, з максимальним дотриманням правил абластики і асептики. В післяопераційному

періоді слід проводити корекцію метаболічних порушень та змін кишкової флори, застосовувати спеціальну дієту та режим харчування. У хворих зі стомою слід проводити щоденний догляд за стомою і промежиною, проводити іригації товстої кишки. У хворих після черечно-анальної резекції прямої кишки слід проводити спеціально розроблений комплекс лікувальної фізкультури, спрямований на відновлення роботи м'язів замикаючого апарату прямої кишки. Протягом всього періоду лікування з хворим повинен працювати медичний психолог по спеціально розробленій програмі. В період після виписки зі стаціонару слід своєчасно виявляти ускладнення, що виникли в різні терміни після виписки (стриктури, випадання кишки, грижі) і проводити їх хірургічну корекцію, реконструкцію або закриття колостом, ліквідацію параколостомічних гриж, випадіння кишки та ін. А також не відтягувати на довго операції по відновленню безперервності кишечника після операції Гартмана та інших операцій з колостоמוю. Продовження комплексу ЛФК. Застосування розробленої програми реабілітаційних заходів сприяє суттєвому поліпшенню функціональних результатів лікування і якості життя хворих.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПАРАМЕТРІВ РЕДОКС-СТАНУ
ТРОМБОЦИТІВ З ВІДДАЛЕНИМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ
КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА
РАК ПРЯМОЇ КИШКИ**

¹Бурлака А. П., ²Голотюк В.В., ¹Вовк А. В.¹,

¹Лукін С. М., ¹Сидорик Є. П.

Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології

ім. Р. Є. Кавецького НАН України

²м. Івано-Франківськ, Україна

Івано-Франківський Національний медичний університет

¹м. Київ, Україна

Злоякісні новоутворення, в тому числі колоректальний рак, є загально визнаним фактором підвищеного ризику тромботичних ускладнень у хворих в післяопераційний період. Тромбоемболія легеневої артерії, тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок та

сегментарний тромбоз привідного відділу кишки – найбільш типові ускладнення при лікуванні хворих на рак прямої кишки (РПК), які у 3% випадків виявляються летальними. Важливим фактором тромбоутворення, який визначає також основні напрямки прогресування пухлини, зокрема неоангіогенез та метастазування, є редокс-стан тромбоцитів. Супероксидні радикали (O_2^-) та оксид азоту (NO), генеровані тромбоцитами, ініціюють їх агрегацію, пухлинно-асоційований тромбоз, утворення клітинних агрегатів, забезпечуючи захист пухлинних клітин у кровоносному руслі. Результатом взаємодії O_2^- з NO, джерелом якого можуть бути тромбоцити або ендотелій, є утворення пероксинітриду ($ONOO^-$), що також посилює утворення тромбу. Зміни редокс-стану тромбоцитів можуть бути критерієм оцінки ризику тромботичних ускладнень у післяопераційний період та прогнозування виживаності онкохворих.

Мета роботи: дослідити рівні супероксид- та NO-генеруючої активності тромбоцитів у хворих на РПК та в динаміці їх комбінованого лікування, вплив цих процесів на перебіг захворювання та виживаність хворих.

Нами виявлено високу активність НАДФ-Н-оксидази тромбоцитів – $1,75-3,95 \text{ нМ}/10^5$ клітин·хв у хворих на РПК до початку лікування, що у 8-14 разів перевищує показники донорів ($0,25 \pm 0,06 \text{ нМ}/10^5$ клітин·хв). Впродовж курсу неoad'ювантної променевої терапії (НПТ) зареєстровано зниження активності індукбельної NO-синтази (iNOS) ($0,41 \pm 0,05 \text{ нМ}/10^5$ клітин·хв), що в 3,7 рази менше у порівнянні з контрольною групою ($1,5 \pm 0,18 \text{ нМ}/10^5$ клітин·хв). Після закінчення НПТ та радикальної операції зареєстровано нестабільне зниження активності НАДФ-Н-оксидази та підвищення – iNOS, що є позитивним фактором в лікуванні хворих на РПК.

Швидкість генерування O_2^- тромбоцитами у хворих на РПК має кореляційний взаємозв'язок зі стадією та розмірами пухлини, рівнем фібриногену в крові та віком хворих і не залежить від ступеня диференціювання пухлини та активності iNOS, яка функціонує в складних взаємовідносинах з НАДФ-Н-оксидазою. При аналізі виживаності хворих на РПК у відповідності до O_2^- -генеруючої активності НАДФ-Н-оксидази тромбоцитів після курсу НПТ та радикального оперативного втручання виявлено, що тривалість

життя хворих, у яких швидкість генерування O_2 становить $< 1,50$ нМ/10⁵ клітин·хв, є більшою (37,7 міс) у порівнянні з хворими, у яких цей показник складає $> 1,50$ нМ/10⁵ клітин·хв (28,2 міс).

У хворих на РПК виявлено високі рівні O_2 - та низькі NO-генеруючої активності тромбоцитів, що негативно впливає на ефективність комбінованого лікування та показники виживання. Фактор нерегульованого підвищення швидкості генерування O_2 НАДФН-оксидазою тромбоцитів може бути використаний в якості біомаркера пухлинно-асоційованого тромбозу, прогресування РПК та погіршення показників виживаності хворих.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПРИ ГАСТРЭКТОМИЯХ *Винник Ю.А., Трунов Г.В. Шаповалов Д.В., Мухамед Саед Абухасан*

Харьковский областной клинический онкологический центр
Харьковский национальный медицинский университет
Харьковская медицинская академия последипломного образования
г. Харьков, Украина

В 22,5% случаев смертельные исходы в отдаленные сроки после гастрэктомии (ГЭ) связаны не с прогрессированием злокачественного процесса, а вызваны нарушением метаболизма и развитием истощения. Разработка оптимальных способов реконструкции пищеварительного тракта, рассматривается не только как вариант улучшения функциональных нарушений пищеварения, но и как один из путей улучшения отдаленных результатов лечения больных раком желудка (РЖ).

Цель – улучшить непосредственные, отдаленные и функциональные результаты хирургического лечения больных раком желудка путем разработки и внедрения новых методов выполнения реконструктивно-восстановительного этапа операции.

Материалы – обследовано 119 больных раком желудка, которым была выполнена гастрэктомия. Больные были разделены на 2 группы. У больных 1-й группы (63 пациента) пищеводно-кишечный анастомоз сформирован по оригинальной методике однорядным ручным швом. Анастомоз у больных 2-й группы (54 пациента) был сформирован

двухрядним ручним швом по методикі Гіляровича. Групи були сопоставимы по полу, возрасту и стадии процесса.

Результаты. В 1-й группе послеоперационные осложнения составили 11,1% по сравнению с больными 2-й группы 22,2%. Летальность у больных первой группы отсутствовала, а у больных 2-й группы умерло 2 человека (3,7%) от несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза и от тромбоэмболии легочной артерии. Дефицит массы тела через год после операции у больных 1-й группы составил 9,5%, а у больных 2-й группы 17,6%. Энтеро-эзофагеальный рефлюкс был выявлен у 20,6% больных 1-й группы и у 25,9% больных второй группы. Однолетняя выживаемость составила 68,3% у больных 1-й группы и 51,8% у больных 2-й группы. Трехлетняя выживаемость у больных 1-й группы составила 49,2%, у больных 2-й группы 37,1%.

Выводы. Использование однорядного ручного шва при формировании пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии по оригинальной методике позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, летальность, улучшить функциональные результаты и повысить трехлетнюю выживаемость на 12%.

ЗАСТОСУВАННЯ ПОПЕРЕДНИКА ОКСИДУ АЗОТУ В ПРОГРАМІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Голотюк В.В.¹, Бурлака А.П.²,

Семенів П.М.³, Юркевич Є.М.³, Ткачук Ю.Б.³, Партикевич Ю.Д.³

¹Україна, м. Івано-Франківськ

Івано-Франківський Національний медичний університет,

²м. Київ, Україна

Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології

ім. Р.Є. Кавецького НАН України

³м. Івано-Франківськ, Україна

Івано-Франківський обласний клінічний онкологічний диспансер

Метою дослідження було визначити ефективність полірадіомодифікації із застосуванням перорального антиметаболіту фторафуру і попередника біологічного синтезу оксиду азоту –

інфузійного препарату тівортін під час неоад'ювантного курсу променевої терапії (НПТ) у хворих на рак прямої кишки (РПК) на основі об'єктивних показників лікувального патоморфозу. Проведено порівняльний аналіз якісних і кількісних патоморфологічних змін у пухлинах 53 хворих на РПК II-III стадій, які увійшли до складу 3-х груп в залежності від виду отриманого доопераційного лікування. Пацієнти I групи отримували курс НПТ сумарною вогнищевою дозою 36-39 Гр і разовою - 3 Гр з наступною радикальною операцією через 4-6 тижнів; в II групі НПТ проводили на фоні щоденного прийому фторафуру, тоді як в III-ій – на фоні полірадіомодифікації фторафуrom і тівортіном. Досліджували гістопрепарати резикованих пухлин на світлооптичному і електронномікроскопічному рівнях.

З'ясовано, що з використанням хемо- і полірадіомодифікації в більшості зразків частка життєздатного епітеліального компоненту пухлин була істотно нижчою, ніж при суто променевій терапії ($p=0,046$), а додаткове введення хворим попередників оксиду азоту потенціувало антибластомний ефект ($p=0,029$). Зокрема, через 4-5 тижнів після закінчення НПТ у хворих I групи площа залишкової ракової паренхіми в центральних і периферичних відділах пухлин складала відповідно $28,36\pm 1,93\%$ і $11,76\pm 1,37\%$, у хворих II групи – $22,63\pm 2,54\%$ і $8,86\pm 0,72\%$, а після НПТ з полірадіомодифікацією відсоток життєздатної ракової паренхіми вдалося знизити в середньому до $14,76\pm 2,61\%$ і $5,12\pm 0,68\%$. Отже, НПТ на фоні полірадіомодифікації із застосуванням фторафуру та тівортіну вдається досягнути більш глибоких морфоструктурних змін у тканині РПК у порівнянні з традиційною променевою терапією. Це пояснюється здатністю ендогенно-синтезованого оксиду азоту здійснювати безпосередню пошкоджуючу дію на пухлинні клітини, ініціювати процеси апоптозу на фоні впливу іонізуючої радіації і посилювати гемоциркуляцію в пухлині, підвищуючи при цьому радіочутливість її гіпоксичних ділянок.

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО
ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ НА ФОНІ
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ**

Гушул І.Я., Іващук О.І.

Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Останнім часом рак товстої кишки дедалі більше привертає увагу багатьох вчених та клініцистів у зв'язку з неухильним зростанням захворюваності на дану патологію. Перфорація стінки товстої кишки або власне ракової пухлини у вільну черевну порожнину є відносно частим та надзвичайно тяжким ускладненням раку ободової кишки, яке тягне за собою розвиток калового перитоніту, летальність за якого становить від 53,8% до 90%.

Вивчення клінічних особливостей перебігу гострого поширеного перитоніту, який виник на тлі злоякісного новоутворення товстої кишки, дасть змогу більш об'єктивно підійти до вирішення питань стосовно вибору оптимальної хірургічної тактики, зокрема характеру та об'єму оперативних втручань, показів щодо застосування програмованих санаційних релапаротомій, їх кількості, способів тимчасового закриття черевної порожнини тощо.

Тому метою дослідження було вивчити клінічні особливості перебігу гострого поширеного перитоніту, причиною якого є злоякісне новоутворення товстої кишки.

Проведено аналіз лікування 21 хворого на гострий поширений перитоніт, джерелом якого була товста кишка. Всі пацієнти розподілені на дві групи – порівняння та основну. Групу порівняння склали 10 осіб із перитонітом не пухлинної етіології, а основну – 11 пацієнтів із злоякісними новоутвореннями товстої кишки.

Вивчали такі показники, як фаза (стадія) та ступінь тяжкості перитоніту, характер ексудату черевної порожнини, площу його поширення, середню тривалість лікування, кількість післяопераційних ускладнень, частоту післяопераційної летальності. Отримані результати дослідження свідчать, що гострий поширений перитоніт, який виник внаслідок злоякісного новоутворення товстої кишки, здебільшого є розлитим, серозно-фібринозним, у термінальній

фазі, III ступеня тяжкості згідно з Мангеймським перитонеальним індексом, а також для нього характерні: порівняно більша тривалість лікування, вища частота післяопераційних ускладнень та летальності.

Дані клінічні особливості необхідно враховувати при виборі методу та тактики лікування хворих на злоякісні новоутворення товстої кишки, ускладнені гострим поширеним перитонітом.

ВИЖИВАНІСТЬ ХВОРИХ З МНОЖИННИМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ В ПЕЧІНКУ ПІСЛЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ ТЕРМОАБЛЯЦІЇ

Дубініна В.Г., Максимовський В.Є., Четверіков С.Г.

Одеський національний медичний університет, кафедра онкології, променевої діагностики, терапії та радіаційної медицини
м. Одеса, Україна

Найбільш важливою і об'єктивною характеристикою методу лікування є середня тривалість життя пацієнтів з моменту початку лікування або середня тривалість ремісії захворювання.

Нами з 2006 по 2013 роки було досліджено 33 хворих на колоректальний рак з множинними метастатичними ураженнями печінки, яким у зв'язку з важкістю супутньої патології хірургічне лікування було протипоказано. У загальній кількості піддалося радіочастотній термоабляції 87 метастазів у печінку діаметром від 1,0 до 3,0 см у найбільшому вимірі та кількістю вогнищ від 3 до 5. Післяопераційної летальності не було, всі хворі померли в різні строки на фоні прогресування хвороби. Жодний хворий не пережив 5-річну відмітку життя.

Проведений аналіз довгострокової виживаності досліджуваних нами хворих показав наступне: виживання пацієнтів після проведеної радіочастотної термоабляції протягом п'ятирічного періоду мала характерну динаміку. Значення функції виживаності різко падає протягом перших 10 місяців з початку захворювання. Починаючи з 10 місяця, функція убуває менш різко. Тому, перші 10 місяців після початку захворювання є найбільш критичними. Ймовірність прожити більше 6 місяців після проведеного втручання перевищує 0,77, більше 24 місяців – 0,55. За нашими даними 1 пацієнтка сягнула

4-річну межу життя. Наведене свідчать про те, що радіочастотна термоабляція, не будучи альтернативою резекції печінки, є ефективним мініінвазивним методом хірургічного лікування, що дозволяє з найменшою наявністю інтра- та післяопераційних ускладнень досягти очікуваного позитивного результату лікування хворих на метастатичний колоректальний рак, яким протипоказане хірургічне лікування, у вигляді збільшення тривалості та поліпшення якості життя.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ВЫБОРА МЕТОДА
СТАДИРОВАНИЯ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ
БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА**

В.Г.Дубинина¹, А.А.Машуков^{1,2}, А.А.Биленко¹

Одесский национальный медицинский университет¹

Одесский областной онкологический диспансер²

м. Одеса, Україна

Резюме. В оригинальной статье приведены результаты исследования влияние выбора системы стадирования на продолжительность жизни больных раком желудка (РЖ). Всего в исследование, проведенное на базе абдоминального онкохирургического отделения КУ «Одесский областной онкологический диспансер», включено 188 больных, оперированных по поводу рака желудка в период 2007-2012 годы. Исследование включало радикально или условно-радикально прооперированных больных. Различные показатели выживаемости одной и той же подгруппы (простадирированной по разным TNM системам) объяснялось тем, что одной подгруппе VI-й классификации соответствовали две и более групп VII-й и наоборот. Численность больных в одной и той же TNM подгруппе было различным, т.е. наблюдался сдвиг, миграция больных из одной подгруппы в другую. Ожидалось, что отличий не будет, т.к. это одни и те же больные. Однако при различных вариантах стадирования наблюдались статистически достоверный сдвиг, выражающийся в появлении отличий в выживаемости. Из 16 проведенных оценок только в трех случаях наблюдались сравнимые значения выживаемости одних и тех

же больных: T3N1Mo\VI и T4aN2Mo\VII, T4N1Mo\VI и T4bN2Mo\VII, а также T4N2Mo\VI и T4bN3Mo\VII, $p > 0,05$, где VI и VII – одни и те же подгруппы больных РЖ, классифицированные в соответствии с различными редакциями классификации Международного противоракового союза. В остальных 13 случаях перевод подгруппы в другую систему координат приводил к другим показателям выживаемости, отличным статистически: $p < 0,05$.

Ключевые слова: рак желудка, стадирование, классификация TNM Международного противоракового союза.

СПОСОБЫ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Думанский Ю.В., Сидюк А.В., Ласачко П. С.

Украина, г. Красный Лиман

Донецкий национальный медицинский университет

им. М. Горького

г. Донецк, Украина

Актуальность проблемы. Разработкановыхиусовершенствование уже имеющихся методов лечения больных с злокачественными новообразованиями печени представляется актуальной проблемой современной онкологии. Ввиду низкой чувствительности опухолей печени к проведению химиотерапии, результаты лечения данного контингента больных остаются неудовлетворительными.

Цель исследования. Разработать способы катетеризации печеночной артерии при различных анатомических вариантах с целью проведения внутриартериальной химиотерапии у больных с злокачественными новообразованиями печени.

Материалы и методы. На секционном материале (39 образцов) путем выполнения блочной лимфодиссекции и препарирования структур чревного ствола, верхней брыжеечной артерии исследована вариантная анатомия печеночной артерии.

Результаты исследования. В 1 наблюдении (2.5%) выявлено деление общей печеночной артерии на 3 ствола (по типу трифуркации), при этом кроме правой и левой печеночной артерий имелось отхождение

срединного ствола к квадратной доле. В 1 случае (2.5%) отмечалось отхождение селезеночно-печеночного ствола, отходящего от чревного ствола, при этом левая доля печени получала артериальное кровоснабжение ветвью от селезеночной артерии. В 2 наблюдениях (5.1%) правая доля печени кровоснабжалась добавочными ветвями, отходящими от верхней брыжеечной артерии. В 4 случаях (10.2%) левая доля печени получала добавочные ветви от левой желудочной артерии. Раздельное кровоснабжение долей печени, когда левая печеночная артерия отходила от общей печеночной артерии до отхождения гастродуоденальной, а правая являлась продолжением собственной печеночной наблюдали в 9 случаях (23%). Типичное отхождение собственной печеночной артерии от общей печеночной выявлено в 22 наблюдениях (56.4%).

После определения вариантов отхождения печеночных артерий выполнялась катетеризация последних с введением метиленового синего, определялась зона кровоснабжения указанных артерий. В случае типичного отхождения собственной печеночной артерии достаточно ее катетеризации через правую желудочно-сальниковую артерию. При раздельном кровоснабжении долей печени целесообразен индивидуальный подход: катетеризация добавочных ветвей, катетеризация левой печеночной артерии через левую желудочную артерию.

Выводы. Во всех случаях с целью проведения регионарной химиотерапии целесообразно выполнять блочную лимфодиссекцию ворот печени с целью определения вариантной анатомии печеночной артерии для последующей ее катетеризации в зависимости от анатомического варианта.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД

Думанский Ю.В. Сидюк А.В. Степко В.А. Степко В.А. Сидюк Е.Е.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
г. Красный Лиман, Украина

Актуальность проблемы. Ежегодно рак желудка поражает около 800 тысяч человек в мире. Уровень заболеваемости дистальным

раком желудка в большинстве стран имеет некоторую тенденцию к снижению, в то время как частота проксимального рака желудка постепенно увеличивается. В этой связи очевидна актуальность разработки эффективных неoadъювантных методов лечения гастроэзофагеального рака.

Цель работы. Улучшить результаты комплексного лечения больных раком желудка с переходом на пищевод путем разработки и применения способа неoadъювантной химиолучевой терапии.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезней, амбулаторных карт 44 больных раком желудка с переходом на пищевод, которым выполнены радикальные оперативные вмешательства комбинированным торако-абдоминальным доступом Гарлока в объеме гастрэктомии с резекцией пищевода. Средний возраст пациентов составил $65 \pm 1,6$ лет. Всем пациентам в предоперационном периоде проведен курс химиотерапии (Цисплатин 75 мг/м² в/в капельно в первый день, 5-Фторурацил 12,5 мг/кг внутривенно, в течение 5 дней), на фоне лучевой терапии (РОД 2,5 Гр, СОД 40 Гр) с последующим оперативным лечением (через 21 день после окончания химиолучевой терапии). В последующем все больные получили 4 курса адъювантной полихимиотерапии по той же схеме.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 2 больных (1-пневмония, 1- панкреатит), которые после проведенного консервативного лечения были купированы. Летальных исходов не отмечено. При изучении отдаленных результатов радикального лечения больных получены следующие результаты. Средняя продолжительность жизни составила $3,58 \pm 0,69$ года, 5-летняя выживаемость - $46 \pm 3,2\%$.

Выводы: разработанная методика неoadъювантного химиолучевого лечения больных раком желудка с переходом на пищевод не увеличивает частоту послеоперационных осложнений, что доказывает безопасность ее применения в предоперационном периоде и улучшает отдаленные результаты лечения данной категории больных.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА

*Думанский Ю.В., Сидюк А.В., Степко В.А.,
Степко В.А., Сидюк Е.Е.*

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
г. Красный Лиман, Украина

Актуальность проблемы. Совершенствование методов хирургического лечения рака пищевода при отсутствии заметной положительной динамики в своевременной и, тем более, ранней диагностике не ведёт к существенному улучшению отдалённых результатов. Поиски путей повышения выживаемости сосредоточены в значительной степени на разработке способов комплексного лечения.

Цель исследования. Улучшить результаты комплексного лечения больных раком пищевода путем разработки и применения способа неoadъювантной химиолучевой терапии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 104 больных раком пищевода в возрасте от 30 до 79 лет, средний возраст пациентов 65 ± 2.1 лет, которые находились на лечении в ДОПЦ с 2009 по 2014 год. Опухоль локализовалась в средней трети пищевода у 43 и в нижней трети пищевода у 61 пациента соответственно. У 97 больных (93%) отмечалась дисфагия различной степени. Всем пациентам в предоперационном периоде проведен курс химиотерапии (Цисплатин 75 мг/м² в/в капельно в первый день, 5-фторурацил 550 мг/км² внутривенно, в течение 5 дней), на фоне лучевой терапии (РОД 3 Гр, СОД 30 Гр) с последующим оперативным лечением (через 21 день после окончания химиолучевой терапии). Всем пациентам выполнена субтотальная резекция пищевода с пластикой желудочным стеблем (операция типа Льюиса).

Результаты исследования. После окончания курса неoadъювантной химиолучевой терапии у 82 больных (84,5%) улучшилось прохождение пищи по пищеводу вплоть до полного исчезновения дисфагии. При контрольном рентгенологическом исследовании перед операцией в 87 случаях (82,6%) отмечено уменьшение протяженности

опухолі на 1-4 см., в 15 випадках (14,4%) констатована стабілізація процесу, в 2 (1,9%) – прогресивне захворювання. В найближчому післяопераційному періоді відзначені наступні ускладнення: пневмонія - 1, плеврит - 1, підшкірна емфізема - 1, пневмоторакс - 1. В 4 випадках (3,8%) діагностована несостійливість анастомозу, яку вдалося купувати у 3 хворих. Після операції померли 2 (1,9%) хворих, обидва після паліативних операцій, внаслідок несостійливості анастомозу і абсцедуючої пневмонії. В післяопераційному періоді, при наявності показань (Т4, N+) пацієнти отримували ад'ювантну хіміолучеву терапію. Двохлітня виживаемість у даних хворих склала 58,8%.

Висновки: представлений спосіб неад'ювантної хіміолучевої терапії раку шлункової кишки відносно добре переноситься хворими, достатньо ефективний, створює більш сприятливі умови для виконання оперативного втручання і не призводить до погіршення перебігу післяопераційного періоду.

ДІАГНОСТИКА І ЛІЧЕННЯ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ СТРОМАЛЬНИХ ОПУХОЛІЙ

Ерко І.П., Молошок А.А., Балабушко С.Б., Шеремок Л.В.

Областний онкологічний диспансер
Областне патологоанатомічне бюро
г. Чернігов, Україна

В окрему нозологічну одиницю гастроінтестинальна стромальна опухоль (GIST) виділена в 2000 році. GIST походить з клітин Кахалія, які є пейсмейкерними клітинами шлунково-кишкового тракту. Точний діагноз встановлюється тільки при імуногістохімічному дослідженні (ИГХ), яке виконується у всіх випадках при підозрі на GIST. Мутація в гені C-KIT з гіперекспресією тирозин-кіназного рецептора KIT (CD117), спостережувана при GIST, визначається імуногістохімічно з використанням антитіл до CD 117. Фарбування на CD 117 при GIST може бути фокальним або дифузним, але в більшості випадків характерно чітке дифузне мембранозне або цитоплазматичне розподілення CD 117.

Хирургическое удаление опухоли – это терапия первой линии у пациентов с распространенным опухолевым процессом, а также единственный метод лечения при ранних формах заболевания. Применение таргетной терапии (иматиниб, сунитиниб) в послеоперационном периоде улучшает прогноз выживаемости у пациентов с поздними стадиями заболевания.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 51 случая GIST у больных, оперированных в ЧООД с 2007 по 2014 г. по полу, возрасту, локализации опухоли, объемам и результатам хирургического лечения, данных ИГХ.

Результаты и обсуждение. По хронологии лечения распределение следующее: 2007 г. - 2сл.; 2008 - 5; 2009- 6; 2010- 5; 2011- 8; 2012- 6; 2013- 10; 2014- 9. Мужчин было 22 (43,1%), женщин - 29(56,8%). По возрасту: 20-29 лет -1; 30-39 л. -1; 40-49 л. - 6; 50-59 л.-17; 60-69 л. - 1; старше 70 л.- 4. По локализации: GIST желудка - 34 (66,6%); тонкой кишки - 12 (23,5%); толстой кишки - 3 (5,8%); поджелудочной железы – 1 (1,95%); брыжейки тонкой кишки - 1 (1,9%). В 8 случаях GIST сочетались с другими злокачественными и доброкачественными опухолями и были случайной находкой.

Выбор объема операции определялся локализацией, размерами, характером роста опухоли, наличием инфильтрации смежных органов. При расположении GIST в антральном и проксимальном отделах желудка выполняли дистальную или проксимальную субтотальную резекцию с удалением большого сальника без лимфаденэктомии (25%); в теле – гастрэктомию (8,3 %). При опухолях до 5 см и/или при удобном топографо-анатомическом расположении выполняли клиновидную резекцию желудка в пределах визуально здоровых тканей с/без резекции большого сальника (66,7 %). При GIST тонкого кишечника - резекция петли тонкой кишки; толстой кишки - резекция толстой кишки; прямой кишки - брюшно-анальная резекция прямой кишки; поджелудочной железы - дистальная панкреатоспленэктомия с проксимальной резекцией желудка и резекцией мезоколон. За всеми больными ведется диспансерное наблюдение. Умерло 4 от прогрессирования заболевания. Таргетную терапию иматинибом получает 2 больных с прогрессией заболевания после хирургического лечения. В одном случае наблюдается прогрессия заболевания, во

втором – стабилизация процесса.

Дооперационная диагностика GIST трудна, но в большинстве случаев на дооперационном этапе с помощью современных методов исследования (эндоскопия, УЗИ, КТ) удастся заподозрить GIST и запланировать адекватный объем оперативного вмешательства. Всем больным с подозрением на GIST проводилось ИГХ, использовали панель антител: виментин, гладкомышечный актин, СД 34, СД 117. Опухоли считали GIST при умеренной (++) или выраженной (+++) положительной реакции к СД 117. У 56,4 % наблюдались GIST с низким риском развития рецидива (по Н. Joensuu учитывается размер опухоли и митотический индекс), в 23,1 % - средний, у 20,5 % - высокий риск рецидива, превалировал веретенчатый тип опухоли – (61,1%).

Выводы: нет специфической клинической картины GIST, применение эндоскопии, КТ, УЗИ, позволяют заподозрить GIST на дооперационном этапе. Отмечается рост числа больных с GIST в связи с улучшением диагностики и применением ИГХ (выявление СД 117). Чаще GIST наблюдается в возрасте 50-70 лет и у женщин. Самая частая локализация – желудок и тонкая кишка. Высокая стоимость комбинированного лечения с применением таргетных препаратов у пациентов с GIST требует государственного финансирования.

СПОСІБ РОЗШИРЕНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ – НИЗВЕДЕННЯ ЛІВОЇ ПОЛОВИНИ ОБОДОВОЇ КИШКИ ЧЕРЕЗ БРИЖУ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

Єрко І.П., Бардаков Г.Г., Балабушко С.Б.

КЛПЗ «Чернігівський обласний онкологічний диспансер»

м. Чернігів, Україна

В чисельних дослідженнях доведена онкологічна ефективність сфінктерозберігаючих операцій (СЗО) у хворих на рак прямої кишки (РПК), в тому числі і при нижньоампулярній локалізації. Збереження природного пасажу кишкового вмісту забезпечує максимальну можливу соціально-трудова адаптацію та високу якість життя пацієнтів, на відміну від хворих з перманентними колостомами. Проте у 10-30 % випадках при виконанні низьких

та інтерсфінктерних ректальних резекцій виникає проблема з недостатністю довжини життєздатного транспланта із сигмовидної кишки для низведення в анальний канал чи на промежину для формування анастомоза (дихотомічний тип судинної архітектоніки мезосигми, коротка кишка і т.д.). В таких випадках більшість хірургів завершують операцію обструктивною резекцією через високі ризики післяопераційних ускладнень та сумнівну надійність розширення об'єму резекції ободової кишки. В спеціалізованих онкологічних та колопроктологічних клініках виконується низведення лівої половини ободової кишки (ЛПОК), але у 7-10 % хворих навіть після цього не вдається досягти адекватної довжини трансплантату та операція завершується формуванням трансверзостоми. Залишається актуальним подальший пошук технічних прийомів щодо збільшення довжини життєздатного трансплантата при СЗО у хворих на РПК.

Матеріал та методи: в клініці розроблена методика низведення ЛПОК через брижу тонкого кишечника, що дозволяє зменшити необхідну довжину життєздатного трансплантата для низведення в анальний канал і таким чином збільшити питому вагу СЗО в лікуванні хворих на ампулярний РПК. Показами до виконання даного виду оперативного втручання вважали недостатність довжини життєздатного трансплантата для низведення в анальний канал при черевно-анальних резекціях прямої кишки (ЧАР ПК), що може спостерігатися в наступних випадках:

- 1-дихотомічний тип судинної архітектоніки мезосигми та ЛПОК;
- 2-первинно-множинний рак прямої та сигмовидної кишки;
- 3-РПК та супутні патологічні процеси в дистальних відділах ободової кишки (поліпоз, виражений дивертикульоз та сегментарний коліт, коротка брижа сигмовидної кишки, мегаколон, пухлинна інвазія сигмовидної кишки, тощо).
- 4-РПК або його рецидив у поєднанні з перенесеними операціями на дистальних відділах ободової кишки (операція Гартмана, сигмостома, ЧАР ПК, некроз низведеної кишки після ЧАР ПК, резекція сигмовидної кишки, лівобічна геміколектомія);

На базі Чернігівського облонкодиспансеру з 1991 по 2015 рік операції з низведенням ЛПОК через брижу тонкого кишечника виконано у 151 хворого, що склало 6,6 % від усіх СЗО. В дослідження

включено як первинні розширені ЧАР ПК так і операції ренизведення ободової кишки при некрозах низведеної кишки після стандартних ЧАР ПК. Вік хворих коливався в діапазоні від 25 до 78 років, середній вік склав $63 \pm 9,8$. Чоловіків було 86 (57 %), жінок – 65 (43%).

Результати: післяопераційні ускладнення виникли у 25 хворих (16,5 %), внутрішньолікарняна летальність – 6 випадків (4,0 %). Структура післяопераційних ускладнень: пневмонія – 6 випадків (1 летальний); злукова кишкова непрохідність – 3 вип., виконана релапаротомія та адгезіолізис; некроз низведеної кишки – 7 вип., серед них у 3 хворих проводили консервативне лікування, у 3 вип. діагностовано поширений некроз та виконана релапаротомія, трансверзостомія (1 хворий помер від перитоніту), ще у 1 хворого при поширеному некрозі з ознаками перитоніту виконана екстирпація низведеної кишки (помер від прогресування перитоніту); ТЕЛА – 4 вип. (всі летальні); ретракція, неспроможність відстроченого ректоободового анастомоза, нагноєння післяопераційної рани, ятрогенне пошкодження сечоводу, гематома лівого підребер'я з проривом в черевну порожнину – по 1 вип. У 5 випадках (3,6 %) при первинних розширених ректальних резекціях не вдалося низвести ЛПОК через недостатність довжини життєздатного трансплантата і операції завершені трансверзостомією.

Висновки: низведення ЛПОК через брижу тонкого кишечника дозволяє на 6,6 % збільшити питому вагу СЗО у хворих на РПК.

Розроблена методика є безпечним хірургічним підходом, так як показники

післяопераційних ускладнень та летальності практично не відрізняються від показників отриманих при стандартних ЧАР.

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КАРДІОЕЗОФАГЕАЛЬНИЙ РАК

Єрко І.П., Бардаков Г.Г., Балабушко С.Б.

Чернігівський обласний онкологічний диспансер
м. Чернігів, Україна

Вступ. Незважаючи на зниження захворюваності на рак шлунка, відмічається зростання виявлення раку кардіоезофагеальної зони.

В 1998 році J.R.Siewert запропонував зручну топографо-анатомічну класифікацію раку кардіоезофагеальної зони, яка дозволяє обрати доступ та виконати адекватний обсяг операції.

Матеріали та методи досліджень. Вибір оперативного доступу та обсягу операції визначали на підставі доопераційної ідентифікації типу пухлини за J.R.Siewert: операцію Льюїса виконували при I типі раку за Зівертом, лівобічну бокову лапаротомію з торакотомією з діафрагмотомією з лівобічною круротомією – при II типі. Лівобічну бокову лапаротомію із сагітальною діафрагмотомією та двобічною круротомією без торакотомії застосовували при II типі у людей похилого віку та у пацієнтів із важкою супутньої серцево-судиною патологією. Верхньосерединну лапаротомію з сагітальною діафрагмотомією та двобічною круротомією – при III типі раку. В усіх випадках формували ручий інвагінаційний антирефлюксийний стравохідно-кишковий або стравохідно-шлунковий анастомоз. За період з 1997 по 2014 рік виконано 297 операцій. Чоловіків – 211 (71%), жінок – 86 (29%). Розподіл пацієнтів за стадіями був наступним: I стадія – 14 (4,8%), II стадія – 68 (23,1%), III стадія – 157 (53,4 %), IV стадія – 55 (18,7%). Вікова категорія хворих: до 50 років – 28 (9,4%), 51-60 років – 67 (22,6%), 61-70 років – 146 (49,2%), старше 70 років – 56 (18,8%). В гістологічній структурі переважала аденокарцинома різного ступеня диференціювання 293 (98,7%), нейроендокринна пухлина – 1 (0,3%), лімфома – 1 (0,3%), гастроінтестинальна стромальна пухлина – 2 (0,7%). Виконані операції: Льюїса – 16 (помер – 1), екстирпація кукси шлунка з резекцією стравоходу торакоабдомінальним доступом – 4, екстирпація кукси шлунка з резекцією стравоходу абдомінальним доступом – 2, проксимальна резекція шлунка з резекцією стравоходу торакоабдомінальним доступом типу Гарлока – 93 (помер – 5), проксимальна резекція шлунка з резекцією стравоходу абдомінальним доступом – 94 (померло – 3), гастректомія з резекцією стравоходу торакоабдомінальним доступом – 64 (померло – 4), гастректомія з резекцією стравоходу абдомінальним доступом – 24 (померло – 1). Комбіновані операції виконано 47 (15,8%) хворим.

Результати досліджень та їх обговорення. Післяопераційні ускладнення виникли у 46 (15,5%) хворих: госпітальна пневмонія – 15 (померло – 2), ТЕЛА – 3 (померло 3), післяопераційний панкреатит

– 3 (помер 1), пневмоторакс – 3, емпієма плеври – 3 (помер 1), злукова тонкокишкова непрохідність – 3, стресові виразки тонкої кишки з перфорацією – 3 (померло – 2), внутрішньочеревна кровотеча – 2 (помер – 1), неспроможність стравохідно-кишкового анастомозу внаслідок некрозу дистальної частини стравоходу – 1 (помер – 1), неспроможність стравохідно-шлункового анастомозу – 1, ателектаз правої легені – 1, гемоторакс – 1, неспроможність кукси 12-типалої кишки – 1, ГССН – 1 (помер), стресова виразка стравоходу з кровотечею – 1 (помер), стресова виразка 12-типалої кишки – 1, тромбоз підключичної вени – 1, здухвинно-стеговий флеботромбоз – 1, осередковий некроз кукси шлунка – 1 (помер). Померло 14 хворих, післяопераційна летальність – 4,7%. Неспроможність анастомозу виникла у 2 хворих (0,67%). В пізньому післяопераційному періоді рубцевий стеноз виник у 7 (2,4%), рефлюкс-езофагіт – у 15 (5,1%) хворих.

Висновки. 1. Обсяг операції та доступ залежать від поширеності раку відносно кардіального відділу шлунка та супутньої серцево-судинної патології. 2. При поширенні раку в межах до 2 см на стравохід застосування абдомінального доступу не впливає на віддалені результати лікування хворих, особливо доцільним для використання у хворих похилого віку із супутньою серцево-судинною патологією. 3. Формування ручного інвагінаційного анастомозу є простим та надійним методом, що дає хороші функціональні результати.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУ РАКУ ГОРТАНІ В ШИЙНІЙ ДІЛЯНЦІ СТРАВОХОДУ

Зовтун В.В., Сірик О.О., Мулярчук Н.С.,

Сташенко О.Д., Науменко С.В.

Миколаївський обласний онкологічний диспансер

КЗ Херсонський обласний онкологічний диспансер

м. Миколаїв, Україна

Вступ. Проблема лікування рецидивів раку органів голови та шиї в шийній ділянці стравоходу, особливо з враженням шкіри, в умовах виражених рубцевих змін навколишніх тканин після раніше проведених променевих та хірургічних лікувань є досить

складною та не до кінця вирішеною. Велика кількість місцевих рецидивів в стравоході, зумовлених особливостями лімфогенного розповсюдження пухлинних клітин по стравоходу далеко за лінію можливої резекції з боку шиї, необхідність висічення м'яких тканин шиї над стравоходом, судинними пучками, складність реконструкції стравоходу місцевими тканинами, великий процент місцевих ускладнень, бажання хірурга якнайшвидше відновити фізіологічний прийом їжі та покращити якість життя цієї важкої когорти хворих в онкологічній практиці ставить завдання застосування складних в технічному плані хірургічних методик. Формування шийної ділянки стравоходу фрагментами товстої кишки з накладенням мікрохірургічних судинних анастомозів потребує підготовки онкохірурга з питань мікрохірургії, не вирішує проблеми рецидиву в нижче лежачих ділянках стравоходу, анастомоз з грудним відділом стравоходу з боку шиї з фрагментом кишки взагалі стоїть під великим питанням. Одним із рішень питань з лікування даної групи хворих, на наш погляд, є тотальне видалення стравоходу в блоці з м'якими тканинами шиї з одномоментною пластикою ізоперистальтичним трансплантатом зі шлунку трансхіатальним доступом з накладенням анастомозу з горлянку.

Матеріали та методи. Тотальна екстирпація стравоходу в блоці з враженими м'якими тканинами шиї з одномоментною реконструкцією ізоперистальтичним трансплантатом зі шлунку та пластикою тканин шиї дельтопекторальним шматом вперше застосована в Миколаївському обласному онкологічному диспансері з січня 2015р. Основні етапи операції - мобілізація пухлини з боку шиї в блоці з враженими м'якими тканинами над стравоходом з максимальною мобілізацією останнього від трахеї з боку шиї в верхньому середостінні та відсічення від горлянки. Верхньосерединна лапаротомія, мобілізація шлунку по малій та великій кривизні, виділення та відсічення абдомінального відділу стравоходу, діафрагмотомія, трансхіатальна мобілізація стравоходу та його видалення в блоці з пухлиною, формування ізоперистальтичного трансплантату з великої кривизни шлунку, пілоропластика, проведення сформованого нового стравоходу через задне середостіння, анастомоз з горлянку, пластика дефекту м'яких тканин шиї дельтопекторальним шматом,

дренування ран, шви.

Результати та їх обговорення. За даною методикою прооперовано одного хворого. Відмічалось часткове розходження швів в ділянці шийного анастомозу, куповано консервативно, харчування через рот відновлено на 24 добу.

Висновки. Трансхіатальна екстирпація стравоходу з одномоментною пластикою його ізоперистальтичним трансплантатом зі шлунку в комбінації з пластикою дефекту м'яких тканин ший дельтопекторальним шматом при хірургічному лікуванню рецидиву раку гортані в шийній ділянці стравоходу може бути методом вибору на сучасному етапі .

ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ МЕТОДІВ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ ПУХЛИННОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Каніковський Д.О., Біктіміров О.В.

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Симптоматична біліарна декомпресія є одним з найбільш складних питань паліативного хірургічного лікування онкопатології гепатопанкреатодуоденальної зони. Проведений аналіз хірургічного лікування 112 хворих (2000-2015 рр). Серед обстежених чоловіків 83 (74,1±4,1%), жінок 29 (25,9±4,1%; $p < 0,01$). Середній вік 52,1±10,3 роки, пік захворюваності 40-60 років. Післяопераційна летальність 2,7% (3), середній термін лікування 9,4 доби.

Відповідно до локалізації вогнища первинного процесу рак головки підшлункової залози діагностовано у 75 (66,9%) хворих, рак спільної жовчної протоки у 14 (12,5%), рак великого дуоденального соска 9 (8,0%), рак печінкових проток 7 (6,3%), рак жовчного міхура з інвазією в магістральні жовчні протоки 7 (6,3%). За стадією онкологічного процесу III стадія констатована у 34 (30,4%) хворих, IV стадія – 78 (69,6%).

Всім хворим виконувалась хірургічна корекція біліарної гіпертензії. Інтраопераційним визначенням тиску в системі жовчних проток було констатовано 1 ст. гіпертензії (<120 мм H₂O) у 11 (9,8%) хворих, 2 ст. (120-240 мм H₂O) у 69 (61,6%), 3ст.(>240 мм H₂O) у 32

(28,6%).

Зовнішня трансабдомінальна декомпресія виконана у 12 хворих, білідигестивні анастомози 55, комбінована декомпресія 19, трансабдомінальне стентування спільної жовчної протоки – 7. Ендоскопічне стентування виконано 15. Лапароскопічна зовнішня декомпресія – 4.

Ендоскопічне стентування було найбільш ефективним у хворих на рак великого дуоденального соска (4) та рак голівки підшлункової залози (11). У 9(37,5%) хворих (рак спільної жовчної протоки 5, рак печінкових проток 3, рак підшлункової залози 1) стент не вдалося провести. Трансабдомінальне стентування було ефективним у хворих на рак печінкових проток (4) та рак спільної жовчної протоки (3).

У хворих на рак підшлункової залози білідигестивні анастомози (48) при ознаках дуоденостазу доповнювали обхідним гастроентероанастомозом (19). Серед 29 хворих з ізольованою внутрішньою біліарною декомпресією у 10 (34,5%) протягом 6 міс. післяопераційного періоду було виконано гастроентероанастомоз у зв'язку з декомпенсованим дуоденостазом.

ВИБІР СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ КІСТОЗНИХ ВРАЖЕНЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Каніковський О.Є., Павлик І.В.

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Кістозні враження підшлункової залози являються не тільки ускладненням деструктивного процесу, який проходить в підшлунковій залозі(ПЗ) та оточуючих тканинах при гострому та хронічному панкреатиті (ХП) але можуть бути проявом злоякісних процесів.

Матеріал та методи. В хірургічній клініці медичного факультету №2 ВНМУ ім. М.І.Пирогова протягом 2000 – 2015 рр. проведено хірургічне лікування 118 хворих з кістозним враженням ПЗ. Чоловіків було 97, жінок - 21, середній вік $46,0 \pm 13,7$ років. Причиною кістозного враження ПЗ у 108 хворих був ХП, у 10 – злоякісна патологія.

За рівнем панкреатичної гіпертензії умовно виділяли три ступені: 1ст. <200 мм Н2О – 4; 2ст.- 200 – 400 мм Н2О – 7; 3ст.- >400 мм Н2О – 5. Для оцінки ефективності корекції болювого синдрому використовували опитувальник SF-36 показник «інтенсивність болю» (Р) та візуально-аналогову шкалу (ВАШ).

Результати та обговорення. Відмічали пряму залежність інтенсивності болю від ступені панкреатичної гіпертензії. Серед хворих на кісти ПЗ при I ступені підвищення тиску показник Р склав $3,5 \pm 0,21$; ВАШ $2,7 \pm 0,18$. При II ступені $P = 6,8 \pm 0,25$ ($t=10,0$; $n=10$; $p<0,01$), ВАШ= $5,5 \pm 0,32$ ($t=7,6$; $n=10$; $p<0,01$). При III ступені $P=10,7 \pm 0,52$ ($t=6,7$; $n=11$; $p<0,01$), ВАШ= $8,2 \pm 0,44$ ($t=5,0$; $n=11$; $p<0,01$).

У хворих на кісти ПЗ виконували внутрішню декомпресію (43), зовнішню декомпресію (12), внутрішньо-зовнішню декомпресію (33), резекційні методи (5). При неускладнених кістах ПЗ у 58,1% виконали внутрішню декомпресію, у 19 хворих з ускладненнями-зовнішню (12) або комбіновану декомпресію (7).

У 10 хворих було підтверджено кістозні пухлини ПЗ, які локалізувалися в хвості (7) та тілі (3) ПЗ. Всім хворим виконано корпорокаудальну резекцію ПЗ.

Висновки: у зв'язку з високою поширеністю кістозних пухлин всім хворим на кісти має бути виключено пухлинне враження ПЗ.

ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНА СТРОМАЛЬНА ПУХЛИНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ЛІКУВАННЯ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Ковальчук А.П., Болюх Д.Б., Клибанівський В.В., Солоненко С.В.

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

м. Вінниця, Україна

Вступ. Гастроінтестинальні стромальні пухлини (GIST) – найбільш розповсюджені новоутворення ШКТ мезенхімального походження – до 80 % сполучнотканинних пухлин. У випадках локалізованих резектабельних форм стандартним є хірургічне лікування в об'ємі резекції відділу органа з пухлиною в межах здорових тканин з регіонарними лімфовузлами. Метастазування пухлини відбувається переважно гематогенним шляхом, тому виконання розширених

лімфодиссекції вважається не доцільним

Матеріали і методи. У Вінницькому обласному клінічному онкологічному диспансері з 2011 року діагностовано та спостерігалось 14 хворих на гастроінтестинальні пухлини ШКТ. В усіх випадках діагноз підтверджено імуногістохімічним дослідженням.

Результати та обговорення. Діагноз встановлювався на основі імуногістохімічного дослідження визначенням експресії С-KIT (тирозинкіназний рецептор) за допомогою моноклонального антитіла CD-117. Чоловіків 6 (42,9%), жінок 8 (57,1%). Вік хворих від 26 до 69 років (середній вік 56,8 років). За локалізацією первинної пухлини пацієнти розподілялись наступним чином: шлунок – 7 (50,0%), стравохід – 2 (14,3%), тонка кишка – 4 (28,6%), товстий кишечник – 1 (7,2%). У 4 хворих було діагностовано пухлину в IV стадії, у всіх цих хворих були наявні метастази в печінку. У 10 хворих з резектабельним процесом були виконані наступні оперативні втручання: гастректомії та субтотальні резекції шлунка – 5 (50,0%), резекція тонкої кишки – 4 (40,0%), резекція прямої кишки – 1 (10,0%). Випадків післяопераційної летальності не було. Хворих, яким проведено хірургічне лікування в радикальному об'ємі перебувають в групі спостереження з безрецидивним перебігом, із них 4 отримували цитостатичну хіміотерапію. Медіана тривалості життя хворих з IV стадією пухлини склала 22 тижні.

Висновки: хірургічний метод є основним в лікуванні GIST. Прогностичним фактором є стадія, ступень диференціювання пухлини. Стандартом хірургічного лікування GIST є резекція органа з пухлиною. Розширення об'єму лімфодиссекції не доцільно через переважно гематогенний шлях метастазування.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ КОЛОСТОМОВАНИХ ХВОРИХ ЗА МАТЕРІАЛАМИ КЛІНІКИ

Ковальчук А.П., Дроненко В.Г., Клибанівський В.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Вступ. Не дивлячись на високий рівень розвитку колопроктології

кількість стомованих хворих постійно збільшується. При цьому найбільшу питому вагу в структурі захворюваності на колоректальну патологію складають онкологічні процеси злоякісного характеру, хірургічне лікування яких, в об'ємі первинно-відновної операції є головний та фінальний етапом реабілітації хворих з тимчасовою колостою.

Матеріали та методи. Проведено аналіз реконструктивно-відновних оперативних втручань у 247 хворих з колостомами різної локалізації за останні 15 років, які лікувались в ВОКОД. Реконструкція проводилась у 195 (78,9%) хворих після операції Гартмана та у 52 (21,1%) після обструктивних резекцій ободової кишки з різною локалізацією пухлини. При цьому було накладено різні анастомотичні сполучення. Так, у 152 (61,5%) хворих формували сигмо-ректоанастомоз; у 43 (17,4%) сигмо-сигмо-; у 23 (9,3%) - траверзо-сигмо-; у 17 (6,8%) - траверзо-трансверзоанастомоз, використовуючи різні типи міжкишкового співюстя: кінець в бік – 164 (66,3%) хворих, кінець в кінець – 83 (33,7%).

Терміни виконання реконструктивно-відновних операцій розподілялись наступним чином: до одного місяця - 31 (12,5%) хворих, двох місяців – 149 (60,3%), трьох місяців – 37 (14,9%), чотирьох місяців – 19 (7,6%), п'яти і більше місяців – 11 (4,4%).

Результати та обговорення. Після виконання реконструктивно-відновних операцій у 224 (90,6 %) хворих ускладнень с сторони анастомозу не спостерігали, у 11(4,4%) прооперованих виникла неспроможність, яка самостійно закрилась у 7 (2,8%) протягом 2-6 тижнів, у 4 (1,6%) релапаратомія з формуванням повторної колостоми. В 193 (78,1%) хворих проведення оперативних втручань ускладнювалось спайковим процесом різного ступеня вираженості з класичною закономірністю - чим більший термін до початку проведення реконструкції, тим більш виражений спайковий процес. Також мав значення час від першого оперативного втручання до реконструкції по відношенню до стану кишкової стінки. Так, в період менш ніж за один місяць мали місце явища дегенеративних змін стінки кишки, що збільшувало ризик виникнення неспроможності швів співюстя, який ми спостерігали в 5 (2,0%) прооперованих хворих на даний термін.

Висновки. Основним методом реабілітації хворих з тимчасовою колостомою є оперативне втручання в об'ємі формування міжкишкового анастомозу в період від 2 до 3 місяців, коли відбувається адекватне відновлення всіх функцій організму, маси тіла, структури стінки кишки і зникають явища запального процесу.

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ У ВІННИЦЬКОМУ РЕГІОНІ

Ковальчук А.П.¹, Какар'юк О.Я.², Ковальчук Б.А.¹

¹Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

²Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,
кафедра онкології
м. Вінниця, Україна

Коло-ректальний рак (КРР) відноситься до числа найбільш поширених злоякісних захворювань у розвинутих країнах світу. Ризик розвитку КРР в європейській популяції складає 4-5%. Найбільший рівень захворюваності зафіксований серед економічно забезпечених груп населення. Рак товстої кишки є другою за частотою причиною смерті від злоякісних новоутворень у США, поступаючись лише раку легені. В республіці Молдова, з 2008 року КРР стоїть на 1 місці, хоча в 2006 р поступався раку легені і раку грудної залози. В Україні в 1990 році КРР займав 4 позицію, зараз – третю, а в 2020 р. прогнозується вихід його на 1 місце. Протягом останніх років Вінниччина бере участь в пілотному проекті по реформуванню первинної ланки охорони здоров'я, що на нашу думку вплинуло на деякі епідеміологічні показники в сфері онкології. Ми проаналізували захворюваність і смертність від КРР у населення Вінницької області. Захворюваність на КРР за 2013 р. склала 19,6‰ і зайняла VII позицію в структурі онкопатології. Смертність від раку ободової кишки склала 11,9‰ (V місце в структурі смертності від злоякісних новоутворень), раку прямої кишки – VI рангове місце. Проаналізувавши динаміку захворюваності і смертності від КРР у Вінницькій обл. за останні 5 років виявлено, що пік захворюваності на рак ободової кишки припав на 2010 рік, коли вона становила 20,7‰, після чого відмічено спад. В 2013 році вона склала 19,6‰. Захворюваність на рак прямої кишки

навпаки в 2010 році була найнижчою (18,4‰), в 2012 зрівнялась з раком ободової кишки, а в 2013 випередила рак ободової кишки і становила вже 20,2‰. Не зважаючи на те, що рак прямої кишки відноситься до патології зовнішньої локалізації і повинен виявлятися при профілактичних оглядах, діагностика його в ранніх стадіях за останні 5 років суттєво погіршилось. Так в 2009 р в I стадії виявлялось 24,3% хворих, в 2010 р – 21,8%, то в 2013 – лише 15,1% хворих. Питома ж вага занедбаних випадків (III-IV стадії) збільшилась. III стадії з 10,4 % в 2009 р. до 16,1 % в 2013 р., IV стадії з 9,2% до 12,7% відповідно. Також зменшилось виявлення I стадії раку ободової кишки з 22,3% до 16,6%. Зменшилась частка морфологічної верифікація раку прямої кишки (з 89,7% до 85,8%). Така картина, очевидно, зумовлена зниженням відповідального ставлення до діагностики онкологічної патології лікарями загальної практики, що в свою чергу призвело до зменшення охоплення спеціалізованим лікуванням хворих на рак прямої кишки з 70,4% в 2009 р до 68,7% в 2013р. До того ж збільшився відсоток хворих (з 13,1 до 13,5), які отримували лише хірургічне лікування за рахунок зменшення частки комбінованого і комплексного лікування з 56,8% до 50%. Таким чином охоплення радикальним лікуванням хворих на КРР за останні 5 років знизилось, причиною чого є погіршення ранньої діагностики і морфологічної верифікації пухлин даної локалізації. Доказом важливості ранньої діагностики слугує аналіз 5-річної виживаності. У хворих, лікування яких розпочато в I стадії, вона становила 82,3 %, всі хворі прожили більше 2 років, тоді, як 5,7% хворих, що розпочали лікування в II стадії, загинули протягом першого року, 5-річна виживаність їх склала 79,2 %. До 5 років хворих з III стадією дожило лише половина, а 23,6 % з них померли протягом першого року після лікування. Хворі, які на момент початку лікування знаходились в IV стадії не прожили навіть 2 років, 42,9 % з них померли протягом першого року. Шляхом до покращення результатів лікування КРР є покращення його ранньої діагностики, яку ми бачимо у відновленні профілактичних оглядів населення, санітарно-просвітницькій роботі, покращенні забезпечення і роботи кабінетів долікарського огляду, у підвищенні рівня підготовки сімейних лікарів з онкології, підвищенні ролі районних онкологів.

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ
КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК ІЗ СИНХРОННИМ УРАЖЕННЯМ
ПЕЧІНКИ**

*О.О. Колеснік, А.А. Бурлака, А.В. Лукашенко,
В.В. Приймак, І.Б. Щепотін*

Національний інститут раку

Науково-дослідне відділення пухлин органів черевної порожнини та
заочеревинного простору

м. Київ, Україна

Ключові слова: метастатичний колоректальний рак, одномоментні та двоетапні резекції, синхронне метастазування.

Актуальність: синхронне метастатичне ураження печінки при колоректальному раку (сМ-КРР) є вкрай несприятливим прогностичним фактором. Хірургічне лікування залишається найбільш ефективним методом, який здатний достовірно продовжити життя таких пацієнтів. До цього часу залишається дискусійним алгоритм лікування цих хворих, зокрема ефективність та безпечність одномоментних резекцій первинної пухлини та віддалених синхронних метастазів.

Матеріал та методи: базуються на вивченні результатів лікування 126 хворих на сМ-КРР (pT1-4N0-2M1 при раку ободової кишки та pT1-3N0-2M1 при раку прямої кишки), яким виконано одномоментне (група I) чи двоетапне (група II) хірургічне лікування за період із 2008 по 2015 рр. на базі науково-дослідного відділення пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку.

Результати: сумарний рівень післяопераційних ускладнень, зареєстрованих за 30-денний післяопераційний період склав 33,3% та 21,7% у хворих групи I та II відповідно ($p = 0,38$). Більшість серйозних ускладнень (\geq IIIa рівня за шкалою Clavien-Dindo) зареєстровано у когорти пацієнтів, які перенесли «велику» резекцію печінки (20,9%), тоді як при «малих резекціях» - 4,8%, $p = 0,007$. Сумарний ліжко-день складав $18 \pm 9,5$ та $31 \pm 7,8$ відповідно для I та II групи $p < 0,001$. Також виявили перевагу одномоментної хірургічної тактики за тривалістю оперативних втручань, яка склала $367 \pm 71,8$ хв. для

групи одномоментних резекцій та $515 \pm 119,1$ хв. в групі двоетапних хірургічних втручань $p < 0,001$.

Висновки: одномоментні резекції ≤ 3 сегментів печінки із метастазами та товстого кишківника із первинною пухлиною при сМ-КРР є безпечною хірургічною тактикою (ускладнення \geq IIIa рівня складають 4,8%). Одномоментні резекції > 3 сегментів печінки із метастазами та прямої кишки із первинною пухлиною при сМ-РПК достовірно збільшують ускладнення \geq IIIa рівня (20,9%), $p = 0,007$. Одномоментні резекції забезпечили зменшення терміну стаціонарного лікування на 58,1% та тривалості оперативних втручань на 71,3% ($p < 0,001$). Середня вартість лікування одного хворого на сМ-КРР із застосуванням двоетапних резекцій перевищила таку в групі хворих із застосуванням одномоментного хірургічного лікування даної патології на 40,9%.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ АНАЛЬНОГО СФІНКТЕРА ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ

*Колеснік О.О., Безносенко А.П., Грабовий О.М.,
Кротевиц М.С., Махмудов Д.Е.*

Національний інститут раку
м. Київ, Україна

Вступ. В даний час є досить підтверджень негативного впливу променевої терапії на функцію анального сфінктера. Проте, морфологічні зміни, які приводять до анальної інконтиненції після використання різних схем неоад'ювантної променевої терапії (НПТ), залишаються невивченими. Метою даного дослідження було вивчення гістологічних змін в тканині анального сфінктера після використання різних схем НПТ в комбінованому лікуванні злоякісних пухлин прямої кишки.

Мета дослідження: дослідити морфологічні зміни тканини анального сфінктера після застосування різних схем та доз НПТ.

Матеріали і методи: проаналізовано гістологічні зміни тканини анального сфінктера у 49 пацієнтів після НПТ і екстирпації прямої кишки. 12 пацієнтам проведена НПТ сумарною дозою 20 Гр крупними

фракціями, 14 пацієнтам – 30 Гр дрібними фракціями, 13 пацієнтам – 50 – 60 Гр дрібними фракціями. До контрольної групи увійшли 10 пацієнтів, яким НПТ не проводилась.

Результати: фіброз I ступеню спостерігається переважно в групах 20 Гр і 30 Гр – 75,1% і 64,3% відповідно. У групі 50 – 60 Гр фіброз II і III ступеню визначається в 46,2% і 30,7% відповідно. Спостерігається тенденція до зменшення кількості нервових елементів при збільшенні дози опромінення, хоча достовірної різниці не отримано ($p=0,28$).

Висновки: внаслідок променевої альтерації розвиваються дегенеративні і запальні зміни в тканині анального сфінктера, які приводить до заміщення м'язових елементів фіброзною тканиною і є морфологічним субстратом для подальших функціональних змін.

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ II–III СТАДІЙ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

Колеснік О.О., Іванкова В.С., Столярова О.Ю.,

Безносенко А.П., Махмудов Д.Е.

Національний інститут раку

м. Київ, Україна

Вступ. В Україні на момент встановлення діагнозу майже у 70 % хворих на рак прямої кишки виявляють II–III стадії захворювання. Стандартом лікування хворих є комбінований метод, що передбачає використання неoad'ювантної променевої терапії (НПТ) і хірургічного втручання з виконанням тотальної мезоректумектомії.

Мета дослідження: дослідити ефективність комбінованого лікування хворих на рак нижньоампулярного відділу прямої кишки II–III стадій з використанням дрібно- або крупнофракційної неoad'ювантної променевої терапії.

Матеріали і методи: проведено проспективне мультицентрове рандомізоване дослідження в Національному інституті раку, Миколаївському та Чернігівському онкологічних диспансерах 251 хворого на рак прямої кишки (РПК) нижньоампулярного відділу. У I групі хворих ($n = 150$) НПТ проведена методикою великого фракціонування разовою дозою 4–5 Гр до сумарної дози (СОД) 20–25

Гр з хірургічним втручанням через 24–48 годин, у II групі (n = 101) НПТ проводилось упродовж 15 діб, разовою дозою 2 Гр до СОД 30 Гр з наступним хірургічним втручанням не раніше ніж через 3 тижня. Досліджували зміну розмірів пухлини за критеріями RECIST після НПТ, можливість збільшення виконання сфінктерозберігальних операцій (СЗО), рівень периопераційних ускладнень, віддалені результати лікування.

Результати: у 30 (29,7%) хворих II групи відзначалася часткова або повна регресія пухлини після НПТ СОД 30 Гр. Кількість СЗО у II групі склала 80,2%, у групі I – 60,1% ($p < 0,005$). Рівень післяопераційних ускладнень не відрізнявся в обох групах (I група – 5,3%, II група – 4,9%) ($p > 0,05$). 5-річна загальна виживаність у групі II склала 79,8 %, у групі I – 70,6 %, ($p = 0,045$). Локальний рецидив виник у 17 (11,3%) хворих I групи і у 6 (5,9%) хворих групі II. 5-річна загальна виживаність хворих, які мали повну або часткову регресію, становить 88,6%, виживаність хворих зі стабілізацією у тій самій групі – 76,9 % ($p = 0,038$).

Висновки: НПТ дрібними фракціями сприяє стабілізації і регресії пухлинного процесу, що покращує безпосередні та віддалені результати лікування. Запропонована авторами методика дає можливість достовірно підвищити кількість СЗО і тим самим покращити якість життя хворих.

ВПЛИВ ПЕРИОПЕРАЦІЙНИХ ГЕМОТРАНСФУЗІЙ НА БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ОБОДОВОЇ КИШКИ

*О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, Д.Е. Махмудов, А.А. Бурлака,
М.О. Волк, А.П. Безносенко, В.В. Приймак*

Національний інститут раку
м. Київ, Україна

Вступ. Вторинна анемія у хворих на рак ободової кишки (РОК) наявна у 45–70%. Основним методом її корекції вважається проведення периопераційних гемотрансфузій (ПГТ). Відомо, що ПГТ достовірно погіршують віддалені результати лікування такої категорії хворих. Вплив супутньої анемії та ПГТ на безпосередні результати хірургічного лікування хворих на РОК залишається невирішеним та

дискутабельним питанням.

Матеріали і методи. В дослідження включено пацієнтів, яким в період з 2008 по 2013 роки проводилось хірургічне лікування РОК ($pT_{1-4a}N_{0-2}M_{0-1a}$), ускладненого анемією середнього та важкого ступеня. До основної групи (ОГ) увійшли хворі, яким ПГТ не проводились. Хворим контрольної групи (КГ) проводились ПГТ еритроцитарної маси. Досліджувались ступінь тяжкості анемії, трансфузійний статус та їх вплив на безпосередні результати лікування.

Результати. Включено 159 пацієнтів. З них ОГ – 73 (ПГТ не проводились) та КГ – 86 (трансфузія 1 – 3 доз еритроцитарної маси). Групи репрезентативні за віком, статтю, індексом маси тіла хворих, локалізацією пухлини, стадією та обсягом операції. В ОГ 49 (67%) хворих мали анемію середнього ступеня, 24 (33%) – важкого, в КГ – 52 (61%) та 34 (39%) ($p=0,236$ та $0,172$). Післяопераційних ускладнень відмічалось більше в КГ ніж в ОГ – 17 (21%) та 8 (10%) ($p<0,05$). Післяопераційна летальність в КГ склала 4,7%, в ОГ – 0 ($p<0,05$). Відносний ризик (ВР) розвитку післяопераційних ускладнень в залежності від наявності анемії важкого ступеня виявився незначним – 0,43 (1,125 – 2,9) для ОГ та 0,96 (1,66 – 2,86) для КГ. Для хворих, яким проводились ПГТ, ВР розвитку ускладнень становив 1,42 (1,03 – 2,01).

Висновки. Супутня анемія середнього та важкого ступеня у хворих на РОК не впливала на розвиток післяопераційних ускладнень, в той час як ПГТ виступали значимим фактором ризику.

**РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИВІСЦЕРАЛЬНИХ
РЕЗЕКЦІЙ ПРИ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОМУ РАКУ
ОБОДОВОЇ КИШКИ З ІНВАЗІЄЮ В ОРГАНИ
ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ**

*О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, Д.Е. Махмудов, А.А. Бурлака,
М.О. Волк, В.В. Приймак, А.П. Безносенко*

Національний інститут раку
м. Київ, Україна

Вступ. Мультивісцеральні резекції (МВР) визнані «золотим стандартом» хірургічного лікування місцево-поширеного раку ободової кишки (МПРОК). Результати хірургічного лікування

МПРОК з інвазією в органи гепатопанкреатобіліарної зони (ГПБЗ) є малочисельними та недостатньо вивченими.

Матеріали і методи. Включено 625 пацієнтів, яким в період з 2000 по 2010 роки проводилось хірургічне лікування МПРОК $pT_{4a-b}N_{0-2}M_0$. МВР виконано 237 хворим (34%), з них при інвазії в ГПБЗ – 39 (16,5%). Додатково включено 32 пацієнти, яким з приводу МПРОК $pT_{4b}N_{0-2}M_0$ виконано стандартні оперативні втручання R_{1-2} .

Результати. Післяопераційні ускладнення III-IV типу за Clavien – Dindo та післяопераційна летальність серед всіх МВР, МВР з інвазією в ГПБЗ та R_{1-2} резекцій становили 19% і 3,3%, 39% і 0%, 6,25% і 3% відповідно. Основними видами ускладнень були гнійно-септичні, серед пацієнтів з МПРОК з інвазією в ГПБЗ – зовнішні панкреатичні нориці. Загальна 5-річна виживаність серед усіх МВР становила $60,7 \pm 3,9\%$ з медіаною 23 міс., МВР з інвазією в ГПБЗ – $49 \pm 3\%$ та 19,6 міс. В групі хворих, яким виконувались стандартні R_{1-2} резекції у випадках запальної інфільтрації загальна 5-річна виживаність склала $32 \pm 6\%$ з медіаною 22,7 міс., при наявності пухлинної інвазії – $6 \pm 4\%$ з медіаною 4 міс.

Висновки. Виконання радикальної МВР у хворих на МПРОК з інвазією в органи і структури ГПБЗ, не зважаючи на більшу кількість післяопераційних ускладнень, є виправданою та оптимальною лікувальною тактикою, що безпосередньо покращує віддалені результати.

ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ ОБОДОВОЇ КИШКИ

*О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, Д.Е. Махмудов, А.А. Бурлака,
М.О. Волк, В.В. Приймак, А.П. Безносенко*

Національний інститут раку
м. Київ, Україна

Вступ. Колоректальний рак (КРР) продовжує займати лідуючі позиції в структурі онкологічної захворюваності в усьому світі, посідаючи перше місце в Україні. Більш ніж 70% первинних хворих мають I – III стадії захворювання та потребують радикального

хірургічного лікування. Післяопераційні ускладнення розвиваються у 20 – 30% хворих. Мультиmodalний підхід, спрямований на реабілітацію у найкоротші строки дасть можливість покращити безпосередні результати лікування.

Матеріали і методи. Проведене рандомізоване багатоцентрове дослідження, до якого залучено 280 хворих на КРР $pT_{1-4a}N_{0-2}M_{0-1a}$. Пацієнтам основної групи (ОГ) проведено хірургічне лікування КРР за мультиmodalною програмою швидкого відновлення, двох контрольних груп (КГ 1 та КГ 2) – за стандартною програмою. Оцінені загальний період відновлення, частота післяопераційних ускладнень та летальності, їх відносні ризики.

Результати. До ОГ включено 115 пацієнтів, до КГ 1 – 85, до КГ 2 – 80. Групи репрезентативні за віком, статтю, індексом маси тіла, локалізацією пухлини, стадією та обсягом операцій. Рівні післяопераційних ускладнень для пацієнтів ОГ, КГ 1 та КГ 2 склали 10 (8,7%), 16 (20%) та 15 (18%) відповідно. Післяопераційна летальність становила 0,9%, 6,25% та 1,2% для ОГ, КГ 1 та КГ 2 відповідно. Відносний ризик розвитку післяопераційних ускладнень для пацієнтів КГ 1 та КГ 2 в порівнянні із ОГ склав 2,198 (при 95% довірчому інтервалі 1,122-4,305). Загальний період відновлення склав $6,3 \pm 3,4$ діб для пацієнтів ОГ, $18,4 \pm 8,7$ – для КГ 1 та 15 ± 7 – для КГ 2.

Висновки. Застосування мультиmodalної програми швидкого відновлення при хірургічному лікуванні хворих на КРР дає можливість зменшити загальний період реабілітації, рівні післяопераційних ускладнень та летальності в порівнянні з стандартною методикою.

РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОНАННЯ МУЛЬТИВІСЦЕРАЛЬНИХ РЕЗЕКЦІЙ ПРИ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОМУ КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ З ІНВАЗІЄЮ В СЕЧОВИЙ МІХУР

О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, Д.Е. Махмудов, А.А. Бурлака,

М.О. Волк, В.В. Приймак, А.П. Безносенко

Національний інститут раку

м. Київ, Україна

Вступ. Місцево-поширений колоректальний рак (МПКРР) виявляється в 5 – 34% первинних пухлин цієї локалізації, вражаючи,

як правило, декілька сумісних структур. Серед них інвазія в сечовий міхур (СМ) спостерігається у 31 – 73%. Результати хірургічного лікування МПКРР з ізольованою інвазією в сечовий міхур є недостатньо вивченими.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 303 хворих на МПКРР, яким в період з 2008 по 2013 роки виконувались мультивісцеральні резекції (МВР). Основна група (ОГ) – 85 пацієнтів – радикальні МВР з резекцією сечового міхура при МПКРР $pT_{4b}N_{0-2}M_0$; контрольна група – 218 пацієнтів – стандартні оперативні втручання з приводу МПКРР $pT_{4a}N_{0-2}M_0$. Оцінено частоту післяопераційних ускладнень III – V типів за Clavien – Dindo, рівні пухлинної інвазії, загальної та безрецидивної 5-річної виживаності.

Результати. МВР з резекцією сечового міхура були виконані 17 хворим на рак прямої кишки (20%) та 54 – сигмоподібної (80%). Резекція сечоводу з уретероцистостомією виконана у 14 випадках (16%). В ОГ ускладнення III – IV типів були у 12 (14%) хворих. Найбільш частими були сечові та коловезикальні норичі – 5 (6%) та неспроможність колоректального анастомозу – 4 (5%). Релапаротомії виконані 6 хворим (7%). В КГ неспроможність анастомозу виникла у 15 хворих (7%), спричинивши дифузний перитоніт у 9 (4%). Післяопераційної летальності не було в обох групах. Значимої різниці в частоті неспроможності колоректоанастомозу не було в обох групах ($p>0.05$). В ОГ частота пухлинної інвазії склала 53%, загальна та безрецидивна 5-річна виживаність – $62\pm 12,7\%$ та $39\pm 8\%$. В КГ загальна та безрецидивна 5-річна виживаність – $72,3\pm 9,5\%$ та $46,8\pm 10\%$ ($p>0,05$).

Висновки. МВР з приводу МПКРР з інвазією в сечовий міхур є безпечною та оптимальною тактикою лікування, що не погіршує безпосередні та забезпечує задовільні віддалені результати.

**ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ НА МІСЦЕВО-ПОШИРЕНИЙ РАК ПРЯМОЇ КИШКИ,
УСКЛАДНЕНИЙ УТВОРЕННЯМ ПУХЛИННИХ НОРИЦЬ**

*О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, Д.Е. Махмудов, А.А. Бурлака,
М.О. Волк, В.В. Приймак, А.П. Безносенко*

Національний інститут раку
м. Київ, Україна

Вступ. Місцево-поширений рак прямої кишки (МПРПК) з інвазією в суміжні органи виявляється у 5–22% хворих, серед яких утворення пухлинних нориць виникає у 7–9%. На сьогодні неoad'ювантна променева терапія (НПТ) за даними більшості авторів є протипоказаною хворим на МПРПК, ускладненим формуванням пухлинних нориць, не зважаючи на відомі переваги методики, такі як підвищення резектабельності та покращення віддалених результатів лікування.

Матеріали і методи. В період з 2000 по 2012 роки досліджено результати комбінованого лікування 32 хворих на МПРПК урT_{4b}N₀₋₂M₀ із формуванням ректовагінальних, ректовезикальних та зовнішніх пухлинних нориць. Після НПТ сумарною дозою 30 – 60 Грей всім пацієнтам виконані радикальні оперативні втручання. Оцінені ефект від НПТ, загальна та безрецидивна 5-річна виживаність, частота локальних рецидивів.

Результати. Локалізація первинних пухлин найбільш часто спостерігалась в нижньоампулярному відділі прямої кишки – 18 (56%). Ректовагінальні нориці були у 25 хворих (78%), ректовезикальні – 4 (12,5%), зовнішні – 3 (9,5%). Черевно-промежинна екстирпація виконана 20 хворим (63%). Сумарна доза НПТ 30 Грей призначена 13 хворим (40%), 50 – 60Грей – 19 (60%). Ускладнень, пов'язаних з НПТ, не було. Повна регресія пухлини із ліквідацією нориці була у 2 пацієнтів (6,25%), часткова регресія – 9 (27%), стабілізація – 21 (66,75%). Випадків пухлинної прогресії не було. Загальна та безрецидивна 5-річна виживаність склала 45±12,3% та 34±11,4%. Протягом періоду дослідження у 2 хворих (6%) виникли локальні рецидиви пухлини.

Висновки. Застосування НПТ у хворих на МПРПК, ускладнений формуванням пухлинних нориць, є безпечною та ефективною

лікувальною стратегією, що дає змогу підвищити рівень резектабельності та забезпечити задовільні рівні загальної та безрецидивної 5-річної виживаності.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ПУХЛИН ОБОДОВОЇ ТА ПРЯМОЇ КИШКИ

*О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, Д.Е. Махмудов, А.А. Бурлака,
М.О. Волк, В.В. Приймак, А.П. Безносенко*

Національний інститут раку
м. Київ, Україна

Вступ. Гастро-ентеро-панкреатичні нейроендокринні пухлини (ГЕП-НП) представляють рідкісний вид пухлин, що розвиваються із клітин дифузної ендокринної системи шлунково-кишкового тракту та становлять 3-4% всіх пухлин товстого кишечника. Клініко-морфологічні характеристики та результати хірургічного лікування ГЕП-НП на сьогодні є маловивченими.

Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз 56 пацієнтів із ГЕП-НП ободової та прямої кишки, яким проводилось хірургічне лікування. Оцінено середній вік, локалізація та ступінь злоякісності ГЕП-НП, частоту метастатичних форм, загальну та безрецидивну 5-річну виживаність.

Результати. Середній вік пацієнтів склав 58 ± 13 років. Серед скарг переважали первинні симптоми – в жодного хворого маніфестація захворювання не проявлялась карциноїдним кризом. ГЕП-НП з низьким ступенем злоякісності (NET-G1) були у 23 (40%) хворих (експресія Ki-67 $\leq 2\%$); середнім (NET-G2) – у 13 (24%) (експресія Ki-67 3-20%); високим (NET-G3) – у 20 (36%) (експресія Ki-67 $\geq 20\%$). Локалізація пухлини в ободовій кишці спостерігалась у 36 хворих (64%), в прямій – у 20 (36%). ГЕП-НП ободової кишки найбільш часто визначались у апендиксі та сліпій кишці (26%), прямої кишки – у нижньоампулярному відділі (16%). Первинно метастатична форма спостерігалась у 12 хворих (22%) – метастази в печінку (18%) та позапечінкові метастази (4%). Станом на січень 2013 року 17 (31%) хворих загинули – 11 (20%) від пухлинної прогерсії, 6 (11%) – від

непухлинних захворювань. Рівень загальної та 5-річної виживаності для хворих з локалізованою формою пухлин становив $72 \pm 11,4\%$ та $53 \pm 7,8\%$, з метастатичною формою - $28 \pm 6,7\%$ та $19 \pm 12,7\%$.

Висновки. ГЕП-НП ободової та прямої кишки демонструють значну клініко-морфологічну гетерогенність в порівнянні з аденокарциномами. Радикальне хірургічне лікування виступає як оптимальний та раціональний метод.

ЛАЗЕРНА АБЛЯЦІЯ В ЛІКУВАННІ КАРЦИНОЇДНИХ ПУХЛІН ТРАХЕЇ ТА БРОНХІВ

*Кондрацький Ю.М., Зайцев С.Л., Лебедєва О.І.,
Войцехович В.С., Разумейко І.В.*

Національний інститут раку
м. Київ, Україна

Вступ. Джерелом пухлинного росту при карциноїдних пухлинах легень є клітини APUD-системи, локалізовані в слизовій оболонці бронхіального дерева. Близько 70% усіх карциноїдів локалізується в головних бронхах і 30% - в периферичних відділах легень. Найчастіше вони розвиваються в правій легені, переважно в середній долі.

Актуальність. Хірургічний метод є методом вибору при лікуванні карциноїдних пухлин легень. Проте зважаючи на травматичність операцій і протипоказання до оперативного втручання у хворих із декомпенсованою супутньою патологією можливим є виконання лазерної абляції невеликих (до 3 см) нейроендокринних пухлин трахео-бронхіального дерева.

Матеріали та методи. Проліковані 9 пацієнтів з гістологічно підтвердженими нейроендокринними пухлинами бронхів з використанням фотонної поетапної вапоризації. Вік пацієнтів варіював від 35 до 70 років. Локалізація пухлин: верхня третина трахеї (n=1), головний бронх (n=2), дольові бронхи (n=4), проміжний бронх (n=1), трахео-бронхеальний кут (n=1). Під час ендоскопічного дослідження застосована методика лазерного випромінювання інфрачервоного діапазону спектру (ND - YAG лазер) з довжиною хвилі 1,06 мкм. Цей вид лазерного випромінювання проникає в тканину пухлини на глибину до 0,5 см і чинить виражену коагулюючу дію.

Ендоскопічне лазерне видалення пухлин розпочиналося з поетапної вапоризації верхівки . Через 3-4 дні після відторгнення некрозів виконується вапоризація ніжки і ложа пухлини. Коагульовані тканини відторгаються протягом 5-7 діб з утворенням опікових ран, що загоюються без грубої рубцевої деформації.

Результати. За період спостереження (6 років) рецидиви захворювання не зафіксовані.

Висновки. Фотонні технології розширюють можливості лікування неоперабельних хворих на нейроендокринні пухлини трахео-бронхіального дерева.

ВИБІР ОБ'ЄМУ ЛІМФОДИСЕКЦІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ СТРАВОХОДУ

*Кондрацький Ю.М., Васильєв О.В., Лебедева О.І.,
Зеленський А.І., Конецький В.І., Фридель Р.І., Зайцев С.Л.,
Разумейко І.А., Супруненко А.А.*

Національний інститут раку
Центральний клінічний військовий шпиталь
м. Київ, Україна

Хірургія є основним методом лікування резектабельного раку стравоходу (РС). Для пацієнтів з місцево-розповсюдженим РС та ураженням регіонарних лімфатичних вузлів застосування тільки хірургічного методу без неoad'ювантної терапії є незалежним предиктором гіршої виживаності.

Шийний і грудний стравохідно-шлункові анастомози є однаково безпечними при стандартній техніці їх накладання. Пластика стравоходу шлунком є методом вибору у переважній більшості випадків. Незважаючи на суперечки стосовно можливості виконання адекватного об'єму лімфодисекції, доведено, що трансторакальний та трансхіатальний підходи не мають суттєвих відмінностей при дослідженні віддалених результатів лікування.

Об'єм лімфодисекції при пухлинному ураженні грудного відділу стравоходу обумовлений в першу чергу розташуванням первинної пухлини та глибиною її інвазії. При лікуванні раку верхньої та середньої третини стравоходу II-III стадії рекомендується виконувати

трьохзонну лімфодисекцію. Шийний етап включає видалення шийних параезофагеальних, глибоких та надключичних лімфатичних вузлів. При грудному етапі видаляються верхні параезофагеальні, грудні паратрахеальні, біфуркаційні, параезофагеальні наддіафрагмальні лимфовузли та вузли воріт легень і заднього середостіння. В черевній порожнині видаляються вузли вздовж лівої шлункової артерії, малої кривини шлунка та паракардіальні лімфатичні вузли.

У пацієнтів з пухлинами нижньої третини стравоходу виконання шийної лімфодисекції є недоцільним, проте мобілізація шлунку виконується з лімфодисекцією в області черевного ствола і за ходом лівої шлункової артерії, з перетином лівої шлункової артерії, збереженням шлунково-сальникової артерії і правої шлункової артерії або з лімфодисекцією в об'ємі D2.

В ході радикального хірургічного втручання допустиме виконання як стандартною так і en-bloc лімфодисекції. Кількість видалених лімфатичних вузлів є незалежним предиктором виживаності після хірургічного лікування РС. Зниження смертності відзначається серед хворих, у яких робилася оцінка статусу 12 і більше лімфатичних вузлів.

НОВІ ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ У ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІ З ПАРАНЕОПЛАСТИЧНИМ РЕВМАТОЛОГІЧНИМ СИНДРОМОМ

Лисенко С.А., Стрижалковський О.В., Шибинський В.В.

Вінницький національний медичний університет

ім. М.І. Пирогова

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

м. Вінниця, Україна

Як відомо, достатньо поширеним при ракові легені (РЛ) є паранеопластичний ревматологічний синдром (ПНРС), який проявляється ознаками ураження кістково-суглобового апарату.

Мета: визначення нових прогностичних чинників у хворих на РЛ з ПНРС.

Матеріали та методи. В дослідження включено 707 хворих на РЛ, які знаходились діагностиці та лікуванні в торакальній клініці

ВОКОД протягом 2009-2012 років. Всі вони розподілені на дві групи: 515 (72,84%) пацієнтів із РЛ без проявів ПНРС та 192 (27,16%) - з ПНРС. Також хворі розподілилися по характеру проведеного лікування: ті, у яких основним було хірургічне лікування - 265 (37,5%); 269 (38,0%) хворих, які отримали консервативну протипухлинну терапію; хворі, які не отримали ніякого спеціального лікування - 173 (24,5%). Хворим проводилося дослідження впливу клінічних, біохімічних, імунологічних, імуногістохімічних та цитометричних факторів на загальну виживаність. Для визначення ймовірних нових прогностичних факторів проведено створення прогностичної моделі на основі логнормальної регресії та регресійної моделі Кокса.

Результати. Згідно прогностичної моделі, для хворих на РЛ з ПНРС, які лікувались хірургічним методом, сприятливим прогностичним фактором було зниження вмісту С-реактивного білку в плазмі крові через 1 місяць після початку лікування, негативним - висока експресія Ki-67.

Для хворих на РЛ з ПНРС, які отримували хіміопроменеву терапію, негативними прогностичними маркерами були підвищення рівня TNF- α , активності лужної фосфатази, збільшення індексу міграції лейкоцитів та зниження абсолютного вмісту CD8+ лімфоцитів через 1 місяць під впливом проведеної терапії.

Для хворих на РЛ з ПНРС, які не отримували ніякого спеціального лікування, негативними прогностичними факторами були підвищення рівня серомукоїду, рівнів IL-6 та TNF- α в плазмі крові, активності лужної фосфатази, збільшення кількості лейкоцитів та зниження абсолютного вмісту CD4+, CD8+ та CD25+ лімфоцитів через 1 місяць після постановки діагнозу.

Також, згідно розробленої прогностичної моделі, без розподілу по методу лікування, серед цитометричних факторів негативним прогностичним маркером у хворих на РЛ з ПНРС було зниження рівня апоптозу пухлинних клітин.

Висновки. Встановлені нові прогностичні фактори для хворих на РЛ з ПНРС, які засвідчують більш агресивний перебіг пухлинного процесу у даного контингенту пацієнтів.

ОЦІНКА ВИЖИВАНОСТІ ХВОРИХ НА МЕЛАНОМУ ШКІРИ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Печевистий О.М., Хмеляр А.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Показники захворюваності та смертності від меланому шкіри відображають лише загальну ситуацію в регіоні, а от оцінити ефективність лікування, особливості протікання онкозахворювання можливо шляхом вирахування показника виживаності. Показник виживаності – головний критерій, який відображає рівень організаційної, діагностичної та лікувальної роботи. Найбільш коректно вираховувати цей показник динамічним (актуаріальним) методом, що дасть змогу оцінити зміну показника у кожному році.

Метою роботи було визначити скориговану виживаність хворих на меланому шкіри у Вінницькій області загалом, так окремо для жінок та чоловіків за 2004-21014 рр.

Матеріали та методи: в розробку ввійшли дані популяційного канцер-реєстру Вінницької області – 856 хворих (524 жінки та 332 чоловіка), які отримали лікування.

Результати дослідження: у цілому виживаність хворих на меланому шкіри у Вінницькій області склала: 1-річна виживаність - 91,7 % та 5- річна - 65,8%, що статистично достовірно ($t > 3$). Показники виживаності по роках представлено у табл.1.

Табл. 1

Показники скоригованої виживаності хворих на меланому шкіри, діагноз яким був встановлений 2004-2012 рр.

Період спостереження (в роках)	Показник, %	P±m
1	91,7	91,7 ±0,94
2	79,4	79,4±1,5
3	72,3	72,3±1,8
4	68,3	68,3±2,1
5	65,8	65,8±2,5

Аналізуючи показники виживаності хворих на меланому шкіри в залежності від статі, встановлено, що 5-річна виживаність як у жінок 94,4% та 73,0% ($t=7,1$), так і у чоловіків 87,5% та 54,6% ($t=7,0$) виявилась статистично достовірно менша від 1-річної.

Показники 1-річної та 5-річної виживаності у жінок 94,4% та 87,5% ($t=3,4$) вищі, порівняно з чоловіками - 73,0% та 54,6% ($t=3,6$) (табл.2)

Табл. 2

Показники скоригованої виживаності хворих на меланому шкіри жінок та чоловіків, діагноз меланоми яким було встановлено у 2004-2012 рр.

Період спостереження (в роках)	Показник, %	P±m
Жінки (n=524)		
1	94,4	94,4 ±1,0
2	85,1	85,1 ±1,6
3	78,5	78,5 ±2,1
4	75,8	75,8 ±2,4
5	73,0	73,0 ±2,8
Чоловіки (n=332)		
1	87,5	87,5 ±1,8
2	70,6	70,6 ±2,7
3	62,5	62,5 ±3,4
4	56,3	56,3 ±3,9
5	54,6	54,6 ±4,3

Висновки: таким чином, проведене популяційне дослідження виживаності хворих на меланому шкіри у Вінницькій області показало, що 1-річна та 5-річна виживаність жінок, які мали меланому шкіри, достовірно вища, ніж у чоловіків. Це може бути пов'язано з тим, що жінки дбайливіше ставляться до свого здоров'я, на ранніх стадіях звертаються за медичною допомогою, що впливає на подальші результати лікування. Окрім того, чоловіки мають більше шкідливих звичок, що також погіршує віддалені результати лікування.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ РАКУ СТРАВОХОДУ У ВІННИЦЬКОМУ
ОБЛАСНОМУ КЛІНІЧНОМУ ОНКОЛОГІЧНОМУ
ДИСПАНСЕРІ

*Притуляк С.М., Ткач А.А., Клибанівський В.В., Київський П.І.,
Стрижалковський О.В., Луцкер О.О., Тацюк Я.В., Лисенко С.А.,
Луценко О.А., Матяш В.Р., Олексюк О.В.*

Вінницький національний медичний університет ім. Пирогова
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Вступ. Рак стравоходу (РС) вважається однією з найбільш злоякісних пухлин людини з несприятливим прогнозом. Результати спеціального лікування цієї паталогії є малозадовільними, так 5-річна виживаність хворих після хірургічних втручань складає всього 15-20%.

Матеріали та методи. Для вирішення основної мети дослідження ми вивчили, проаналізували і узагальнили архівні дані про стан діагностики та лікування хворих на РС, зареєстрованих у ВОКОД протягом 1998-2014 років.

Результати та обговорення. Всього протягом 1998-2014 років у Вінницькій області було виявлено 1049 випадків захворювання на РС. Найбільша питома вага хворих спостерігалась у віковій групі 60-79 років. Найчастіше злоякісне новоутворення вражало внутрішньогрудний відділ органу. Встановлено, що у половини хворих була I-II стадія злоякісного процесу – 50.5% випадків. З 1998 року (47.8%) відсоток гістологічно або цитологічно підтверджених діагнозів поступово збільшувався і досягнув у 2014 році 96,0%. Загалом спеціальне лікування отримало 40.5%. Аналіз даних групи спеціального лікування показав, збільшення частки хворих пролікованих хірургічно з 5% (1998-2007р.р.) до 28,1% в 2014 р. та яким проведено комбіноване та комплексне лікування з 16,1% (1998-2007р.р.) до 31,3% в 2014 р. Загалом у торакальному відділенні Вінницького обласного онкологічного диспансеру проведено 229 оперативних втручань у радикальному об'ємі. Операція Люїса – 182 випадки, операція Гарлока (38 випадків), операція Торека проведена у 3 хворих, тотальна екстирпація стравоходу із гастропластикою за

Чорноусову -5, операція Оринджера -1.

Висновки. Захворюваність на РС у Вінницькій області за останні 10 років зменшилась на 1,3 на 100 тисяч населення. За звітний період покращились показники діагностики РС. Самостійна телегаматерапія є самим частим методом лікування цієї паталогії. Комбіноване та комплексне лікування отримують всього 6.2% пацієнтів. Проведення хірургічного лікування в радикальному об'ємі, можливе лише у невеликої кількості хворих.

ДОСВІД ВІДНОВЛЕННЯ ПАСАЖУ ЇЖИ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ІЗ СИМПТОМОМ ДИСФАГІЇ

*Приюляк С.М., Ткач А.А., Філіпович В.О., Луцкер О.О.,
Тацюк Я.В., Луценко О.А., Олексюк О.В.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Вступ. Дисфагія – основний та найважчий симптомом у хворих на рак стравоходу та шлунку. Оптимальними методами усунення дисфагії при нерезектабельних пухлинах цих локалізацій є формування обхідних анастомозів та встановлення саморозширюючих стентів.

Матеріали та методи. Вивчений статевий та віковий склад пацієнтів. У обох групах переважали чоловіки зрілого та похилого віку. У хворих на рак шлунку переважав залозистий рак, у хворих на рак стравоходу - плоскоклітинний рак. Спільним симптомом в обох групах була виражена дисфагія. Мета шунтуючих операцій у хворих на нерезектабельний рак шлунку із переходом на стравохід є створення обхідного шляху для переміщення їжі з супрастенотичного розширення стравоходу до тонкої кишки. Використовували стравохідні стенти з покриттям виробників «MITech» (Корея), «BostonScientific» (США). Планове стентування виконувалось під прямим ендоскопічним контролем. Для оцінки якості життя хворих використовували опитувальник EORTC QLQ-C30 третього покоління і модуль QLQ-OG25.

Результати та обговорення. Стравохідне шунтування виконано у 75 хворих. Ускладнення в післяопераційному періоді спостерігались у 9

пацієнтів (12%), післяопераційна летальність (5,3%), неспроможність езофагоентероанастомозу – 2,7%. Дисфагія ліквідована у всіх хворих. Стентування стравоходу було виконано 115 пацієнтам, з них – 45 мали післяопераційні ускладнення. Повної корекції дисфагії досягнуто в 42% хворих. Найгірші показники корекції дисфагії та якості життя були у хворих стентованих при гастроезофагеальному раку. Якість життя хворих, яким виконано стентування варіювала в межах 168.5-144.5 балів. В групі езофагоентерошунтування: 114.5 - 116.6 балів відповідно.

Висновки. Шунтуючі операції у хворих на нерезектабельний гастроезофагеальний рак в 100% усувають дисфагію та покращують якість життя хворих. Стентування стравоходу має бути стандартом в групі хворих із раком стравоходу. Езофагоентерошунтування має переваги перед стентуванням у хворих на нерезектабельний гастроезофагеальний рак..

РАК ЛЕГКОГО: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОНКОМАРКЕРОВ В ПРОГНОЗЕ

Стариков В.И., Басилайшвили С.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра онкологии
г. Харьков, Украина

Введение. Рак легкого в экономически развитых странах является ведущей причиной смерти от онкологических заболеваний у мужчин. Он выявляется на поздних стадиях и химиолучевое лечения не приводит к полному излечению.

Цель установить зависимость отдельных маркеров от распространенности опухоли и влияния на безрецидивное течение и выживаемость больных немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ).

Материал и методы. Нами обследовано 29 больных НМРЛ. Всем больным выполнялись радикальные оперативные вмешательства. Забор крови для определения уровней *SuFra 21-1* и *VEGF* выполняли перед операцией и через 1 месяц после. Экспрессию *Ki-67* определяли в послеоперационном материале.

Больные были разделены на две группы. В первую группу

вошли больные без метастатического поражения лимфоузлов - 12 (41,4%), во вторую больные с метастазами в лимфоузлы - 17 (58,6%). Осложнения отмечены у двух пациентов: поздняя несостоятельность культи бронха и эмпиема плевры.

Результаты. В первой группе больных были получены следующие результаты: дооперационная медиана значений VEGF составила - 212,8 пг/мл (норма до 182 пг/мл), через месяц - 149,3 пг/мл. В свою очередь показатели Суфра 21-1 до операции составили 1,038 нг/мл (норма до 3,0 пг/мл), через месяц - 1,26 нг/мл. Показатели Ki-67 варьировали от 10 до 80%. Среднее значение экспрессии Ki-67 составила 40%.

Во второй группе были получены результаты: VEGF до операции - 343 пг/мл, через месяц - 283,7 пг/мл. Суфра 21-1 до операции - 2,3 нг/мл, через месяц - 1,7 нг/мл. Среднее значение экспрессии Ki-67 составила 42%.

Выводы. Комбинация маркеров VEGF и Суфра 21-1 у больных НМРЛ имеет диагностическое значение даже при нераспространенном процессе и коррелируют со стадией заболевания. Их можно использовать в качестве маркеров радикализма проведенного специального лечения, а также использовать в качестве маркеров мониторинга появления рецидивов заболевания. Они позволяют, в комбинации с показателями Ki-67, прогнозировать течение НМРЛ.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

Сташенко А.Д., Сирик А. А., Цапив Р.Н.,

Чухно А.В., Дорошенко А.А., Карпенко К.В.

Коммунальное учреждение Херсонского областного совета

«Херсонский областной онкологический диспансер»,

отделение торакальной хирургии

г. Херсон, Украина

Вступление: злокачественные опухоли пищевода и кардиоэзофагеальной зоны принято считать одними из наиболее прогностически неблагоприятных заболеваний пищеварительного тракта. Среди опухолей желудочно-кишечного тракта 3 место после рака желудка и прямой кишки. Около 70% больных выявляются в III и IV стадиях.

Объект и методы исследования: ретроспективный анализ хирургического лечения 124 больных с раком пищевода, которые были оперированы в 2004-2014 годах в отделении торакальной хирургии Херсонского областного противотуберкулезного диспансера, торакальном отделении Херсонского областного онкологического диспансера.

Основные результаты: мужчины – 112 (90,3%), женщины – 12 (9,7%). Возраст до 50 лет 15 больных (12%), 50-60 лет – 88 (71%), 60-70 лет – 14 (11,3%), старше 70 лет – 7 (5,7%). Гистологическая структура оперированных: аденокарцинома – (20,6%), плоскоклеточный рак без ороговения – (51,9%); плоскоклеточный ороговевающий рак – (26,5%). По стадиям больные разделились следующим образом: II стадия – 6 больных (4,9%); III ст. – 90 (72,5%); IVA ст. – 28 (22,5%). Локализация поражения в верхней трети пищевода у 3 больных (2,4%), средняя треть – 75 (60,5%), нижняя треть – 46 (37,1%). Выполнено 63 экстирпаций пищевода из трех доступов с одномоментной эзофагогастропластикой; 27 субтотальных резекций пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой; 2 операции по Тореку; 22 экстирпации пищевода трансхиатальным доступом с одномоментной эзофагогастропластикой; 1 операция Льюиса; 8 проксимальных резекций желудка с резекций нижней трети пищевода; 1 экстирпация пищевода из трех доступов с одномоментной эзофагоколонопластикой. Послеоперационная летальность составила 10,48%. Несостоятельность анастомоза при наложении его на шею составила 15,7%, при этом ни одна из них не привела к смерти. В то же время несостоятельность анастомоза при наложении его в плевральной полости составила 14,8%, но с летальностью 75%.

Выводы: мы отдаем предпочтение экстирпации пищевода из трех доступов с одномоментной эзофагогастропластикой с наложением анастомоза на шею при любой локализации опухоли, что дает возможность расширить зону лимфодиссекции, повысить радикальность операции, предупредить летальные послеоперационные осложнения.

**РОЛЬ МЕДИАСТИНОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ
ЛИМФОАДЕНОПАТИЙ СРЕДОСТЕНИЯ**

*Сташенко А.Д., Сирик А. А., Цапив Р.Н.,
Чухно А.В., Дорошенко А.А., Карпенко К.В.*

Коммунальное учреждение Херсонского областного совета
«Херсонский областной онкологический диспансер»,
отделение торакальной хирургии
г. Херсон, Украина

Вступление: диагностика внутригрудных лимфаденопатий различной этиологии, в том числе сочетающихся с диссеминированными поражениями легких, остается одной из важных проблем современной торакальной хирургии и онкологии в целом. Клинико-рентгенологическая симптоматика внутригрудных лимфаденопатий, как правило, крайне скудна и не патогномична; даже использование большого количества диагностических тестов не снижает число ошибочных диагнозов, которое до настоящего времени достигает 50%. Следствием диагностических ошибок является неадекватное лечение больных.

Объект и методы исследования: в торакальном отделении за 2012-2014 годы выполнено 79 медиастиноскопий. Для исследования удалялись паратрахеальные, ретрокаважные, трахеобронхиальные, бифуркационные л/у.

Основные результаты: метастазы – 33, лимфогранулематоз – 15; саркоидоз - 20; лимфосаркома – 3; неспецифический лимфаденит – 6; саркома Капоши – 1; тимомы-1.

Осложнений не наблюдалось. Летальность – 0. У 100% пациентов с внутригрудными лимфаденопатиями был верифицирован диагноз, что позволило назначить адекватное лечение, а не проводить полихимиотерапию при рентгенологических признаках метастазирования.

Выводы: мы отдаем предпочтение медиастиноскопии как основному методу диагностики внутригрудных лимфаденопатий, который обладает множеством преимуществ в сравнении с другими инвазивными методами, а также отсутствием осложнений.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ

*Ткач А.А., Притуляк С.М., Київський П.І., Стрижалковський О.В.,
Луцкер О.О., Тацюк Я.В., Філіпович В.О., Хмеляр А.В.*

Вінницький національний медичний університет ім. Пирогова
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Вступ. Серед органів і систем організму значне місце за частотою метастатичного ураження при злоякісних новоутвореннях різних локалізацій займають легені. Раніше появу віддалених гематогенних метастазів в легенях та інших органах вважали ознакою дисемінації пухлинного процесу і безнадійності лікування хворого. На сьогоднішній день багато клінічних досліджень свідчать, що своєчасне і грамотне лікування дає можливість подовжити та покращити якість життя хворих за метастатичного ураження легені.

Матеріали та методи. Ми вивчили, проаналізували і узагальнили архівні дані про хірургічне лікування метастатичних уражень легень у пацієнтів Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру за період 2007-2014 рр.

Результати та обговорення. У дослідження включені данні про 36 пацієнтів з метастатичним ураженням легень. Найбільша питома вага хворих спостерігалась серед жінок та у віковій групі 50-65 років. Діагноз метастатичного ураження легені підтверджений даними гістологічного та імуногістохімічного досліджень. У 9(25.0%) хворих первинна пухлина локалізувалась у матці, 5 (13.9%) спостережень – рак нирки, у 10 (27.8%) пацієнтів – колоректальний рак, та у 2 (4.9%) хворих – пухлини глотки. У 10 спостереженнях первинними були новоутворення молочної, щитоподібної та слинної залоз, меланома та інші. Під час хірургічного лікування хворих з приводу метастазів у легені переважно використовували економні втручання: у 19(52.8%) – енуклеації, атипіві резекції та полісегментарні резекції, у 15(41.7%) – лобектомію. Двом пацієнтам провели пульмонектомію. Віддалені результати визначали після лікування метастатичних пухлин легені, а не первинного новоутворення. У строк до 1 року померли 10(27.8%) хворих, понад 1 рік жили 16 (44.4%) хворих. Трьохрічна виживаність

зафіксована поки що лише у одного пацієнта.

Висновки: активна хірургічна тактика за наявності солітарних, метастазів у легені є виправданою і дозволяє досягти задовільних безпосередніх і віддалених результатів у таких пацієнтів. Операціями вибору з приводу солітарних метастазів є економна резекція. У випадку великого метастатичного вогнища, розташованого в прикореневій зоні або в товщі паренхімі легені, виправданим є виконання лоб- та пультмонектомії.

ОСОБЛИВОСТІ РЕГУЛЮВАННЯ ТА ЕКСПРЕСІЇ MC1R У ХВОРИХ НА МЕЛАНОМУ ШКІРИ

Хурані І.Ф., Печевистий О.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Меланома є однією з найбільш агресивних злоякісних пухлин людини. У 2014 р захворюваність на меланому шкіри складала 7,2 на 100 тис. населення України. На відміну від багатьох інших онкологічних захворювань смертність від меланоми продовжує збільшуватися (за останнє десятиліття смертність від даного захворювання в Україні та в інших країнах світу зросла майже на 30%). Медіанна виживаність у випадку розвитку метастазів меланоми за межі шкіри складає менше року, і п'ятирічна виживаність при такому діагнозі навіть у розвинених країнах не перевищує 10%. Великий інтерес викликає пошук специфічних маркерів і методів диференціальної діагностики даного захворювання з іншими пігментними пухлинами шкіри.

Злоякісне переродження меланоцитів в меланому супроводжується продукцією факторів росту та експресією рецепторів, які в нормі не присутні на меланоцитах і не виробляються ними. Серед цих ростових факторів – фактор росту пухлини, інтерлейкіни, гормон росту. Меланоми здатні продукувати не тільки різні ростові фактори і цитокіни, але також і рецептори до них, що обумовлює можливість саморегуляції поведінки клітин у пухлині.

Велику увагу дослідників, які спеціалізуються в галузі дослідження і лікування меланом, вже більше трьох десятиліть привертала експресія на клітинах цих пухлин рецепторів для

α -меланоцит-стимулюючого гормону (α -МСГ). Особливий інтерес викликає той факт, що експресія цього рецептора – одного з типів меланокортинових рецепторів (МС1R, melanocortin 1 receptor) – як правило, помітно збільшена в меланомах.

Існує 5 типів МС1R рецепторів, які містять у своїй структурі ділянки впізнаванні протеїнкіназою С і протеїнкіназою А, що вказує на можливість фосфорилювання. У людини активація МС1R призводить до появи загару. Збільшення ультрафіолетової радіації призводить до посилення синтезу α -МСГ і АКТГ в епідермісі, вони зв'язуються з МС1R і, як наслідок, підвищується пігментація шкіри. Мутації МС1R можуть призводити до пошкодження їх функцій і появи людей зі світлою шкірою різного ступеня і низькою здатністю до засмаги.

Для діагностики і можливого лікування меланоми важливо також, що імуноцитохімічне дослідження зрізів різних тканин виявляє підвищену експресію цих рецепторів в меланомах людини, значно перевищує їх експресію в усіх нормальних тканинах.

Таким чином МС1R можна розглядати в якості маркера для проведення диференціальної діагностики між меланомою та пігментними невусами.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Хурані І.Ф., Ткачук Т.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Аналіз статистичної обробки даних захворюваності в світі свідчить про те, що колоректальний рак (КРР) займає 4 місце в структурі злоякісних пухлин. КРР характеризується колосальними географічними та етнічними коливаннями зустрічаємості. В Україні у 2013 році захворюваність на рак ободової та прямої кишки склала 24,3 та 21,0 на 100 тис. населення відповідно.

Відомо, що майже 20% хворих на КРР мають близьких родичів з такою ж патологією. Два останні десятиліття характеризувалися відкриттям онкогенів, пухлинних супресорів і мутаторних генів. У

розвитку ККР значну роль відіграють онкогени. Відомо, що активація навіть одного онкогена може призвести до заміни нормального фенотипу клітини на злоякісний.

Нова класифікація КРР, в основу якої покладено визначення експресії генів в пухлині, була представлена на Симпозіумі з вивчення злоякісних новоутворень шлунково-кишкового тракту, що пройшов у Сан-Франциско у 2013 р. В основу класифікації лягли три важливих процеси, що відображають біологію пухлини, а саме епітеліально-мезенхімальний перехід, клітинна проліферація і дефіцит системи репарації генів.

За даними деяких авторів КРР пов'язаний з мутаціями в генах APC і MYN. Цікавою особливістю КРР є наявність принципово різних варіантів молекулярного патогенезу цього захворювання. Більше 85% КРР демонструють так звану хромосомну нестабільність (chromosomal instability, CIN), що виражається в множинних делеціях, ампліфікації і перебудови великих ділянок хромосом. Механізми виникнення хромосомної нестабільності вивчені погано, одним з ініціюючих ланок може служити мутація в гені BUB1. Останнім часом стали виділяти новий тип патогенезу КРР, який проявляється в надмірному метилюванні так званих CpG острівців (CpG island methylator phenotype, CIMP).

Маркерами вибору для КРР є раково-ембріональний антиген (PEA), антиген CA 19-9, антиген CA 242, тканинний маркер K-RAS, тканинний маркер (TC), тканинний маркер MSI, білки ДМАТ, тканинний маркер ДСК, антиген Ki-67, цитоплазматичний протеїн bcl-2, тканинний маркер p53, матриксні металопротеїнази-1,2,9.

Ми сподіваємося, що з продовженням дослідження у цьому напрямку зможемо розробити молекулярні скринінгові тести, які допоможуть нам у ранній діагностиці та профілактиці КРР.

**ГІСТОМОРФОЛОГІЧНЕ
ОБҐРУНТУВАННЯ ІЛЕОТРАНСВЕРЗОАНАСТОМОЗУ**

Чорний О.В., Іващук О.І.

Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Рак ободової кишки займає друге місце в структурі злоякісних новоутворень шлунково-кишкового тракту. При неускладнених формах раку даної локалізації операцією вибору є одночасна резекція цієї ділянки з накладанням ілеотрасверзоанастомозу. Проте видалення такої важливої ділянки шлунково-кишкового тракту, як ілеоцекальний кут, призводить до значної кількості ускладнень, пов'язаних з порушенням процесів травлення.

Існуюча велика кількість ілеотрансверзоанастомозів свідчить про відсутність оптимального рішення цієї проблеми, оскільки за них відмічено ряд недоліків, саме: виникнення явищ «сліпого мішка», рефлюкс-ентериту, дисбактеріозу тощо.

Розробка нового адекватного ілеотрансверзоанастомозу дещо поліпшить процеси травлення, тим самим покращить результати лікування хворих на рак правої половини ободової кишки.

Тому метою нашого дослідження було гістоморфологічно вивчити стан слизової оболонки тонкої та товстої кишок, залежно від методу формування ілеотрансверзоанастомозу, після виконання резекції ілеоцекального кута.

Експеримент проведено на 19 собаках, яким виконано резекцію ілеоцекального кута. Тваринам групи порівняння сформовано ілеотрансверзоанастомоз за Кімбаровським (5 собак) та О.І. Іващуком (1997) (7 собак). Основній групі тварин (7 собак) сформовано ілеотрансверзоанастомоз за власною методикою (пат. 85715 від 25.11.13 р.).

Використовували описову методику виявлення патоморфологічних змін, а також застосовували метод комп'ютерної мікроденситометрії.

Отримані результати проведеного дослідження свідчать, що формування запропонованого тонко-товстокишкового анастомозу після видалення ілеоцекального кута характеризується вищою оптичною густиною PAS-позитивного забарвлення глікокаліксу, PAS-

позитивного забарвлення келихоподібних клітин, а також кількістю останніх, порівняно із своїми найближчими аналогами, що вказує на кращий перебігу компенсаторних процесів та швидке відновлення нормальної функціональної здатності кишечника.

НЕКОТОРЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ БИОКЛЕЕВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОНКОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Ярынич К.В., Ярынич В.И., Скородумов Ю.А., Чалый А.С.,
Крамар Т.М., Люля И.Э., Федоров Д.Ю., Гришко М.П.,
Калинюк А.С.*

Коммунальное учреждение «Кировоградский областной
онкологический диспансер»
г. Кировоград, Украина

Разработка и внедрение новых шовных материалов, антибиотиков с чрезвычайно широким спектром действия повысило эффективность оперативных вмешательств, но не принесло ожидаемого полного удовлетворения из-за периодически возникающих послеоперационных осложнений, особенно гнойно-септического генеза. Одним из наиболее эффективных путей решения данной проблемы в современной хирургии является применение принципиально новой формы соединения и герметизации швов в локальной зоне оперативного вмешательства с использованием биологических клеевых композиций. Клеевая композиция «Сульфакрилат» создана на основе этилового эфира α -цианакриловой кислоты, которая при контакте с жидкими средами, содержащими воду, полимеризуется и переходит из мономера в полимер. Основные компоненты клея «Сульфакрилат»: этиловый эфир α -цианакриловой кислоты (определяет способность образовывать полимер в контакте с водой), бутилакрилат (придает слою клея пластичность/эластичность), метакрилат-3-оксисульфалан (обладает антибактериальной активностью). Клей аутостерилен. Время полимеризации 10–120 секунд. На поверхности образуется эластичная пленка, обеспечивающая герметизм соединений склеиваемых поверхностей или гемостаз раневой поверхности. В организме клей

подвергается постепенной фрагментации и рассасыванию. В процессе рассасывания клея в низкомолекулярной части образуются поры, которые прорастают соединительной тканью. Полное рассасывание клея происходит через 30-45 дней от момента его нанесения на ткань. «Сульфакрилат» обладает бактерицидным действием в отношении возбудителей хирургических инфекций: кишечной палочки, золотистого стафилококка, протей, синегнойной палочки. Процесс заживления проходит фазу асептического воспаления с формированием фиброзного рубца. Резорбируется к концу первой недели послеоперационного периода, сохраняясь в качестве включений в макрофагах и лизируясь под воздействием тканевых ферментов. Имеет хорошие адгезивные свойства, фиксируясь на раневой поверхности в виде полимерной пленки, выполняя защитную и гемостатическую роль. Зона коагуляционного некроза препятствует кровотечению. Повреждения паренхимы органов, не обработанные клеем, заживают с зоной глубокого некроза и через стадию глубокого воспаления. Клей создает хорошую «биологическую фиксацию» серозных поверхностей, повышая прочность анастомозов на 20 %, обладает антиметастатическим действием и тормозит рост опухоли. Показаниями для использования клея для местной обработки раневой поверхности было неполное удаление опухоли при паллиативных операциях и при взятии биопсии неоперабельного злокачественного новообразования. Клеевые технологии нами применялись при плановых, urgentных, реконструктивных операциях при опухолях головы, шеи, органов грудной и брюшной полостей в условиях чистой и гной хирургии. Клей «Сульфакрилат» применяем с 2013 г., выполнено: атипичных резекций легких – 27, лобэктомий – 23, пневмонэктомий – 12, резекций пищевода – 21 (операции Люиса - 10, Гарлока - 11), резекций тела и хвоста поджелудочной железы - 9, атипичных резекций печени – 6, гемостаз при разрывах капсулы селезенки - 4, гемиколэктомий- 47, резекций прямой кишки - 30, аллопластика проленовой сеткой вентральных грыж - 9, паховых - 4, склеивание десерозаций кишечника - 11, ушиваний перфораций - 7. Планируемая цель во всех случаях достигнута. Биологическая совместимость, отсутствие токсичности, способность осуществлять эффективный гемостаз и герметизацию раневых поверхностей,

бактерицидность, антиметастатический эффект позволило достичь выздоровления после оперативного вмешательства с использованием «Сульфакрилата» у тяжелых и сложных больных, сократить сроки лечения, экономически целесообразно, а также позволяло «прощать» некоторые технические погрешности при оперативных вмешательствах на органах брюшной и грудной полости. Биогерметик прочно закрепился в арсенале средств применяемых онкохирургами диспансера при оперативных вмешательствах.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Винник Ю.А., к.м.н. Ефимова, Мирошниченко Л.Г.

Харьковский клинический онкологический центр
г. Харьков, Украина

В структуре смертности от злокачественных новообразований на долю рака прямой кишки приходится 4.2% мужчин и 6.1% женщин. На 100 новых больных раком прямой кишки приходится более 70 умерших, из них на 1-м году с момента установления диагноза - около 40%. При первичном обращении пациентов к врачу запущенные формы рака (III-IV стадии) диагностируются у 62,4% больных раком прямой кишки.

Целью работы было изучение непосредственных результатов лечения у больных неоперабельным раком прямой кишки (РПК) с метастазами в печень при химиотерапии и паллиативном химиолучевом лечении.

Обследовано и пролечено 30 больных распространенным РПК. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа (контрольная) – 15 пациентов получали химиотерапию по схеме FOLFOX4; 2 группа (основная) – 15 больных – на I этапе проводилась химиолучевая терапия с модификацией полиплатиномом, а на II этапе – химиотерапия по схеме FOLFOX4. У всех пациентов были метастазы в печень, установленные методом КТ. У 10 больных (34%) метастазы в регионарные лимфоузлы, подтвержденные УЗИ или КТ исследованием. Стадия T3 – 20 пациентов (66%), T4 – 10 пациентов (34%). Пациентам 2 группы проводилась паллиативная

лучевая терапия по расщепленной программе на область прямой кишки и зоны регионарного метастазирования. Лучевое лечение проводилось ритмом облучения 5 дней в неделю РОД 2,0 Гр до СОД 70 Гр. Модификация проводилась препаратом полиплатиллен 200 мг/м² раз в неделю. Для оценки ответа опухоли на лечение использовали критерии оценки ответа солидных опухолей RECIST 2000г.

Результаты лечения: в 33,3% случаев в основной группе получен полный ответ опухоли прямой кишки на лечение, тогда как в контрольной группе полный ответ достигнут в 13,3%, частичный ответ в 66,7% случаев и у 80% больных соответственно. В контрольной группе у 6,7% пациентов была отмечена стабилизация процесса. Ответ метастатических очагов в контрольной группе: в 53,3% достигнуто полное исчезновение всех метастатических очагов и у 46,7% больных отмечена стабилизация процесса. В основной группе полных ответов не наблюдалось, в 93,3% получена стабилизация и у 6,7% больных отмечался частичный эффект. Нами были проанализированы случаи кишечной непроходимости в 1 и 2 группах. В основной группе кишечная непроходимость возникла у 1 пациента (6,7%). В контрольной группе было 4 случая, что составило 26,7%.

Выводы: использование препарата полиплатиллена в схеме химиолучевой терапии позволило уже через 1 месяц после начала терапии получить хорошие результаты – значительное (более 30 % против 13% в контрольной группе) уменьшение размера опухоли. При этом имелась стабилизация процесса по метастатическим очагам в печени. В процессе лечения острая кишечная непроходимость в контрольной группе возникла у 4 пациентов (26,7%), тогда как в основной группе только у 1 больного (6,7%) на 1 неделе лечения, что позволило в основной группе провести запланированное лечение в 93,3% случаев. В основной группе после проведенного химиолучевого лечения и при дальнейших курсах ПХТ случаев кишечной непроходимости не отмечалось. После проведенного лечения 12 (80%) пациентам основной группы было проведено хирургическое лечение, тогда как в контрольной группе только 6 больным (40%). Предложенный нами метод лечения может быть использован при местно-распространенном раке прямой кишки с метастазами в печень без прогрессии метастатических очагов и при хорошем

местном эффекте, что позволяет провести комплексное лечение в полном объеме, включая хирургический компонент.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Абдуллаев Р.Я., Винник Ю.А., Крыжановская И.В.

Харьковский клинический онкологический центр

г. Харьков, Украина

В структуре онкологической заболеваемости рак желудка занимает 4-е место (8,4%). В структуре смертности от онкологических заболеваний - второе, уступая только раку легкого и составляет 10,4%. За последние годы отмечен неуклонный рост рака проксимального отдела желудка, при этом в его диагностике продолжают превалировать методико-семиотические подходы, разработанные в середине прошлого века.

Целью данной работы было оценить возможности спиральной рентгеновской компьютерной томографии (СКТ) и ультрасонографии (УЗИ) в оценке распространенности опухолевого процесса при раке верхнего отдела желудка.

Материалы и методы. Анализируемый материал составил 19 пациентов с новообразованиями желудка, находившихся на лечении в Харьковском областном клиническом онкологическом центре за период 2014-2015 гг. Контрольную группу составили 8 человек без патологии желудочно-кишечного тракта. СКТ желудка выполнялась после проведения рентгенологического и эндоскопического исследований. У всех пациентов диагноз был подтвержден морфологически.

Результаты. У контрольной группы при СКТ и УЗИ толщина стенки желудка, при адекватном ее растяжении, выглядела как ровно очерченная линия, с четким внутренним и наружным контуром толщиной 1,5 - 2,5 мм. В зоне пищеводно-желудочного перехода ее толщина достигала 5 - 6 мм., что объясняется наличием более выраженного мышечного слоя этого отдела, а так же особенностью анатомического расположения желудка (поперечное) у некоторых пациентов, в частности у гиперстеников. Чтобы избежать ошибок,

при проведенні СКТ, целесообразно повторити сканування при меншій товщині среза (1 - 2,5 мм) після додаткового тугого наповнення. Необхідно ухвалити це обставина, що утолщення шлункової стінки, не пов'язане з її опухольовим ураженням, ніколи не буває більше 6-7 мм. Дифференціювати шари стінки шлунка при СКТ на всьому протязі достовірно не вдалося, т.е. чітко встановити Т стадію опухольового процесу. При проведенні УЗІ во всіх відділах шлунка, крім кардіального відділу і дна вдалося дифференціювати трех-, рідше п'ятишарову структуру стінки. Суттєві проблеми виникли при дослідженні верхнього відділу шлунка из-за особливості його топографічної анатомії і накладення прилеглих анатомічних структур і базувалося тільки на збільшенні товщини стінки шлунка, яка не перевищала 6-7мм. Основними СКТ-симптомами раку верхнього відділу шлунка є: утолщення стінки різної ступені вираженості (від 0,7 до 4,5 см.); Основними симптомами раку верхнього відділу шлунка при використанні УЗІ є: утолщення стінки від 0,7 до 4,5 см.; порушення еластичності (ригідність) в місці опухольової інфільтрації і значне зниження ехогенності стінки, вповні до анехогенної, ослаблення і відсутності перистальтики на протязі більш одного анатомічного відділу шлунка.

Висновки. Таким чином, можна виділити кілька основних моментів, що визначають роль методу СКТ в розв'язанні проблеми діагностики раку верхнього відділу шлунка. Зокрема, слід відзначити можливості СКТ і УЗІ в виявленні ендоефітного раку верхнього відділу шлунка, в якості симптому утолщення стінки шлунка, і можливість виявити утолщення стінки верхнього відділу шлунка на невеликому протязі, що значно полегшує дифференціальну діагностику початкових проявів раку цієї локалізації. В той же час СКТ і УЗІ в повній мірі зберігають свої раніше відомі можливості, що дозволяють вирішити найважливіші завдання про розповсюдженні опухольового процесу на сусідні органи і тканини, а також виявленні метастатичного ураження паренхіматозних органів і лімфатичних вузлів.

**ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ЗЛОЯКІСНИМИ
ПУХЛИНАМИ В ДІЛЯНЦІ ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

Велєв А.М., Немой М.В.

Хмельницький обласний онкологічний диспансер
м. Хмельницький, Україна

Лікування пухлин в ділянці голови та шиї представляє собою дуже важке завдання і не достатньо вивчену проблему. Доброякісні новоутворення підлягають в основному хірургічному видаленню, значно складніше стоїть діло з лікуванням злоякісних новоутворень голови та шиї, у цих випадках лікування (комплексне, комбіноване хірургічне, променево, та хіміопроменево велике, а при багатьох локалізаціях злоякісних новоутворень голови та шиї основне значення має хірургічний метод лікування, в якому питання анестезіологічного та реанімаційного забезпечення займають виключне головне положення. Лише за останні більше як 30 років вивчено багато питань анестезії та реанімації у хірургічному лікуванні пухлин голови та шиї. (Т.Є.Бровко, 1961 р.; АФ. Бізяєв, 1964р.; С.М. Єфуні, 1964 р.; М.М. Смірнов, 1965 р.; А.І. Юніна, 1965р.; М.М. Бажанов, 1967 р; С.П., Свірідова, 1968 р. Л.П. Чепкого, А.А. Бунятяна та інші). Особливості анестезії при хірургічному лікуванні вказаних локалізації пухлин обумовлені багатьма причинами, і насамперед специфікою радикальних оперативних втручань з приводу пухлин в ділянці голови та шиї. У хірурга та анестезіолога одне поле діяльності. У роботі злагодженого колективу така ситуація ніколи не заважає кожному виконувати свої обов'язки, і при деяких операціях певних незручностей у роботі хірурга та анестезіолога можна уникнути. Для цього потрібне подальше вивчення та удосконалення методів операцій та знечудення. Ранній післянаркозний період є одним із найвідповідальніших і важких у проведенні знеболення при оперативних втручаннях в ділянці голови та шиї, особливо при операціях на нижній щелепи, у порожнині рота, язика. Такі хворі потребують індивідуального спеціалізованого спостереження, оскільки можливе таке важке ускладнення, як стеноз гортані, що виникають при операціях на щитоподібній залози, нижньої щелепи та язика. Ранній післяопераційний період є одним із найвідповідальніших і

важких у проведенні знеболення при оперативних втручаннях в ділянці голови та шиї. При оперативних втручаннях в ділянці голови та шиї можуть виникнути порушення мозкового кровообігу. Після перев'язки внутрішньої яремної вени при операції Крайля порушує відток венозної крові з даної половини порожнини черепа. У таких ситуаціях організм включає компенсаторно-приспосовувальні механізми: кров через поширені венозні анастомози відтікає через систему яремної вени другої сторони і через хребетні вени. В залежності від ступеня і часу венозного застою, анестезіолог зустрічає різні ступені затримання пробудження та встановлення самостійного дихання. У ряді випадків хірург змушений виконувати більш об'ємну операцію, коли потрібно, крім перев'язки і резекції внутрішньої яремної вени, робити резекцію загальної сонної артерії. В даних випадках порушення мозкового кровообігу частіше за все носить некомпенсований характер, що проявляється у геміплегіях, які наступають на другу добу після резекції. Ці неприємні ускладнення рідко бувають у хворих, котрим у передопераційному періоді створюють коллатералі артеріального мозкового кровообігу тренують* судини методом регулярних перетискань сонної артерії з боку пухлинного ураження. При відносно ранньому пробудженні нами були відмічені повільна поява свідомості та в'яле протікання після наркозного періоду. Також велику роль відіграє режим вентиляції. Відомо, що гіпервентиляційний режим сприяє спазму судин мозку. Найбільш оптимальним, на наш погляд, є нормовентиляційний режим з підвищеним складом кисню у дихальній суміші. З метою покращення мозкового кровообігу пропонуємо вводити невеликі дози ефедріну (0,5 мл -5% р-ну), кофеїну, суфіліну. Останній вводять при артеріальному тиску не нижче 100/65-105/70ммрт. ст. У зв'язку з цим, при оперативних втручаннях на шиї, коли обставини змушують провести резекцію внутрішньої яремної вени або загальної сонної артерії, Пачес А.І., Голосков М.П., Свірідова С.П. з Московського онкологічного центру пропонують вводити в/в невеликі дози (від 60 до 100 мл) 10-15% розчину етилового спирту. Одночасно слід зменшити поступлення других анестетиків і проводити корекцію ацидозу, який розвивається в мозковій тканині при порушенні кровообігу, в/в введенням 100-200 мл 4,2% р-ну гідрокарбонату натрію: Вказану терапію слід проводити не тільки в момент перев'язки та резекції

магістральних судин шиї, але і в післяопераційному періоді на протязі 3-4 доби, а іноді й довше під контролем киснево-лужного стану крові. У цей період встановлюється коллатералі, поліпшується кровообіг тканин мозку. Хворі, яким впроваджують повторні оперативні втручання, складають особливу групу. Рубцьові зміни м'язів лица додають значних труднощів під час ввідного наркозу та інтубації через неповне розкриття порожнини рота, та неможливості ввести ларингоскоп. У таких випадках ми проводимо трахеотомію і наркоз проводиться через трахеостому. Особливо уваги заслуговує післянаркозний та післяопераційний період хворих, котрим оперативне втручання проводилось на корені язика у зв'язку із злоякісною пухлиною. Після операції не варто прискорювати екстубацію. Слід дати хворому можливість повністю прокинутись і дочекатись відновлення гортанних та голосових рефлексів. Методом вибору при втручаннях на корені язика є трансназальна інтубація. Також потрібно відмітити післянаркозну та післяопераційну орієнтацію хірургів та анестезіологів по відношенню до хворих у зв'язку з пухлинним ураженням верхньої щелепи. У післянаркозному періоді при повній адаптації хворого анестезіолог і хірург перевіряють правильність та надійність стану пластмасового протезу. Про це повідомляють черговий персонал, котрий на протязі першої доби періодично контролює положення протезу і у випадку зміщення коригує його. Друга особливість оперативного втручання в ділянці верхньої щелепи - це ефект локальної гіпертермії внаслідок впровадженої діатермокоагуляції біполярними електродами. Профілактичним засобом можливих ускладнень локальної гіпертермії є локальна гіпотермія та введення антикоагулянтів, часте орошення операційної рани холодними розчинами новокаїну та фізрозчином дає, на нашу думку, добрі результати. Приведені особливості протікання раннього післяопераційного періоду у хворих після оперативних втручань з приводу пухлин ураження у ділянці голови та шиї далеко не повністю окреслюють особливості, пов'язані з характером операції, проведення знечуження, основного та супутнього захворювання, з яким стикаються анестезіолог та хірург по закінченні операції та наркозу.

В підтвердження вищеобумовленого питання, нами проведений аналіз анестезіологічного забезпечення хворим з новоутвореннями в

ділянці голови та шиї. За останні 10 років було 2048 ендотрахеальних знеболень, з яких біля 3% були назотрахеольні та 4% ендотрахеольні через трахеостому, нами зроблені.

Висновки:

- хворі повинні більш ретельніше бути оглянуті (стоматоскопічно, фарингоскопічно, н/ларингоскопія, передня та задня риноскопія)
- професійна підготовка лікаря-анестезіолога, яка потребує певні навички
- повинен бути 1 лікар анестезіолог який має забезпечити анестезіологічне знеболення при хірургічному лікуванні у відділенні пухлин голови та шиї та спостерігати за цими хворими в післяопераційному періоді.
- наявність особливого устаткування та пристосування для ведення та проведення анестезіологічного забезпечення.

МОЖЛИВОСТІ ХІМІО-ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ПІДГОТОВЦІ ДО РАДИКАЛЬНОЇ ОПЕРАЦІЇ ХВОРИХ НА МЕЛАНОМУ ШКІРИ III-IV СТАДІЇ

Галайчук І.Й., Данилків І.С., Домбрович М.І., Загурська О.М., Калинобродський Ю.І., Фінашина Т.В., Грех В.Я.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»
КУТОР «Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер»
м. Тернопіль, Україна

Вступ. Лікування хворих на меланому шкіри III-IV стадії, як правило, носить паліативний характер. Трирічна виживаність при хірургічному лікуванні метастатичної меланоми (M1) не перевищує 31-36 % [Sondak, 2006; Sosman, 2011].

Мета: оцінити можливості цитостатичної хіміотерапії (ХТ) і променевої терапії у підготовці хворих на меланому шкіри III-IV стадії до умовно радикального хірургічного втручання.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати лікування 31 хворого (11 чол., 20 жін.) на меланому шкіри T3-4N3M1a-b-c.

Первинних хворих було 8, повторних – 23. Тактика лікування повторних хворих визначалась після рестадіювання процесу.

Починали лікування з режиму CVD або DTIC, після двох циклів ХТ оцінювали її ефект. У випадку стабілізації, продовжували ХТ і підключали променеву терапію (Co-60) на первинну пухлину і метастатично уражені групи лімфатичних вузлів. Повторно оцінювали результати після 4-х циклів ХТ і променевої терапії (35-45 Гр.). Якщо відмічали стабілізацію або регрес пухлинної маси на 50 %, тобто коли з'являлось так зване «хірургічне вікно», пропонували пацієнтові хірургічне втручання з видаленням усіх можливих вогнищ, а саме: широке вирізання меланоми з пластикою місцевими тканинами, лімфаденектомії, видалення множинних метастатичних пухлин шкіри і м'яких тканин, спленектомія та ін. Гістологічні та імуногістологічні (Ki-67) дослідження необхідні були для корекції подальшого лікування. У 2-й лінії ХТ застосовували паклітаксел і карбоплатин, паліативно – ендоксан.

Результати. У 13 хворих (42 %) вдалось виконати радикальні операції, у 10 (32 %) не отримано ніякої відповіді на ХТ, у 8 (26 %) отримано часткову відповідь, однак ці хворі психологічно не змогли відважитись на операцію. Дворічна виживаність у пацієнтів 1-ї групи становила 61,5 %, ніхто з хворих 2-3-ї групи не дожив до двох років.

Висновки. У хворих на меланому шкіри III–IV стадії доцільно розпочинати лікування із циклів ХТ і променевої терапії для визначення «чутливих» пухлин. У випадках клінічної стабілізації або регресії метастатичних пухлин, слід виконувати хірургічне лікування в об'ємі радикального.

У післяопераційний період необхідно продовжувати ХТ другої лінії та визначати генний профіль пухлини (BRAF-мутацію) для ймовірної таргетної терапії при наступному рецидиві захворювання.

ПРОФІЛАКТИКА СТРЕСОВИХ ВИРАЗОК ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ

*Дацюк Л.В., Демиденко Н.А., Машевська О.В.,
Губанова Т.Ю., Одарченко Л.В.*

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер,
відділення анестезіології та інтенсивної терапії
м. Вінниця, Україна

Виникнення стресових виразок протягом перших трьох діб після оперативного втручання у онкологічних хворих є наслідком травматичності оперативного втручання, дефектів передопераційної підготовки та анестезіологічного забезпечення, а також декомпенсації життєво важливих функцій організму, обумовлених основною патологією і супутніми захворюваннями. Ерозивно-виразкові ураження шлунка та дванадцятипалої кишки виявляються у 60% хворих після проведення об'ємних оперативних втручань на органах черевної порожнини. Важливу роль в появі стрес-уражень шлунка та дванадцятипалої кишки відіграють у хворих на злоякісні утворення фактори ризику: вік більше 60 років, коагулопатія, гіповолемія, поліорганна недостатність, проведення неoad'ювантної променевої та хіміотерапії, тривала назо-гастральна інкубація.

Було порівняно ефективність використання блокаторів протонної помпи та H-гістаміноблокаторів в профілактиці та лікуванні післяопераційних ерозивно-виразкових уражень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у пацієнтів, що були прооперовані та знаходились в відділенні інтенсивної терапії протягом 2014 року.

При проведенні ретроспективного аналізу виявилось, що найбільш ефективним для профілактики стрес-виразок є омепразол, що використовувався в в/в болісно в дозі 40 мг 1 раз на добу, під час всього періоду ризику (не менше 3 діб), а для лікування кровотечі – безперервне ведення омепразолу в дозі 8 мг/год протягом 74 год з подальшим переведенням пацієнтів на прийом перорально по 40 мг/добу до ендоскопічно підтвердженого загоєння стресової виразки.

В перспективі на основі отриманих даних планується розробка індивідуального алгоритму для профілактики виникнення стресових

виразкових пошкоджень верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у пацієнтів онкологічного профілю.

**ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТІВОРТІНУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ
ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ
ВТРУЧАНЬ У ВІДДІЛЕННІ РЕАНІМАЦІЇ ВІННИЦЬКОГО
ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ОНКОЛОГІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ**

Дацюк Л.В., Демиденко Н.А., Машевська О.В.

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер,
відділення анестезіології та інтенсивної терапії
м. Вінниця, Україна

Супутня патологія, що має місце в онкологічних хворих, в післяопераційному періоді, значною мірою впливає на його тривалість та якість перебігу. Найчастіше зустрічаються: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, хронічна серцева недостатність, захворювання периферійних судин, в патогенезі яких лежить ендотеліальна дисфункція.

Травматичність оперативних втручань приводить до порушення перфузії органів та тканин, ініціює появу оксидативного стресу через продукцію потужних вазоконстрикторів і цитокінів, що і є патогенетичною основою ендотеліальної дисфункції. В відділенні анестезіології та реанімації, хворі із супутньою патологією серцево-судинної системи показали позитивну відповідь при долученні до терапії в післяопераційному періоді антиоксиданту та мембраностабілізатору L-аргініну (Тивортину) в дозі 100 мл на добу. В якості контролю монітувався гемодинамічний профіль (АТ, пульс, SpO₂, ЕКГ), лабораторно відстежувалась активність згортальної системи крові. За результатами спостереження 95 хворих торакального, хірургічного та урологічного профілю, що знаходились в ранньому післяопераційному періоді в відділенні реанімації, добові коливання систолічного АТ, ЧСС стали менш вираженими, повністю зник больовий синдром, відзначається депресія сегмента ST при ЕКГ-контролі, що є найважливішими показниками наявності антиішемічного ефекту досліджуваного препарату. У хворих, що отримували в післяопераційному періоді L-аргінін (Тивортін), не

спостерігалось підвищення рівня фібриногену, рівень тромбоцитів залишався в межах норми.

Таким чином, використання аргініну(Тівортіну) у вигляді інтравенозних форм як донатора оксиду азоту - безпечно, ефективно, істотно підвищує толерантність до факторів агресії в післяопераційному періоді і покращує якість лікування пацієнтів в умовах ВРІТ після хірургічної інтервенції.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ АНЕСТЕЗІЇ СЕВОФЛЮРАНОМ ЗА НИЗЬКОПОТОКОВОЮ МЕТОДИКОЮ

Дацюк Л.В., Демиденко Н.А., Машевська О.В., Огинська О.М.

Вінницький обласний клінічний онкодиспансер
м. Вінниця, Україна

Тактика анестезіологічного забезпечення та методики проведення загальної анестезії в сучасній практиці пройшли значні зміни, що зумовлені новаціями високотехнологічного обладнання для проведення наркозів та появи сучасних фармакологічних засобів для ефективного та безпечного знеболення.

3 лютого 2013 р. у Вінницькому обласному клінічному онкологічному диспансері було впроваджено використання севофлурану за низько потоковою методикою, яка успішно використовується в даний час. Мета, що переслідувалась, відповідно сучасним вимогам:

1. Підвищення безпеки та комфортності хворих під час оперативних втручань та в ранньому післяопераційному періоді.
2. Узагальнення ефективності, безпечності, надійності та економічності використання севофлурану.

Цим вимогам відповідає сучасний інгаляційний анестетик СЕВОРАН, який відноситься до групи галогеновмісних вуглеводів. Його основні переваги:

безпечний та ефективний при призначенні з препаратами, що часто застосовуються в хірургічній практиці. А саме – засоби, що діють на центральну нервову систему, міорелаксанти, протимікробні засоби, гормони, синтетичні замінники та деривати крові, серцево-судинні препарати.

Препарат зарекомендував себе як ефективний засіб індукції та підтримання анестезії.

За період лютий 2013р.- червень 2014р. проведено 703 оперативних втручань з використанням інгаляційного анестетика Севоран. Вікова категорія хворих коливалась від 30 до 70 років, з супутньою патологією та без.

Загальна анестезія проводилась за допомогою наркозно-дихальних апаратів «LEON», які забезпечували надійність, простоту, крованість ШВЛ та моніторинг життєво важливих функцій. Після премедикації, індукції тіопенталом Na і релаксації хворому подавалась наркозно-дихальна суміш з газопотоком 6-8/хв та 3,5-4 об'ємних % севорану. При проведенні аналізу впливу знеболення з використанням севофлурану на показники діяльності серцево-судинної системи в порівнянні із багатокомпонентним знеболенням, не було виявлено статистичних змін. Севоран був ефективним та добре переносився при застосуванні в якості основного засобу для підтримки анестезії у 5 хворих з печінковою недостатністю класу А. Препарат не погіршував існуючу порушену функцію печінки, що підтверджено моніторингом протягом 7 днів в п/о періоді.

Таким чином, аналіз перебігу знеболення севораном виявив переваги даного методу:

- безпечність використання інгаляційного анестетика севорану, в якості керованого методу загального наркозу,
- у 100% пацієнтів ефект анестезії оцінювався як задовільний, «ефекту присутності хворого» не відмічалось в жодному випадку,
- гладкий вихід з наркозу, пробудження на 10-15хвилині.
- депресії дихання та негативних реакцій з боку серцево-судинної системи не визначалось,
- в 94% випадків не спостерігалось появи післяопераційної нудоти,
- економічна доцільність підтверджена тим, що при низько потоковій анестезії зменшені в декілька разів,
- відмічається заощадження міорелаксантів та наркотичних анальгетиків.

Висновок: застосування інгаляційної анестезії з використанням

севофлурану під час оперативних втручань забезпечує безпечність та керованість загального знеболення, знижує частоту після наркозних ускладнень з боку центральної нервової системи, функції зовнішнього дихання та серцево-судинної системи, що підвищує комфортність раннього післяопераційного періоду, заощаджує витрати дороговартісних препаратів.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРАДИЦИОННОГО И
ЖИДКОСТНОГО МЕТОДОВ ЦИТОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ
ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ**

***Демчук А.В., Река О.В., Пироженко Р.І.,
Гончарова В.В., Шальмагина Э.В.***

Винницкий областной клинический онкологический диспансер,
централизованная цитологическая лаборатория
г. Винница, Украина

С целью сравнить эффективность традиционного и жидкостного методов цитологии в диагностике патологии шейки матки проведен анализ 670 образцов соскобов, взятых с шейки матки у женщин 19-76 лет, которые обратились за помощью в онкологический диспансер. Забор гинекологического материала проводился щеткой cervex-brush, затем наносился на предметное стекло для исследования традиционным методом (ТМ), а щетка с остатком помещалась в контейнер для диагностики жидкостным методом (ЖМ) BD Sure Path. Окраска препаратов ТМ выполнялась по Романовскому - Гимзе.

При сравнении результатов исследований определено, что отсутствие неопластических изменений эпителия (NILM) наблюдалось в 323(48,2%) препаратах ЖМ и 327(48,8%) – ТМ. Атипические изменения плоского эпителия (ASC) были выявлены в 32(4,8%) случаях ЖМ и в 21 (3,1%) – ТМ. Внутриэпителиальные поражения плоского эпителия низкой степени (LG-SIL) встречались в 102(15,2%) мазках ЖМ и 118(17,6%) - ТМ, внутриэпителиальные поражения плоского эпителия высокой степени (HG-SIL) - 151(22,5%) и 150(22,3%), плоскоклеточный рак (SCA) – 26(3,9%) и 24(3,6%), соответственно. При анализе состояния железистого эпителия чаще выявлялись атипические клетки (AG) в препаратах ЖМ-23(3,4%)

случая, против 19(2,8%), обнаруженных ТМ. В 5(0,7%) образцах ЖМ и 3(0,4%) – ТМ были диагностированы признаки GCIN и аденокарциномы in situ (AIS). У 8(1,2%) пациенток установлено аденокарциному обеими методами.

Таким образом, методы (при условии, что жидкостная цитология производилась с остатка материала) показали одинаковые результаты в диагностике LG-SIL, HG-SIL+: соотношение шансов ЖЦ:ТМ – 0,9-1,1. Для определения GCIN, AIS - ЖЦ оказалась более эффективной - ЖЦ:ТМ – 1,7. Поэтому жидкостный метод BD Sure Path необходимо использовать в цитологическом скрининге рака шейки матки.

ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Думанский Ю.В., Конькова М.В., Сидюк А.В., Ласачко П. С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
г. Красный Лиман, Украина

Актуальность проблемы. Паранеопластические синдромы (ПС) могут являться важной составляющей любого онкологического заболевания. По мнению различных авторов, среди всех онкологических больных, эти состояния встречаются в 2-15% случаев. Учитывая неуклонный рост онкозаболеваемости во всем мире, вопросы онконастороженности и ранней диагностики опухолей представляются весьма актуальными.

Цель исследования. Изучить распространенность и особенности ПС среди больных с метастатическим поражением печени при колоректальном раке.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезней и амбулаторные карты 123 пациентов с колоректальным раком и наличием метастазов в печень, проходивших лечение в ДООПЦ с 2009 по 2013 г.

Результаты исследования. Были выявлены следующие ПС. Грибковое поражение конечностей – 7 из 123 пациентов (5,7 %). При сборе жалоб и анамнеза заболевания установлено, что 2 из 7 пациентов (28,5 %) начали отмечать данные проявления за 3-6 мес. до диагностирования метастазов в печень. В 8 случаях (6,5%)

виявлен синдром гипертермии, при этом в 3 из 8 случаев (37.5%), больные отмечали повышение температуры тела за 1-2 мес. до диагностирования метастазов в печень. В 2 случаях была выявлена тромбоцитопения, которая у обоих пациентов была обусловлена солитарными метастазами в печень. Данное проявление купировалось после оперативного лечения.

Выводы. ПС при метастазах колоректального рака в печень встречается достаточно редко, однако знание указанных особенностей может быть полезным в ранней диагностике, а также при выработке тактики лечения.

ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ ПРИ ОНКОГЕНЕЗІ

Желіба М.Д., Бурковський М.І., Чорнопищук Р.М.

Вінницький національний медичний університет

імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Пухлинним називається типовий патологічний процес, сутність якого полягає у безмежному, нерегульованому розростанні тканин, не пов'язаному із загальною структурою ураженого органу та його функції. При цьому першою ланкою протидії цьому процесу виступають компоненти вродженого неспецифічного клітинного імунітету, а особливо нейтрофільні гранулоцити (НГ), які здатні до фагоцитозу. Саме ці лейкоцити першими мігрують у вогнище пухлинного росту на ранніх етапах його формування, активно інфільтрують його, здійснюючи безпосередню цитостатичну і цитотоксичну дію на пухлинні клітини та імунорегуляторну дію на інші компоненти захисту макроорганізму. Однак в існуючій літературі описана і негативна сторона діяльності цих клітин. Так встановлено, що у більш пізні стадії розвитку злоякісних пухлин нейтрофіли сприяють прогресуванню процесу, стимулюючи ангиогенез (за рахунок секреції білка Dv8) і метастазування (за рахунок посиленої секреції еластази у вогнищі пухлинного росту), пригнічуючи при цьому можливості адаптивного імунітету. Для покращення розуміння ролі нейтрофільних гранулоцитів у патогенезі

пухлинному процесу важливим є не лише визначення їх кількості, а й встановлення особливостей їх функціональної активності. Більшість дослідників, спираючись на здатність цих клітин до «респіраторного вибуху», що супроводжується продукцією активних форм кисню, оцінку функціональної активності НГ здійснюють методом хемілюмінесцентного аналізу. Неабиякий інтерес для розуміння кінетики функціонування нейтрофільних лейкоцитів з можливістю оцінки кожного акту фагоцитозу є морфологічне дослідження цих клітин. Сучасний розвиток комп'ютерних технологій дозволяє проводити визначення не лише окремих морфометричних параметрів (діаметру, площі, компактності тощо), а й автоматичний розрахунок інтегральних показників, в тому числі показника фактору форми нейтрофільних гранулоцитів (ФФНГ). Маючи в розпорядженні лише світловий мікроскоп, комп'ютерним аналізатором зображення, будь-яку морфолометричну комп'ютерну програму з можливістю визначення показника фактору форми та мазок крові зафарбований за Романовським-Гімзою можна просто, швидко та достатньо точно оцінити функціональну активність НГ базуючись на зміні форми цих клітин.

Таким чином, існуючі на тепер суперечливі дані про патогенетичну роль нейтрофільних гранулоцитів в розвитку та перебігу захворювань пухлинного генезу вказують на необхідність подальших досліджень, в тому числі із визначенням закономірностей змін морфометричних показників цих клітин. А до цього слід з обережністю ставитись до призначення таким хворим засобів, здатних впливати на функціонування нейтрофілів.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ ЛІМФОЇДНОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ

Жулкевич І.В., Вибирана Р.Й.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
м. Тернопіль, Україна

Вступ. Сучасна хіміо- та імунотерапія хронічної лімфоїдної

лейкемії (ХЛЛ) збільшила загальне виживання пацієнтів, тому особливо актуальним стало питання про якість життя.

Мета. Покращити якість життя хворих на ХЛЛ.

Матеріали та методи. На двофотонному кістковому рентгенівському абсорбціометрі DPX-A фірми «LunarCorp.» (США) обстежено поперековий відділ хребта (ПВХ) 180 пацієнтів ХЛЛ.

Проведено клінічну апробацію лікувальних програм: №1 - «Кальцій-Д3 Нікомед»; №2 - «Осталон»; №3 - «Бівалос». Призначення та вибір програми залежав від глибини остеопенічних змін ПВХ та показань і протипоказань до призначення медикаментів.

Результати. Остеопенічні та остеопоротичні (ОП) зміни кісткової тканини (КТ) ПВХ спостерігалися як в групі чоловіків, так і жінок, хворих на ХЛЛ, до і старше 60 років.

Аналіз стану КТ ПВХ у жінок після проведеної терапії «Кальцій-Д3 Нікомед» не виявив достовірних змін МЩКТ, тоді як у чоловіків показав зростання МЩКТ, достовірне у всіх досліджуваних ділянках, за винятком хребця L2.

Призначення препарату «Осталон» жінкам, хворим на ХЛЛ, призвело до приросту МЩКТ із статистично достовірними даними в L3, L1-L3, L1-L4 (на 5,4%), L2-L3. Вміст мінералів достовірно виріс в L2 та на сумарній ділянці L1-L4 (на 8,5%).

Терапія «Бівалосом» спричинила достовірне зростання вмісту мінералів в КТ на всій досліджуваній ділянці (на сумарній ділянці L1-L4 на 18,5%), за винятком хребця L4.

При оцінці впливу на ЯЖ (за анкетною «ЄОДТР-30») виявлено достовірне зростання основних показників в групах жінок, що отримували лікувальні програми корекції КТ, в порівнянні з групами чоловіків.

Висновки. Препарати «Кальцій-Д3 Нікомед», «Осталон» і «Бівалос» є ефективними в лікуванні остеопенічного синдрому в хворих на ХЛЛ.

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕХОДЖКІНСЬКОЇ
ЛІМФОМИ ЛЕГЕНЬ**

Жулкевич І.В., Угляр Т.Ю.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського»
м. Тернопіль, Україна

Вступ. Етіологія неходжкінських лімфом і досі залишається нез'ясованою. Цьому сприяє неоднорідність їх локалізації та гістологічної структури. Зокрема, екстранодальна локалізація даної патології складає майже половину усіх випадків, а легенева – не перевищує рівня 0,5 %. За такої епідеміологічної структури її діагностика на клінічному рівні є вкрай складною.

Матеріал і методи. На лікуванні в Тернопільському обласному клінічному диспансері з грудня 2014 року знаходиться пацієнт 48 років, який хворіє з квітня 2014 р., відколи при флюорографічному обстеженні було виявлено множинні вогнищеві тіні в легенях. Хворому встановлено діагноз туберкульозу легень. Проведено комп'ютерне томографічне (КТ) обстеження та встановлено діагноз раку верхньої частки лівої легені. 30.09.2014 р. проведено верхню лівобічну лобектомію. Діагноз верифіковано патоморфологами м. Черкаси та м.Мілан (Італія). Гістологічно та імуногістохімічно встановлено фенотип пухлини — будова пухлини легень та імунофенотип пухлинних клітин відповідають екстранодальній лімфомі з клітин маргінальної зони, асоційованих з слизовою оболонкою MALT- лімфоми. Хворий отримав 4 курси хіміотерапії за протоколом R-СНОР, при контрольному КТ виявлено часткову відповідь на лікування.

Обговорення. Первинні неходжкінські лімфоми із легеневою локалізацією є рідкісною патологією. Відомості про етіологічні та патогенетичні аспекти є, відтак, недостатніми. Рентгенологічні прояви даної патології є неоднорідними та можуть носити як місцево-інфільтративний, так і вогнищевий характер з варіабельною легеневою локалізацією. Рецидивує дане захворювання у близько половині випадків, а 5-річна виживаність перевищує 75 %. Прогноз захворювання при адекватній терапії є сприятливим, що підтверджує

конкретний клінічний випадок.

В перспективі досліджень проблеми неходжкінських лімфом легеневої локалізації – накопичення клінічного досвіду для вироблення чіткого діагностичного алгоритму та формалізованих схем поліхіміотерапевтичного лікування.

ДЕНСИТО-ГІСТОМОРФОМЕТРИЧНА БІОПСІЯ – НОВИЙ НЕІНВАЗИВНИЙ МЕТОД ДІАГНОСТИКИ І МОНІТОРИНГУ СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Жулкевич І.В., Яворська Ю.В., Угляр Т.Ю., Недошитко В.Б.

Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського

Денсито-гістоморфометрична біопсія кісткової тканини (ДГБКТ) – новий неінвазивний метод діагностики і моніторингу стану кісткової тканини (КТ) в онкологічній практиці спрямований на оцінку стану трабекулярного і кортикального компонентів КТ на мезоскопічному рівні, який проводиться за даними комп'ютерної томографії.

Денситометрія в трабекулярному і кортикальному шарі хребців грудного та поперекового відділів хребта проводилась в програмах математичного аналізу медичних зображень в форматі DICOM - Clear Canvas Workstation та ImageJ з розширенням BoneJ, що вільно розповсюджується Національним Інститутом Здоров'я (США).

Обчислювали площу поверхні кістки – базовий параметр оцінки 2-вимірної структури трабекулярної тканини хребців, індекс мінерального компоненту, об'єм мінералізованої кістки на одиницю досліджуваної ділянки, індекс конфігурації трабекул, фрактальну розмірність за *map-counting* та *box-counting* алгоритмами, товщину трабекул та відстань між ними і топологічні властивості трабекул, характеристики Ейлера, показник зв'язаності трабекул та текстурні параметри кісткової тканини.

За даними показниками, на основі створеного нами алгоритму (базується на рекомендаціях *Standardized nomenclature of histomorphometric parameters from the American Society of Bone and Mineral Research*) проводили оцінку стану КТ в онкологічних пацієнтів,

зокрема з лімфомою Ходжкіна та неходжкінськими лімфомами, за якою визначалась ступінь та глибину змін в трабекулярній та кортикальній частинах хребців.

ДГБКТ дозволяє нам провести ранню діагностику змін КТ і організувати тривалий та ефективний моніторинг на тлі хіміотерапевтичного та радіологічного етапу лікування хворих на лімфоми і своєчасно та диференційовано впроваджувати в супровідну терапію таких пацієнтів модифікатори структурно-функціонального стану КТ.

Комп'ютеризована оцінка стану КТ може бути впроваджена в рутинну клінічну практику всіх інших груп онкологічних пацієнтів з метою діагностики стану КТ та тривалого моніторингу.

**НЕОАД'ЮВАНТНА ХІМІОПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ
З ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНИМ ВВЕДЕННЯМ
ХІМІОПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК
СТРАВОХОДУ**

*Кондрацький Ю.М., Фридель Р.І., Лебедєва О.І., Зайцев С.Л.,
Супруненко А.А., Разумейко І.В.*

Національний інститут раку
м. Київ, Україна

Вступ. Рак стравоходу (РС) є 6-ою найбільш частою причиною смертності від раку у всьому світі. РС класифікується на плоскоклітинний (80%) рак і аденокарциному (20%). Обидва варіанти частіше зустрічаються у чоловіків. Плоскоклітинний РС більш чутливий до хіміопроменевої терапії (ХПТ), ніж аденокарцинома, але віддалені результати їх лікування приблизно однакові.

Комбінована терапія застосовується для лікування РС через погані показники загальної виживаності у пацієнтів, що отримали тільки хірургічне лікування. Неоад'ювантна ХПТ з подальшим оперативним лікуванням є найбільш поширеним підходом до лікування пацієнтів з резектабельним РС. Результати двох мета-аналізів свідчать про те, що доопераційна ХПТ в комбінації з оперативним лікуванням значно підвищує трирічну виживаність і знижує частоту регіональних рецидивів у порівнянні тільки з хірургічним лікуванням.

Мета. Дослідити та порівняти безпосередні результати лікування хворих на РС із застосуванням внутрішньовенної та внутрішньоартеріальної ХПТ в неоад'ювантному режимі.

Матеріали та методи. У дослідження включено 54 хворих з гістологічно підтвердженим діагнозом плоскоклітинного раку внутрішньогрудного відділу стравоходу II-III стадії, які рандомізувались у дві групи. Пацієнти основної групи (n=26) отримували доопераційну ХПТ з внутрішньоартеріальним введенням препаратів, а пацієнти контрольної групи (n=28) — внутрішньовенну ХПТ. Схеми хіміотерапії, дозування променевої терапії та об'єм оперативного втручання обрано згідно стандартів. Оперативне втручання виконувалось через 2-3 тижні після закінчення ХПТ.

Лікувальний патоморфоз був виявлений у 81% хворих в контрольній та 75% в основній групі. Повна регресія пухлини виникла у 11% та 4%, часткова регресія – в 68% та 73%, стабілізація процесу у 7% та 4% пацієнтів, не відповіли на лікування 14% та 19% в контрольній та основній групах відповідно.

Висновки. Протипухлинна відповідь є вираженою у обох досліджуваних групах. Остаточні висновки щодо доцільності застосування доопераційної хіміопроменевої терапії з внутрішньоартеріальним введенням цитостатиків у хворих на рак внутрішньогрудного відділу стравоходу можна буде зробити після вивчення віддалених результатів.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО МЕТОДА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ИСТОЧНИКА КАРЦИНОМ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

Кошик Е.А.

Патоморфологическая лаборатория «CSDHealthCare»
г. Киев, Украина

К опухолям без выявленного первичного очага (ВПО) относятся злокачественные новообразования, не имеющие очевидной первичной локализации при тщательном физикальном, радиологическом, биохимическом и гистологическом исследовании.

Такие опухоли, по данным литературы, выявляются в 5-15% случаев всех злокачественных новообразований. При этом, 90-95% этих опухолей составляют эпителиальные опухоли (карциномы). Применение современных методов радиологической визуализации позволило снизить процент пациентов с опухолями без ВПО до 3-7%. И именно у данной группы пациентов наибольшую ценность для постановки диагноза имеет диагностическая иммуногистохимия (ИГХ).

Определение первичного источника карциномы является сложным многоступенчатым процессом. Подход к постановке диагноза карциномы без ВПО включает следующие шаги:

Определение карциномы (положительная реакция с общимицитокератинами).

Определение экспрессии различных типов цитокератинов в опухоли (некоторые виды цитокератинов являются уникальными для определенных типов опухоли).

Определение коэкспрессии виментина.

Определение экспрессии дополнительных маркеров эпителиальной или герминогенной дифференцировки (карциноэмбриональный антиген, эпителиальный мембранный антиген, плацентарная щелочная фосфатаза).

Определение маркеров клеточно-специфичных продуктов, клеточно-специфичных структур, транскрипционных факторов и рецепторов, являющихся уникальными для определения типа клеток (маркеры нейроэндокринных гранул, стероидные гормоны, тиреоглобулин, простат-специфический антиген, ингибин, маммаглобин, виллин, уроплакин, TTF1, CDX-2, GSDFP-15, AMACR и другие).

Ежегодно в мире появляется большое количество новых органоспецифических маркеров, обладающих высокой специфичностью и чувствительностью. Однако, полифенотипичность и многообразие антигенной структуры может отличать опухоли, идентичные по происхождению и гистологической структуре. Поэтому, только использование широких панелей антител в совокупности со знаниями и опытом врача-патоморфолога, дает возможность с высокой точностью выявить первичный очаг и

буть решуючими в постановкеокончатального морфологического диагноза.

СЕРОПОЗИТИВНИЙ ПАРАНЕОПЛАСТИЧНИЙ ПОЛІАРТРИТ

Літвіняк Р.І.

Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр
м. Львів, Україна

Загально відомо, що знання сімейними лікарями та лікарями вузького профілю особливостей клінічних проявів і перебігу паранеопластичних ревматологічних синдромів (ПРС) покращує ранню діагностику злоякісного новоутворення та дає змогу вчасно скерувати хворого на стаціонарне лікування в спеціалізовану онкологічну установу.

Мета роботи – розглянути клініко-лабораторні характеристики паранеопластичних поліартритів, проаналізувати особливості серопозитивних паранеопластичних поліартритів (СПП).

За даними Rugienė R. частота паранеопластичних ревматологічних синдромів становить 2,6 %, а у дослідженні Solans-Laqué R. et al. цей показник складає 7,3%. Чітких діагностичних критеріїв ПРС, зокрема для паранеопластичного поліартрититу (ПНП), не розроблено і в більшості випадків вони залишаються діагнозами «виключення». Найчастіше описують такі клінічні особливості ПНП: раптовий початок, недеформуюче, неерозивне та асиметричне ураження суглобів, переважно нижніх кінцівок, невиражена запальна реакція суглобів, відсутність патологічних змін суглобів на рентгенограмі, ефективність протипухлинного лікування, відсутність серологічних маркерів (зокрема, ревматоїдного фактора - РФ).

На сьогодні описано клінічні випадки серопозитивного паранеопластичного поліартрититу, що характеризується позитивним РФ та/або антитілами до циклічного цитрулінованого пептиду (anti-CCP). Anti-CCP – чутливий та специфічний серологічний маркер, що, поряд із ревматоїдним фактором, відіграє важливу роль у лабораторній діагностиці ревматоїдного поліартрититу. За даними Zurancic M. в одному дослідженні РФ був позитивний у 6 із 13 хворих

на карциноматозний поліартрит. Описано лише 4 випадки СПП з позитивними РФ та anti-ССР, які характеризувалися наявністю типових суглобових симптомів та низькою ефективністю лікування.

Висновок: існує потреба глибшого вивчення серопозитивних паранеопластичних артритів з позитивними РФ та anti-ССР як можливих прогностичних факторів ефективності лікування.

МОРФОЛОГІЯ ТКАНИН НАВКОЛО СІТЧАСТОГО АЛОТРАНСПЛАНТАТА НА ФОНІ ОНКОПОРОЦЕСУ

Морар І.К., Бодяка В.Ю.

Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Вступ. Одним із частих ускладнень після виконання оперативних втручань з приводу злоякісних новоутворень органів черевної порожнини є виникнення післяопераційної евентрації. З метою запобігання розвитку такого небезпечного ускладнення переважна більшість хірургів укріплює передню черевну стінку сітчастими трансплантатами, проте швидкість регенерації та ризик розвитку гнійно-септичних ускладнень з боку післяопераційної рани, у даній категорії пацієнтів, має певні особливості, обумовлені наявністю пухлинної інтоксикації, явищами вторинного імунodefіциту, кахексії, анемії, тощо.

Вивчення особливостей морфології грануляційної тканини навколо сітчастого трансплантата дасть змогу більш ефективно попередити розвиток ускладнень з боку післяопераційної рани.

Мета дослідження – вивчити в експерименті особливості морфології грануляційної тканини навколо елементів сітчастого трансплантата м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки на фоні злоякісного новоутворення м'яких тканин.

Матеріал і методи. Експеримент виконано на 20 щурах, яким виконано пластику передньої черевної стінки сітчастим трансплантатом. Основну групу склали 12 тварин, яким після імплантації сітчастого трансплантата прищеплено пухлину Герена. Групу порівняння утворили 8 тварин, без пухлини. Забір біологічного матеріалу проводили на 19-ту добу після виконання оперативного

втручання. Виконували морфометричне дослідження за допомогою комп'ютерної мікроденситометрії.

Результати та їх обговорення. Наявність злоякісного новоутворення значно пригнічує та сповільнює процеси дозрівання грануляційної тканин навколо елементів сітчастого трансплантата. Це доводить вірогідне зменшення площі та оптичної густини забарвлених колагенових волокон, а також збільшення кількості клітин грануляційної тканини, питомого об'єму кровонаповнення її судин.

Висновки. Наявність злоякісного новоутворення суттєво зменшує площу грануляційної тканини, одночасно уповільнює її дозрівання.

Дану особливість необхідно враховувати при пластиці передньої черевної стінки сітчастим трансплантатом при виконанні паліативних оперативних втручань у хворих на онкологічну патологію.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «СОДЕРМІКС» ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПРОМЕНЕВИХ ФІБРОЗІВ В РАДІОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ ВОКОД

***Нечипорук Т.С., Конькова Т.В., Протасевич В.М.,
Корчинський О.Г., Поліщук Л.І.***

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Препарат «Содермікс» використовується для попередження виникнення променевиx фіброзів. Має властивість знижувати вираженість запалення і хронічного свербіжу при келоїдних шрамах і гіпертрофічних рубцях; зменшує інтенсивність больових відчуттів і знижує жорсткість рубців; знижує больовий синдром і покращує розсмоктування сполучних тканин.

Застосовується шляхом нанесення на шкіру зони опромінення два рази на день протягом Змісяців.

Фіброз дерми і кератоз епідермісу є нерідкими пізними ускладненнями і наслідком променевої терапії.

Основними факторами, що впливають на розвиток фіброзу є доза фракціонування опромінення і його тривалість.

Розвиток фіброзу може бути пов'язаний з одночасною або послідовною хіміотерапією, з віком, а також з індивідуальною радіочутливістю сполучної тканини.

Доведено - гіперфракційне опромінення викликає розвиток фіброзу значно частіше, ніж опромінення малими та середніми разовими дозами (57% проти 16 %).

У більшості тканин, радіаційне ураження супроводжується втратою паренхіматозних клітин і надлишковим утворенням фіброзної тканини.

Фіброз є комплексною відповіддю тканини, основними характеристиками якої є масивне відкладення позаклітинного матриксу і надлишкова проліферація фібробластів. Це - динамічний процес, який включає постійну перебудову тканини і тривалу активацію фібробластів.

За період використання препарату «Содермікс» спостерігалось зменшення проявів ранніх променевих реакцій, що дало змогу підвести необхідні дози лікування та зменшило кількість променевих ускладнень. В подальшому планується проведення аналізу використання даного препарату з урахуванням не лише ранніх, а і пізніх променевих ускладнень.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФОМ С ВАРИАНТНЫМ ИММУНОФЕНОТИПОМ

Селезнёв А.А.

Патоморфологическая лаборатория «CSD HealthCare»

г. Киев, Украина

Патоморфологическая диагностика лимфом основана на морфологических, иммуногистохимических и молекулярных методах исследования. При иммуногистохимическом исследовании широко используются фенотипические маркеры, расположенные на поверхности лимфоцитов (CD-маркеры). Однако было показано, что приблизительно 10% лимфом могут иметь отклонения от классического иммунофенотипа, такой иммунофенотип назвали вариантным. Наличие такого иммунофенотипа может приводить к неправильной классификации лимфомы, а значит и к выбору

неоптимальної хіміотерапії. Варіантний іммунофенотип лимфому можна заподозрити коли: 1) морфологічні зміни в тканинах або морфологія клітин пухлики не відповідає іммунофенотипу клітин пухлики; 2) іммунофенотип клітин не відповідає класичному іммунофенотипу ні одній з лимфом; 3) клінічна картина не відповідає встановленому морфологічно діагнозу. По тому дослідники продовжили пошук маркерів, які могли б допомогти більш точно встановити діагноз таких лимфом. Молекулярні дослідження показали роль транскрипційних факторів, які визначають напрямок диференціювання клітин. Пізніше було показано, що іммуногістохімічне визначення експресії цих факторів дозволяє показати спрямованість диференціювання пухлинних клітин. На сьогоднішній день для підтвердження лимфом з клітин зони мантиї використовують транскрипційний маркер SOX-11, лимфом з клітин фолікулярного центру – LMO2 і HGAL, мелкоклітинної лимфоцитарної лимфому – t-bet, лимфом з клітин маргінальної зони – TCL1, для диференціальної діагностики класичної лимфому Ходжкіна і дифузних В-крупноклітинних лимфом – BOB.1 і OCT-2. Таким чином, застосування іммуногістохімічної діагностики транскрипційних факторів в доповнення до стандартним CD-маркерам різко підвищує точність діагностики лимфом, особливо тих, які мають варіантний іммунофенотип.

ВНУТРІШНЬОПЛЕВРАЛЬНА ПЕРФУЗІЙНА ГІПЕРТЕРМІЧНА ХІМІОТЕРАПІЯ – ЯК МЕТОД ВИБОРУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ ПЛЕВРИТАМИ

Ткач А.А., Притуляк С.М., Тацюк Я.В., Луцкер О.О., Луценко О.А.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Вступ. Пухлинні плеврити являються одним із найбільш частих ускладнень злоякісних новоутворень людини. Приблизно у половини хворих з різними формами раку, хвороба ускладнюється розвитком злоякісного плевриту.

Накопичення рідини в плевральній порожнині призводить до порушень дихальної і серцевої діяльності. Єдиного алгоритму ефективного лікування хворих зі злоякісним плевритом не існує. Одним із найбільш ефективних методів для лікування злоякісних плевритів є внутрішньоплевральна перфузія на гіпертермічних хіміотерапіях.

Мета. Визначити ефективність та доцільність застосування внутрішньоплевральної перфузійної гіпертермічної хіміотерапії (ВПГХТ) у лікуванні хворих на злоякісні плеврити.

Матеріали та методи. Поєднання поліхіміотерапії з гіпертермією показали, що локальне збільшення температури може підвищувати протиопухлинну дію багатьох цитостатичних хіміопрепаратів. Виявлено синергійний ефект комбінації цисплатин + 5-фторурацил, здатність мітоміцину С до збільшення загальної цитотоксичності в 10-15 разів при нагріванні до 43°C в порівнянні з нормальним температурним режимом. Було проаналізовано результати використання ВПГХТ у 94 хворих, що знаходились на лікуванні в торакальному відділенні ВОКОД протягом 2013-2014 рр. Використано спосіб ВПГХТ, коли за допомогою екстракорпорального нагрівального контуру з вбудованим насосом протягом 2 годин циркулює 50 мг цисплатину в ізотонічному фізіологічному розчині, нагрітому до 43°C. Процедуру повторювали двічі за госпіталізацію з перервою в 1-2 дні.

Результати обговорення. Після проведення лікування хворих за допомогою ВПГХТ було встановлено, що даний метод забезпечує задовільний плевродез і підвищує показники річного виживання в порівнянні з терапією без гіпертермії. Облітерація плевральної порожнини досягнута у 29.0 % хворих, зниження ексудації у 69.16 % пацієнтів. Неefективною дана методика виявилась всього у двох хворих. Завдяки ВПГХТ достовірно покращився фізичний статус пацієнтів за шкалами EGOG і Карновського. Протипоказами до ВПГХТ є значний спайковий процес плевральної порожнини, пристінковий та міждольовий плеврит.

Висновки: ВПГХТ забезпечує високий терапевтичний ефект, підвищує показники річної виживаності, покращує якість життя хворих зі злоякісними плевритами.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТЛУЧЕВЫХ ЛЕГОЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Хурани И.Ф., Каланпураккал Салим санул Шахи

Винницкий национальный медицинский университет

им. Н.И. Пирогова

г. Винница, Украина

Вступление. Лучевая терапия рака молочной железы (РМЖ) сопровождается развитием множества осложнений. Это диктует необходимость поиска новых методов профилактики их развития.

Цель исследования. Определение роли спиральной компьютерной томографии (СКТ) в диагностике постлучевых повреждений легких и оценке эффективности протекторов у больных РМЖ.

Материалы и методы. В исследование были включены 288 больных РМЖ. I группа (n=142), пациентки, которые получали телегаматерапию; II группа (n=146), пациентки, которые на фоне лучевого лечения получали кверцетин по 10 мг/кг и тиотриазолин по 2,0 мл 1% раствора в/м 3 раза в сутки.

Результаты и обсуждение. Более чем у половины больных I группы развивались легочные осложнения. Их основными клиническими проявлениями были: кашель, одышка и боль в грудной клетке. Все эти явления наиболее выраженными были через 3 месяца. Через 6 месяцев они уменьшались, а через 1 год были выявлены пневмосклероз (13,0%) и пневмофиброз (20,0%) у больных I группы.

Тиотриазолин и кверцетин обнаружили значительный протекторный эффект. Так через 3 месяца от начала лечения количество больных с кашлем уменьшилось от 64% – в I группе, до 31,5% – во II, с одышкой от 54,9% до 28,7%.

Постлучевой бронхит был обнаружен у 44 больных (31,0+0,4)%. Через 12 месяцев у 14 из 44 (9,9+0,3)% больных определялись проявления пневмосклероза или фиброза легких. У пациентов II группы через 3 месяца, частота выявления бронхита достоверно уменьшилась в 7,8 раза и составляла (4,0+0,3)%.

Явления пневмонита через 3 месяца наблюдались у 46 больных I группы (32,0+0,4)% и только у 8 пациенток (5,0+0,3)% II группы.

Среди пациенток I группы, которые перенесли пульмонит, на

СКТ склероз и фиброз легких через 12 месяцев встречались в 30,4% случаев, а у больных II группы – в 3% случаев. Пневмосклероз и пневмофиброз наблюдались у 33% больных I группы.

Применение протекторов достоверно уменьшило частоту пневмосклероза и фиброза в 11 раз. Количество больных с кашлем уменьшилась с 33,8% до 13,0%, с одышкой с 32,4% до 6,0%.

Выводы: ранние постлучевые повреждения возникают в 63,4% и заканчиваются формированием пневмофиброза у 30,4% больных.

Применение тиотриазолина и кверцетина уменьшает количество бронхитов в 7,7 раза, пульмонитов – в 6,4 раза.

СКТ позволяет детализировать симптомы поражения легочной ткани, которые не визуализируются при рентгенографии и может служить как метод ранней диагностики постлучевых легочных осложнений, так и для оценки эффективности протекторов.

МОЖЛИВОСТІ ЦИТОЛОГІЧНОГО МЕТОДУ ДІАГНОСТИКИ В ОНКОЛОГІЇ

*Шальмагіна Е.В., Демчук А.В., Пироженко Р.І.,
Гончарова В.В., Река О.В.*

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер,
централізована цитологічна лабораторія
м. Вінниця, Україна

З метою визначення доцільності використання цитологічного методу в діагностиці неопластичних процесів (НП) обчислено основні характеристики інформативності: чутливість, специфічність та ефективність.

Проаналізовано результати цито – гістологічних співставлень діагнозів 2785 пацієнтів, які обстежувалися в онкодиспансері з приводу НП. Матеріал для досліджень отримувався під час ендоскопій травного тракту у 905(32,5%) випадках, при огляді урогінетальної сфери - 802(28,8%), ротової порожнини - 97(3,48%), шкіри - 53(1,9%), бронхоскопії - 414(14,87%), біопсії грудної залози - 386 (13,86%), лімфатичних вузлів - 109 (3,91%), м'яких тканин та кісток - 5(0,18%), щитоподібної залози - 4(0,14%), з порожнин тіла - 10(0,36%). Вразі визначення обома методами НП результати розцінювались як істинно

позитивні(ІІ), наявності доброякісних змін – істинно негативні(ІІІ). Хибно позитивні(ХІІ) цитологічні висновки встановлювались, зазвичай, при переоцінці атипії в деструктивно спотворених клітинах, хибно негативні(ХН) – обумовлені недостатньою кількістю діагностичного матеріалу в препараті.

Загалом, в 2342 випадках характеризувались як ІІ результати, 277 – ІІІ, 126 – ХІІ, 40 – ХН. Діагностична ефективність – 94%, чутливість – 98,3%, специфічність – 68,7%. Найвища чутливість методу – 99-99,7% спостерігалась при встановленні НІІ ротової порожнини, урогінетальної сфери, грудної залози, лімфовузлів, найнижча – 97,1% – травного тракту. Високо специфічним – 71,1% є виявлення патології під час бронхоскопії та обстеженні травного тракту – 83,6%. Низька специфічність була при дослідженні матеріалу з ротової порожнини – 33,3%, урогінекології – 50,4%. Найбільш ефективний цитологічний аналіз – 98,4% в верифікації НІІ грудної залози, найменш – 90,8% – ротової порожнини.

Таким чином, цитологічне дослідження має високу діагностичну ефективність і чутливість для виявлення НІІ, тому є незамінним скринінговим методом. Підвищити специфічність можливо використовуючи сучасні технології: рідинну цитологію, молекулярно-генетичні тести.

УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКУ. ДОСВІД ВІННИЦЬКОГО КЛІНІЧНОГО ОНКОДИСПАНСЕРУ

Шамрай Г.О., Магдебур Л.П., Золотаренко А.В.

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

В діагностиці захворювань шлунку провідне значення мають ендоскопічні та рентгенологічні методи. Проте ультразвукове дослідження(УЗД) дозволяє отримувати додаткову інформацію про товщину стінки шлунку, дає змогу оцінити поширеність її будову, визначити локалізацію та розміри патологічних змін, вивчити регіонарні лімфатичні вузли, наявність рідини натщесерце, можна візуалізувати антропогенну координацію: синхронна релаксація пілорусу при скороченні антрального відділу.

Методика ультразвукового дослідження шлунку та дванадцятипалої кишки застосовується з 1989 року. Дослідження виконується трансабдомінальним доступом.

Мета дослідження. Вивчити можливості ультразвукового дослідження у діагностиці захворювань шлунку та визначити ехографічні критерії цих захворювань.

Матеріали та методи. Ультразвукове дослідження виконувалось пацієнтам, які перебували на обстеженні в поліклінічному відділенні онкодиспансеру та знаходились на лікуванні з приводу іншої онкопатології. УЗД здійснювали на сканері РМParus 240 конвексним датчиком 3.5-5.0 мГц. Хворі обстежувались натщесерце, підготовка як до звичайного УЗД органів черевної порожнини. Для отримання зображення шлунку здійснювались множинні поперечні, косі та прокольні скани в епігастрії, в лівому та правому підребір'ї. Найкраще візуалізуються пілоричний та антральний відділи, менш доступні дно та верхня третина тіла шлунку (їх зображення можна було отримати завдяки повороту хворого на лівий бік, при цьому повітря зміщувалось у вихідний відділ). При розташуванні датчика перпендикулярно стінці шлунку здійснювали вимір товщини стінки та оцінювали її структуру. Нормальна товщина стінки шлунку не перевищує 5 мм. Ехографічно візуалізуються 5 шарів: три ехогенних-слизовий, підслизовий та серозний, два гіпоехогенних - слизова оболонка з власним м'язвим та м'язевий шар. Виявлені ультразвукові ознаки змін стінки шлунку зазначали в протоколі УЗД, де у висновок вносили: «Гіпертрофія стінок шлунку», «Susp. Neo шлунку» та «Neo шлунку» (при виразних змінах), рекомендували проведення фіброгастроуденоскопії. ФГДС здійснювалась відео гастроскопом Pentax EG 201 FD. Це давало змогу візуального дослідження внутрішньої поверхні органу. Для морфологічного підтвердження діагнозу в ході ФГДС виконували біопсію слизової оболонки. Результати ФГДС, гістологічного дослідження співставляли з даними отриманими при УЗД. Таким чином обстежено 90 хворих.

Результати. В усіх зазначених пацієнтів були виявлено потовщення стінок шлунку від 7 до 31 мм. Також було виявлено порушення диференціювання на шари у 53 (58.9%):

Чітко диференціювався потовщений залозовий шар у 9 (10%);

Потовщена гіпоехогенна стінка, що пояснюється набряком та інфільтративними змінами всіх шарів у 32(35.5%);

Потовщена, ехонеоднорідна, з не чітким зовнішнім контуром стінка шлунку у 12(13.3%) пацієнтів, що можна пояснити наявністю набряку, геморагій, некрозів, запаленням, раковою інфільтрацією всіх шарів та оточуючих тканин.

Рівномірне потовщення стінки без виразних порушень структури у 37(41.1%).

За результатами ФГДС у 45(50%) виявлена не злоякісна патологія: гастрит у 32(35.5%), виразка у 8(8.9%), поліпи у 4(4.4%), рубцьова деформація у 1(1.1%). В цій групі пацієнтів за УЗД товщина стінок шлунку складала від 7 до 15 мм (в середньому 10.5 мм). Не визначалось значного порушення її структури - 28(62.2%), потовщення слизового шару - 6(13.3%), гіпоехогенність стінки шлунку - 11(24.5%).

Рак шлунку за даними ФГДС та гістологічного дослідження виявлено у 41(45.5%). Товщина стінок шлунку від 9 до 31 мм (в середньому 15.5 мм). Варто зазначити, що товщина стінок 9-11 мм стосувалась раку дна та верхньої третини шлунку, які малодоступні для візуалізації, тобто ми бачили тільки реактивні зміни на доступних ділянках. Гіпоехогенність стінки шлунку в цій групі - 21(51.2%). Потовщена ехонеоднорідна структура стінки з нечітким зовнішнім контуром - 12(29.2%). Потовщення стінки без порушень пошарової будови - 5(12.2%). Потовщення за рахунок залозового шару - 3 (7.3%).

У 4 (4.4%) пацієнтів ендоскопічно змін не виявлено. Товщина стінок до 8 мм без змін в структурі.

Висновки. Трансабдомінальне ультразвукове дослідження для діагностики захворювань шлунку доцільно використовувати як найбільш доступне та просте у виконанні в комплексі з рентгенологічними та ендоскопічними методами. Ехографічні ознаки захворювань шлунку: потовщення стінки більше 5-6 мм та порушення диференціювання на шари.

**ЛІКУВАННЯ ІНДУКОВАНОЇ ЦИТОСТАТИКАМИ
НЕЙРОПАТІЇ ПРЕПАРАТОМ «МЕДІТАН» У ХВОРИХ НА
ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ**

*Шамрай В.А., Шевня С.П., Мацішевська І.В.,
Шнайдерман П.Ю., Ткач А.А.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Поява нейропатії як ускладнення, що виникає при лікуванні раку за допомогою цитостатиків, на сьогоднішній день сягає 48-53% від загальної кількості пролікованих хворих. Терапія цитостатиками не тільки погіршує якість життя пацієнтів, а й змушує онкологів відмовитись від найбільш ефективних препаратів та комбінацій.

Мета дослідження: вивчити безпосередні результати застосування препарату «Медітан» для лікування нейропатичного синдрому викликаного цитостатичною терапією, у хворих на злоякісні новоутворення.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось у відділенні хіміотерапії Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру. Вивчені дані про 183 пацієнтів незалежно від локалізації та ступеню розповсюдження пухлини. Для оцінювання ступеню нейропатії було розроблено анкету. Основа препарату «Медітан» – габапентин – амінокислота, яка за хімічним складом подібна до гальмівного медіатора ГАМК (γ-аміномасляна кислота). Лікування «Медітаном» відбувалося наступним чином: 1 день – 300мг; 2-й день – 2 рази по 300 мг; 3-й день – 3 рази по 300 мг. Інколи дозу підвищували і до 3600мг/день.

Результати та обговорення. Найчастіше нейропатія розвивалась при введенні комбінації паклітакселу з цисплатиною, а також цисплатини та доцетакселу. Медикаментозному лікуванні підлягали пацієнти з нейропатичними ускладненнями I-III ступенів. Дозу препарату визначали згідно рекомендацій виробника і підвищували до отримання терапевтичного ефекту. Після отримання бажаного результату пацієнти продовжували прийом препарату до закінчення

курсу хіміотерапії. У 89 (49%) пацієнтів ознаки нейропатії зникли повністю. У 75 (41%) – ступінь нейропатії знизився з II-III до I ст. У 20 (11%) пацієнтів ефект лікування виявився незначним. Суттєвої побічної дії препарату не було виявлено.

Висновки. «Медітан» є ефективним препаратом для лікування нейропатичного синдрому, викликаного протипухлинними цитостатиками. Препарат добре переноситься пацієнтами та забезпечує стійкий терапевтичний ефект.

**ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ГЕНФЕРОН ПРИ
ПРОМЕНЕВОМУ ЛІКУВАННІ ОНКО-ХВОРИХ З
ПАТОЛОГІЄЮ МАЛОГО ТАЗУ**

*Щербатюк Т.М., Болюх О.І., Щурський В.О.,
Постовітенко О.М., Терміт Л.М.*

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер
м. Вінниця, Україна

Інтерферони традиційно розглядались як противірусні засоби однак було доведено їх протипухлинна та імунomodуюча активність, що привело до використання в лікуванні злоякісних пухлин. Комплекс активних речовин препарату Генферон (альфа-2-інтерферон, таурин, анестезин) надає дію на місцевий і системний імунітет, противірусну та антибактеріальну дію.

Суппозиторії Генферон використовують під час променевого лікування ректально, або вагінально по 1000000 МЕ 2 рази на добу протягом 20 днів на фоні променевої терапії. В подальшому з метою реабілітації протягом наступного місяця Генферон використовують в дозі 500000 МЕ 2 рази на тиждень. Та три наступних місяці Генферон в дозі 500000 МЕ використовують 2 рази на тиждень.

Альфа-2-інтерферон - має імуномодуючу дію, активуючи переважно клітинну ланку імунітету (фагоцити, Т-кілери і Т-хелпери). Активуючи лейкоцити, Генферон призводить до усунення вогнищ запалення, а також до відновлення нормальної продукції IgA. Крім того альфа-2-інтерферон призводить до порушення процесів реплікації і транскрипції в клітинах вірусів (ВПЛ, герпесу), бактерій (хламідій, уреплазми, мікоплазми, гарднерелл, трихомонад), грибів.

Таурин володіє репаративні та регенеративні властивості, посилює протизапальний ефект інтерферону, володіє мембраностабілізуючою та антиоксидантною дією.

Анестезин - надає місцевоанестезуючу дію, блокуючи больові імпульси. Відносним протипоказанням до призначення Генферон алергічні або аутоімунні захворювання.

За період використання препарату Генферон спостерігалось зменшення проявів ранніх променевих реакцій, т що дало змогу підвести необхідні лікувальні дози та зменшило кількість променевих ускладнень. В подальшому планується проведення аналізу використання данного препарату з урахуванням випадків виникнення пізніх променевих ускладнень.

СТАН ТРАБЕКУЛЯРНОЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ГРУДНОГО ТА ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА НА ТЛІ ПРОВЕДЕННЯ СТАНДАРТНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЛІМФОМУ ХОДЖКІНА

Яворська Ю.В., Жулкевич І.В.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний
університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України»
м. Тернопіль, Україна

Вступ. Встановлено, що на тлі досягнення повної ремісії та потенційної виліковності лімфоми Ходжкіна (ЛХ), тривалість життя таких пацієнтів є меншою в порівнянні із загальною популяцією, зокрема і за рахунок впливу найближчих та віддалених наслідків терапії, а саме ураження кісткової тканини (КТ).

Мета. На діагностичному та хіміотерапевтичному етапах оцінити кількісні (денситометрична щільність - ДЩ) та якісні (структурні параметри) характеристики трабекулярної КТ.

Матеріали і методи. Проаналізовано комп'ютерні томограми 39 пацієнтів (19 жінок та 20 чоловіків) на етапі діагностики ЛХ та після завершення 4-6 курсів поліхіміотерапії (ПХТ) за протоколами ABVD та BEACOPP. Методом віртуальної біопсії кісткової тканини хребців визначено топологічні, текстурні та параметри трабекул, їх динаміку після ПХТ.

Результати. В жінок з ЛХ та наявними системними В-симптомами після проведення ПХТ та в порівнянні з вихідними даними, втрата більшою мірою відбулися зміни за рахунок фрактальних розмірностей, що відображають складність галуження трабекул, топологічних параметрів трабекул та зменшення індексу мінерального компоненту. Меншою мірою відбулося зменшення ДЩ в чоловіків з В-симптомами в порівнянні з цим показником, що зазнав значного зменшення після завершення ПХТ (10,33% та 27,36% відповідно).

Висновки. В жінок трабекулярна КТ хребців після ПХТ змінюється за рахунок порушення мінералізації та змін топології трабекул, коли в чоловіків має місце значна втрата ДЩ. В-симптоми та чоловіча стать є негативним прогностичним фактором не тільки для перебігу ЛХ, а й для ризику ураження КТ. Оцінка динаміки структурної перебудови КТ повинна стати складовою комплексної діагностики пацієнтів з ЛХ.

ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ МЕТОДОМ ПУНКЦИОННОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ И ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ

Яворский А.А., Чехлов М.В.

Одесский национальный медицинский университет
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики, терапии
и радиационной медицины
г. Одесса, Украина

Цель: изучение результатов и определение эффективности пункционной вертебропластики в сочетании с лазерной вапоризацией, как метода лечения метастатического поражения тел позвонков.

Материалы и методы: на базе хирургического отделения Центра реконструктивной и восстановительной медицины (Университетская клиника) Одесского национального медицинского университета выполнены пункционная вертебропластика с лазерной вапоризацией 17 пациентам с метастатическим поражением позвоночника. Пункционная вертебропластика выполнялась с использованием костного цемента VertaPlex Stryker. Лазерная вапоризация выполнялась хирургическим Nd:YAG лазером Dornier Medilas Fibertom. Состояние пациентов в до- и послеоперационном периоде

оценивалось по индексу Карновского, шкале ECOG-ВОЗ, визуальной аналоговой шкале боли.

Результаты: пункционная вертебропластика по поводу метастатического поражения тел позвонков выполнялась на грудном и поясничном уровнях. Показанием к вертебропластике являлись патологические компрессионные переломы позвонков на фоне остеолитических очагов, сопровождающиеся болевым синдромом. Каждому пациенту одномоментно оперативное вмешательство выполнялось от одного до четырех уровней. Двум пациентам вертебропластика выполнялась на 6 и 8 уровнях двумя этапами с интервалом от трех до семи дней. Во всех наблюдениях отмечалось улучшение общего состояния пациентов и снижение уровня боли в послеоперационном периоде. В двух случаях отмечалось истечение небольшого количества цемента паравертебрально, что не потребовало дополнительного лечения. В одном случае после повторной операции на нескольких уровнях при компьютерной томографии грудной клетки отмечались КТ-признаки микроэмболии мелких ветвей легочной артерии, которая не привела к клинической симптоматике.

Выводы: пункционная вертебропластика позволяет улучшить качество жизни пациентов с метастатическим поражением позвоночника.

ЗМІСТ

МІСЦЕ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ В СТРУКТУРІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЗІ СТІЙКОЮ ВТРАТОЮ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ВНАСЛІДОК ДІЇ ПРОФЕСІЙНИХ ФАКТОРІВ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Гнашук О.В.3

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКУ ТА 12-ПАЛОЇ КИШКИ, ЯК ПЕРЕДРАКОВОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

Кізлова Н.М.4

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОНКОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Лукач Е.В.6

ПРАВОВІ ТА ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ РОЗРОБКИ ТА ВИКОНАННЯ УНІФІКОВАНИХ І ЛОКАЛЬНИХ ПРОТОКОЛІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

*Клюсов О.М., Войтко О.В., Сердюк В.Г., Кондратенко А.В.,
Говоруха Т.М., Ратова В.В., Кобзаренко Т.В., Скорина О.О.*8

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ПОЛІКЛІНІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВІННИЦЬКОГО ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ОНКОЛОГІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ (ВОКОД) В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Магдебурга Л.П., Шамрай О.В., Ксенчина Р.В.10

РОЛЬ ОПОЇДІВ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО РАКОВОГО БОЛЮ. УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ

Гуля Б.М., Радчук І.П., Гуля М.Б., Пащенко С.П.12

**МЕТОДЫ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАКЕ
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ХАРЬКОВСКОМ ОНКОЦЕНТРЕ**

Винник Ю.А., Фомина С.А., Перепадя С.В., Гринева А.Ю.14

**HYBRID POSTMASTECTOMY BREAST RECONSTRUCTION IN
PATIENTS WHO HAVE RECEIVED RADIOTHERAPY**

*Dubinina V.G., Sazhiyenko V.V., Zavaloka O.V.,
Vododiuk V.Yu., Bondar O.V.17*

**ІДЕНТИФІКАЦІЯ СИГНАЛЬНОГО ЛІМФАТИЧНОГО ВУЗЛА
У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЗА ДОПОМОГОЮ
ПРЯМОЇ ХРОМОЛІМФОГРАФІЇ**

Зотов О.С., Поступаленко О.В., Верещако Р.І.18

**НЕІНВАЗИВНІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ГОРМОНАЛЬНОГО
СТАТУСУ ПУХЛИН У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

Клекот А.І., Шамрай Г.О., Магдебуря Л.П.19

**РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ
ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН**

*Ковальчук А.П., Шамрай В.А., Гудзь О.С.,
Демиденко Ю.О., Ковальчук Б.А.21*

**РОЛЬ ТЕПЛОВОГО ПОТОКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У
ДІАГНОСТИЦІ ЇЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Постевка І.Д., Малишевський І.О.22

**ПУТИ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛЕЧЕННЯ БОЛЬНЫХ ШІВ СТАДИЕЙ
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Седаков И.Е., Дубинина В.Г., Бондарь А.В., Заволока А.В.,
Вододюк В.Ю., Сажинко В.В.23*

**ЛІКУВАННЯ ДИСГОРМОНАЛЬНИХ МАСТОПАТІЙ У ЖІНОК
ІЗ ЗБЕРЕЖЕНОЮ МЕНСТРУАЛЬНОЮ ФУНКЦІЄЮ ШЛЯХОМ
ЗАСТОСУВАННЯ «ЕПІГАЛІНУ»**

Хурані І.Ф., Одарченко С.П., Васьківська А.О.25

**МУТАЦІЯ ГЕНА MTHFR И ПОСТХИМИОЛУЧЕВЫЕ
ЛЕГОЧНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Хурані І.Ф., Чень Ань Жань26

**ВПЛИВ СХЕМ ХІМІОТЕРАПІЇ НА ТЕРАПЕВТИЧНИЙ
ПАТОМОРФОЗ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Шамрай В.А., Мацішевська І.В., Шевня С.П., Шнайдерман П.Ю.,
Корчистий В.І., Хурані І.Ф., Ткач А.А.28*

**ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ФІЛГРАСТИМ» ПРИ
НЕОАД'ЮВАНТНІЙ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК
ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Шамрай В.А., Мацішевська І.В., Шнайдерман П.Ю.,
Шевня С.П., Хурані І.Ф., Ткач А.А.29*

**ДОСВІД ВИКОНАННЯ ТРЕПАН-БІОПСІЙ У ХВОРИХ НА РАК
МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Шевня А.М., Шевня Б.П.30

**ФАКТОРИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СКРИНІНГУ
ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ, ВПРОВАДЖЕНІ У ВОЛИНСЬКІЙ
ОБЛАСТІ**

Андрусенко О.П., Самкова О.П.32

**ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ
ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВОКОД**

*Григоренко А.М., Каюк В.Г., Прищак Р.А., Шамрай В.А.,
Сливка Е.В., Безносюк О.М.35*

**ДОСВІД ВЕДЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ
ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ, ЯКІ ОТРИМАЛИ
ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНИЙ КУРС СПОЛУЧЕНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ
ТЕРАПІЇ**

Григоренко А.М., Каюк В.Г., Ямчук М.М., Шамрай В.А.36

**ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОЇ РОЗШИРЕНОЇ
ЕКСТИРПАЦІЇ МАТКИ З ШИРОКО ВІДКРИТИМИ
ПАРАМЕТРІЯМИ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ**

*Григоренко А.М., Каюк В.Г., Прищак Р.А.,
Безносюк О.М., Паненко М.В.*38

**СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ II-III
СТАДІЙ**

*Григоренко А.М., Каюк В.Г., Ямчук М.М.,
Прищак Р.А., Сливка Е.В.*40

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ
ШЕЙКИ МАТКИ T_{1b1} СТАДИИ**

*Григоренко А.Н., Каюк В.Г., Ямчук М.Н.,
Шамрай В.А., Турицкая В.Л.*41

**ДОСВІД СИМУЛЬТАНТНИХ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ
В ОНКОЛОГІЇ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ВОКОД**

*Григоренко А.М., Камлук В.П., Церковнюк Р. Г., Прищак Р.А.,
Клибанівський В. В., Губанова Т. Ю.*43

**СУЧАСНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ
МАТКИ ІІБ-ІІІ СТАДІЇ**

*Григоренко С.В., Григоренко А.М., Вітюк Н.В., Лук'яненко О.А.,
Мазур Л.Ф., Калван С.А.*44

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕЙРОСОХРАНЯЮЩЕЙ РАДИКАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ <i>Дерменжи Т.В., Свинцицкий В.С., Воробьева Л.И., Неспрядько С.В.</i>	<i>46</i>
ЛІМФАДЕНЕКТОМІЯ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ НИРКИ <i>Дійчук Ю.П., Ковальський В.В., Кальмук Б.З., Кепич Я.М., Ковальчук Н.О., Ковальчук С.В., Куртяк М.Б., Юрчишин І.Я.</i>	<i>47</i>
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ НУДОТИ І БЛЮВАННЯ ОЧІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ <i>Дубініна В.Г., Кузнецова О.В., Рибін А.І.</i>	<i>48</i>
ПАЛПАТИВНА ХІМІОТЕРАПІЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОГО РАКУ ШИЙКИ МАТКИ <i>Дубініна В.Г., Лук'яничук О.В., Рибін А.І., Кузнецова О.В.</i>	<i>49</i>
ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ <i>Дубініна В.Г., Рибін А.І., Кузнецова О.В., Лисенко М.А.</i>	<i>51</i>
СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ЛІКУВАННІ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА <i>Заєць Ю. М., Костюк О.Г.</i>	<i>52</i>
РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ОПУХОЛИ В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ <i>Карташов С.М., Олешко Е.М., Мусаев Р.И.</i>	<i>53</i>

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫМИ ФОРМАМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО РАКА

Каюк В.Г., Ямчук М.Н., Григоренко А.Н., Булавенко О.В.54

ПОРІВНЯННЯ РАДИКАЛЬНОЇ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ НЕФРЕКТОМІЇ З НЕФРЕКТОМІЄЮ ВІДКРИТИМ СПОСОБОМ У ХВОРИХ НА РАК НИРКИ

О.Г. Костюк, О. А. Лавренчук, В.В. Гончарук, Ю.М. Заєць, В.В. Паламар, О.В. Миколюк, В.П. Камлук56

НАШ ДОСВІД ОПЕРАЦІЇ ЦИСТЕКТОМІЇ ІЗ ДЕРИВАЦІЄЮ СЕЧІ ПО MAINZ ROUCH 2

Гончарук В.В., Костюк О.Г.,57

СТАТИСТИЧНА ОЦІНКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА РАК СЕЧОВОГО МІХУРА В ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

В.В. Гончарук, О.Г. Костюк, А.В. Хмеляр59

ПОКАЗНИКИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ НА ДООПЕРАЦІЙНОМУ ТА РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Кривокульський Б.Д., Жулкевич І.В., Кривокульський Д.Б.60

МИНИИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП В ОНКОУРОЛОГИИ

Лысенко В.В., Осадчий Д.Н., Чайка А.М., Снисаренко В.А.....63

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РПЖ ТЗБ СТАДИИ

Лысенко В.В., Осадчий Д.Н., Роша Л.Г., Снисаренко В.А.64

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ РАКА ПОЧКИ

Лысенко В.В., Меленевский А.Д., Осадчий Д.Н., Снисаренко В.А.....66

**ІННОВАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ
НОВОУТВОРЕНЬ ТІЛА МАТКИ**

Манжура О.П., Карачарова І.Ю., Сичова М.І., Ключов О.М.67

**РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ВУЛЬВИ ЗА 2005-
2010 РОКИ**

*Манжура О.П., Міцкевич В.Є., Корнієнко В.Г., Вакуленко Г.А.,
Харченко К.В., Клеветенко М.П., Ключов О.М.68*

**ВПЛИВ ОБСЯГУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ НА
ВИНИКНЕННЯ РЕЦИДИВУ ПОГРАНИЧНИХ ПУХЛИН
ЯЄЧНИКІВ**

*Манжура О.П., Вакуленко Г.О., Харченко К.В., Верещак Р.І.,
Міцкевич В.Є., Клеветенко М.П.,
Ключов О.М., Корнієнко В.Г.70*

**CASE OF THE EFFICIENCY OF THE FDG PET/CT IN PROSTATE
CANCER**

*O.G. Oliinichenko, M.M. Firsova, O.I. Lola, A.V. Kapinos,
A.V. Kholodna, E.Yu. Shepel71*

**ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОГО
КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ НА ПОЛІМОРФНІ
ВАРІАНТИ ГЕНУ *ESR1* У ХВОРИХ З ДОБРОЯКІСНОЮ
ТА ЗЛОЯКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ЖІНОЧОЇ
РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ**

*Палійчук О.В., Горовенко Н.Г.,
Росоха З.І., Поліщук Л.З., Чехун В.Ф.72*

**ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РАК ЯЄЧНИКІВ
В ХМЕЛЬНИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Рудик І.М., Бриндіков Л.М.,
Закрижевська Т.В., Полунченко О.І.75*

ПЛАНУВАННЯ ПОЄДНАНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА МІСЦЕВО ПОШИРЕНИЙ РАК ШИЙКИ МАТКИ <i>Тюєва Н.В., Лук'янчук О.В., Стоян В.Т., Антонова Л.П.</i>	<i>76</i>
ВПЛИВ ПРОЛІФЕРАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ ПУХЛИНИ НА РЕЗУЛЬТАТИ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ МІСЦЕВО ПОШИРЕНОГО РАКУ ШИЙКИ МАТКИ <i>Тюєва Н.В., Роша Л.Г., Лук'янчук О.В.</i>	<i>77</i>
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЛОКАЛІЗОВАНОГО РАКУ НИРКИ <i>Церковнюк Р.Г.</i>	<i>78</i>
ТАРГЕТНА ТЕРАПІЯ МЕТАСТАТИЧНОГО НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ <i>Церковнюк Р.Г.</i>	<i>80</i>
ПРОФІЛАКТИКА ВИПАДІННЯ КУКСИ ПІХВИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ МАТКИ <i>Шамрай В.А., Місюрко О.І., Смірнова О.В., Шамрай О.В., Паненко М.В.</i>	<i>81</i>
СПОСІБ УШИВАННЯ КУКСИ ПІХВИ ПРИ АБДОМІНАЛЬНІЙ ПАНГІСТЕРЕКТОМІЇ З ОДНОМОМЕНТНОЮ ПЕРИТОНІЗАЦІЄЮ МАЛОГО ТАЗА <i>Шамрай В.А., Місюрко О.І., Смірнова О.В., Шамрай О.В., Паненко М.В.</i>	<i>82</i>
ШЛЯХИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОЗИ ТАКСАНВМІСНИХСХЕМ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ ПРИ РАКУ ЯЄЧНИКІВ <i>Шамрай В.А., Муса О.Н., Одарченко Н.Я., Місюрко О.І., Жураківська О.В.</i>	<i>83</i>

**РОЛЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ СОЛЕВЫХ РАСТВОРОВ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛУЧЕВОГО ОТЕКА У
ОНКОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Абызов Р.А., Абызов В.Р.85

**АКТУАЛЬНІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ КЛІНІКО-МОРФО-
ІМУНОЛОГІЧНОГО СТАНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ
ПОРОЖНИНИ НОСА У ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ ПІСЛЯ
ТОТАЛЬНОЇ ЛАРИНГЕКТОМІЇ**

Р.А. Абизов, Ю.Д. Павлишин, С.С. Самойленко87

**ЕТАПИ ВІДНОВЛЕННЯ ЯКОСТІ ГОЛОСУ У ХВОРИХ НА РАК
ГОРТАНІ І-ІІ СТ. ПРИ ХОРДЕКТОМІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ
ЕЛЕКТРОТЕРМОАДГЕЗІЇ**

Абизов Р.А., Онищенко Ю.І.89

**РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ КОМБІНОВАНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МІСЦЕВО ЗАНЕДБАНІЙ РАК
ГЛОТКИ, ГОРТАНОГЛОТКИ ТА ГОРТАНІ**

*Бондаренко С.Г., Галай О.О., Білинський Б.Т., Дуда О.Р., Цьолко Т.Р.,
Шмідт М.Р., Друзюк О.В., Сендега І.М.,
Лудчак В.Ю., Сліпецький Р.Р.90*

**РАК СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА І РОТОГЛОТКИ З
ІІІ-ІV СТАДІЄЮ. ЩО КРАЩЕ: ОПРОМІНЮВАТИ, А ПОТІМ
ОПЕРУВАТИ, ЧИ НАВПАКИ?**

*Галай О.О., Білинський Б.Т., Бондаренко С.Г., Друзюк О.В.,
Дуда О.Р., Лудчак В.Ю., Сендега І.М., Сліпецький Р.Р.,
Цьолко Т.Р., Шмідт М.Р.92*

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ
ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ГУБИ ТА РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ**

*В.М. Ковальчук, Б.М. Гуля, Т.О. Волков, Х.І. Крічфалушій,
І.В. Міщераков, А.В. Степаненко, О.О. Аврамець93*

СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ РАКУ ГУБИ В ВОКОД ЗА 5 РОКІВ

Коновалюк О.О., Глушанець В.А.,

Крулько С.І., Блеснюк Ж.В.94

**ВИБІР МЕТОДИКИ ПЛАСТИКИ У ХВОРИХ НА РАК СЛИЗОВОЇ
ОБОЛОНКИ РЕТРОМОЛЯРНОГО ТРИКУТНИКА**

О.В. Кравець, В.С. Процик, О.В.Хлинін, А.В. Ситник96

**ЗАМІЩЕННЯ ПОЛОВИННИХ ДЕФЕКТІВ ЯЗИКА
СУБМЕНТАЛЬНИМ КЛАПТЕМ У ПОРІВНЯННІ З
ПРОМЕНЕВИМ ПЕРЕДПЛІЧЧЯ**

О.В. Кравець, В.С. Процик, О.В. Хлинін, А.В. Ситник.....97

**ДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАННОСТІ,
ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК
ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ВІННИЦЬКОМУ РЕГІОНІ**

Магдебурга С.О., Ткач А.А., Магдебурга Л.П., Хмеляр А.В.....98

**СТРАТЕГІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕГІОНАРНИХ
МЕТАСТАЗИВ У ХВОРИХ НА РАК ПОРОЖНИНИ РОТА ТА
РОТОГЛОТКИ**

Процик В.С., Трембач О.М., Коробко Є.В.,

Чичула Р.Є., Мосін О.А.....99

**100-РІЧЧЯ ФІЛАТОВСЬКОГО СТЕБЛА. ДОСВІД
ВИКОРИСТАННЯ В ПЛАСТИЧНІЙ ХІРУРГІЇ ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

Процик В.С., Трембач О.М., Коробко Є.В.101

**ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ БІЛКОВОГО І НЕБІЛКОВОГО SH/
SS КОЕФІЦІЄНТІВ ПРИ НОВОУТВОРЕННЯХ ЩИТОПОДІБНОЇ
ЗАЛОЗИ**

Ратушненко В.О., Антонюк О.В.,

Москаленко О.М., Костюшова Н.В.104

**ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У
ЛАРИНГЕКТОМОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З ПРИВОДУ РАКУ
ГОРТАНИ ТА ГОРТАНОГЛОТКИ**

*Серезко Ю.О., Феджага І.П., Стороженко П.М.,
Пашковський В.М., Старченков В.Ю.....105*

**ПРЕДИКТИВНЕ ЗНАЧЕННЯ ГІСТОЛОГІЧНОЇ
ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ПРИ ПЛОСКОКЛІТИННОМУ РАКУ
ГОРТАНИ У РАННІЙ СТАДІЇ**

Сліпецький Р.Р.....106

**ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК
ГОРТАНИ 3-Ї СТАДІЇ, ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИХ В 2006-2008 РОКАХ
В УКРАЇНІ ЗА ДАНИМИ 5-ТИ РІЧНОЇ ВИЖИВАНОСТІ**

В.В. Стрежак, Е.В. Лукач108

**СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ДИСФАГІЇ
І СТЕНОЗУ ГОРТАННОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ У ЧОЛОВІКІВ
ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ**

Феджага І.П.....109

**РАК ЩИТОВИДНОЇ ЖЕЛЕЗЫ В КИРОВОГРАДСКОЙ
ОБЛАСТИ. АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА 2010–2014 ГГ.**

*Фёдоров Д.Ю., Ярынич К.В., Ярынич В.И., Прокудина В.В.,
Скородумов Ю.А., Крамар Т.М., Люля И.Э.....110*

**АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ
СОХРАНЕНИЯ ГОРТАНИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ
РОТОГЛОТКИ**

Шувалов С.М.111

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРЕПАНБИОПСИЙ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Балашова О.И., Савенков Д.Ю., Ханов В.В., Хоменко А.В.,
Куцяк Т.Л., Сирый С.С., Перепелица Е.А.113*

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ
ПЕРВИЧНОМ И МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ
В УСЛОВИЯХ ДНЕПРОПЕТРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО
КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА**

*Балашова О.И., Савенков Д.Ю., Ханов В.В.,
Хоменко А.В., Сирый С.С., Перепелица Е.А.....116*

**ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ПРЯМОЇ КИШКИ В
ЛІМФАТИЧНІ ВУЗЛИ**

*Батюк С.І., Бриндіков Л.М., Табола М.М.,
Закрижевська Т.В., Світак І.Є.....118*

**ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РАК ОБОДОВОЇ І
ПРЯМОЇ КИШКИ**

Біктіміров О.В., Ковальчук Б.А.120

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПАРАМЕТРІВ РЕДОКС-СТАНУ
ТРОМБОЦИТІВ З ВІДДАЛЕНИМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ
КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ
КИШКИ**

*Бурлака А.П., Голотюк В.В, Вовк А.В.,
Лукін С.М., Сидорик Є. П.121*

**ОПТИМИЗАЦИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПРИ ГАСТРЭКТОМИЯХ**

*Винник Ю.А., Трунов Г.В. Шаповалов Д.В.,
Мухамед Саед Абухасан123*

**ЗАСТОСУВАННЯ ПОПЕРЕДНИКА ОКСИДУ АЗОТУ В
ПРОГРАМІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПРЯМОЇ
КИШКИ**

*Голотюк В.В, Бурлака А.П., Семенів П.М.,
Юркевич Є.М., Ткачук Ю.Б., Партикевич Ю.Д.124*

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО
ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ НА ФОНІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО
РАКУ**

Гушул І.Я., Іващук О.І.126

**ВИЖИВАНІСТЬ ХВОРИХ З МНОЖИННИМИ МЕТАСТАЗАМИ
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ В ПЕЧІНКУ ПІСЛЯ
РАДІОЧАСТОТНОЇ ТЕРМОАБЛЯЦІЇ**

Дубініна В.Г., Максимовський В.Є., Четверіков С.Г.127

**ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ВЫБОРА МЕТОДА
СТАДИРОВАНИЯ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ
ЖЕЛУДКА**

В.Г. Дубинина, А.А. Машуков, А.А. Биленко128

**СПОСОБЫ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ
ОСОБЕННОСТЕЙ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА
С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД**

*Думанский Ю.В., Сидюк А.В., Степко В.А.
Степко В.А. Сидюк Е.Е.130*

ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА

*Думанский Ю.В., Сидюк А.В., Степко В.А.,
Степко В.А., Сидюк Е.Е.132*

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ
СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ**

Ерко И.П., Молошок А.А., Балабушко С.Б., Шеремок Л.В.133

СПОСІБ РОЗШИРЕНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ – НИЗВЕДЕННЯ ЛІВОЇ ПОЛОВИНИ ОБОДОВОЇ КИШКИ ЧЕРЕЗ БРИЖУ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА	
<i>Єрко І.П., Бардаков Г.Г., Балабушко С.Б.</i>	<i>135</i>
БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КАРДІОЕЗОФАГЕАЛЬНИЙ РАК	
<i>Єрко І.П., Бардаков Г.Г., Балабушко С.Б.</i>	<i>137</i>
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУ РАКУ ГОРТАНІ В ШИЙНІЙ ДІЛЯНЦІ СТРАВОХОДУ	
<i>Зовтун В.В., Сірик О.О., Мулярчук Н.С., Сташенко О.Д., Науменко С.В.</i>	<i>139</i>
ОБ’ЄКТИВІЗАЦІЯ МЕТОДІВ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ ПУХЛИННОЇ ЕТІОЛОГІЇ	
<i>Каніковський Д.О., Біктіміров О.В.</i>	<i>141</i>
ВИБІР СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ КІСТОЗНИХ ВРАЖЕНЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	
<i>Каніковський О.Є., Павлик І.В.</i>	<i>142</i>
ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНА СТРОМАЛЬНА ПУХЛИНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ЛІКУВАННЯ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ	
<i>Ковальчук А.П., Болюх Д.Б., Клибанівський В.В., Солоненко С.В.</i>	<i>143</i>
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ КОЛОСТОМОВАНИХ ХВОРИХ ЗА МАТЕРІАЛАМИ КЛІНІКИ	
<i>Ковальчук А.П., Дроненко В.Г., Клибанівський В.В.</i>	<i>144</i>
ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ У ВІННИЦЬКОМУ РЕГІОНІ	
<i>Ковальчук А.П., Какарькін О.Я., Ковальчук Б.А.</i>	<i>146</i>

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК ІЗ СИНХРОННИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ

*О.О. Колеснік, А.А. Бурлака,
А.В. Лукашенко, В.В. Приймак, І.Б. Щепотін.....148*

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ АНАЛЬНОГО СФІНКТЕРА ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ

*Колеснік О.О., Безносенко А.П., Грабовий О.М.,
Кротевиц М.С., Махмудов Д.Е.....149*

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ II–III СТАДІЙ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

*Колеснік О.О., Іванкова В.С., Столярова О.Ю.,
Безносенко А.П., Махмудов Д.Е.....150*

ВПЛИВ ПЕРИОПЕРАЦІЙНИХ ГЕМОТРАНСФУЗІЙ НА БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ОБОДОВОЇ КИШКИ

*О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, Д.Е. Махмудов, А.А. Бурлака,
М.О. Волк, А.П. Безносенко, В.В. Приймак151*

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИВІСЦЕРАЛЬНИХ РЕЗЕКЦІЙ ПРИ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОМУ РАКУ ОБОДОВОЇ КИШКИ З ІНВАЗІЄЮ В ОРГАНИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ

*О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, Д.Е. Махмудов, А.А. Бурлака,
М.О. Волк, В.В. Приймак, А.П. Безносенко.....152*

**ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ
ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ
РАКУ ОБОДОВОЇ КИШКИ**

*О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, Д.Е. Махмудов,
А.А. Бурлака, М.О. Волк, В.В. Приймак, А.П. Безносенко.....153*

**РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОНАННЯ МУЛЬТИВІСЦЕРАЛЬНИХ
РЕЗЕКЦІЙ ПРИ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОМУ
КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ З ІНВАЗІЄЮ В СЕЧОВИЙ МІХУР**

*О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, Д.Е. Махмудов, А.А. Бурлака,
М.О. Волк, В.В. Приймак, А.П. Безносенко.....154*

**ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ НА МІСЦЕВО-ПОШИРЕНИЙ РАК ПРЯМОЇ КИШКИ,
УСКЛАДНЕНИЙ УТВОРЕННЯМ ПУХЛИННИХ НОРИЦЬ**

*О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, Д.Е. Махмудов,
А.А. Бурлака, М.О. Волк, В.В. Приймак, А.П. Безносенко.....156*

**ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ПУХЛИН ОБОДОВОЇ ТА ПРЯМОЇ
КИШКИ**

*О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, Д.Е. Махмудов,
А.А. Бурлака, М.О. Волк, В.В. Приймак, А.П. Безносенко.....157*

**ЛАЗЕРНА АБЛЯЦІЯ В ЛІКУВАННІ КАРЦИНОЇДНИХ ПУХЛІН
ТРАХЕЇ ТА БРОНХІВ**

*Кондрацький Ю.М., Зайцев С.Л., Лебедева О.І.,
Войцехович В.С., Разумейко І.В.158*

**ВИБІР ОБ'ЄМУ ЛІМФОДИСЕКЦІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ
ЛІКУВАННІ РАКУ СТРАВОХОДУ**

*Кондрацький Ю.М., Васильєв О.В., Лебедева О.І., Зеленський А.І.,
Копецький В.І., Фридель Р.І., Зайцев С.Л.,
Разумейко І.А., Сурруненко А.А.159*

**НОВІ ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ У ХВОРИХ НА РАК
ЛЕГЕНІ З ПАРАНЕОПЛАСТИЧНИМ РЕВМАТОЛОГІЧНИМ
СИНДРОМОМ**

Лисенко С.А., Стрижалковський О.В., Шибинський В.В.160

**ОЦІНКА ВИЖИВАНOSTІ ХВОРИХ НА МЕЛАНОМУ ШКІРИ У
ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Печевистий О.М., Хмельяр А.В.162

**ДОСВІД ЛІКУВАННЯ РАКУ СТРАВОХОДУ У ВІННИЦЬКОМУ
ОБЛАСНОМУ КЛІНІЧНОМУ ОНКОЛОГІЧНОМУ ДИСПАНСЕРІ**

*Притуляк С.М., Ткач А.А., Клібанівський В.В., Київський П.І.,
Стрижалковський О.В., Луцкер О.О., Тацюк Я.В., Лисенко С.А.,
Луценко О.А., Матяш В.Р., Олексюк О.В.164*

**ДОСВІД ВІДНОВЛЕННЯ ПАСАЖУ ЇЖИ У ОНКОЛОГІЧНИХ
ХВОРИХ ІЗ СИМПТОМОМ ДИСФАГІЇ**

*Притуляк С.М., Ткач А.А., Філіпович В.О., Луцкер О.О.,
Тацюк Я.В., Луценко О.А., Олексюк О.В.165*

**РАК ЛЕГКОГО: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОНКОМАРКЕРОВ В
ПРОГНОЗЕ**

Стариков В.И., Басилайшвили С.Ю.166

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

*Сташенко А.Д., Сирик А.А., Цапив Р.Н.,
Чухно А.В., Дорошенко А.А., Карпенко К.В.167*

**РОЛЬ МЕДИАСТИНОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ
ЛИМФОАДЕНОПАТИЙ СРЕДОСТЕНИЯ**

*Сташенко А.Д., Сирик А. А., Цапив Р.Н.,
Чухно А.В., Дорошенко А.А., Карпенко К.В.169*

**ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНОГО
УРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ**

*Ткач А.А., Припуляк С.М., Київський П.І., Стрижалковський О.В.,
Луцкер О.О., Тацюк Я.В., Філіпович В.О., Хмельяр А.В.....*170

**ОСОБЛИВОСТІ РЕГУЛЮВАННЯ ТА ЕКСПРЕСІЇ МС1R У
ХВОРИХ НА МЕЛАНОМУ ШКІРИ**

*Хурані І.Ф., Печевистий О.М.*171

**МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО
РАКУ**

*Хурані І.Ф., Ткачук Т.В.*172

**ГІСТОМОРФОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
ІЛЕОТРАНСВЕРЗООНАСТОМОЗУ**

*Чорний О.В., Іващук О.І.....*174

**НЕКОТОРЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ
БИОКЛЕЕВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОНКОХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

*Ярынич К.В., Ярынич В.И., Скородумов Ю.А., Чалый А.С.,
Крамар Т.М., Люля И.Э., Федоров Д.Ю.,
Гришко М.П., Калинюк А.С.....*175

**КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ
КИШКИ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ**

*Винник Ю.А., к.м.н. Ефимова, Мирошниченко Л.Г.*177

**ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В
ДИАГНОСТИКЕ РАКА ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА**

*Абдуллаев Р.Я., Винник Ю.А., Крыжановская И.В.....*179

**ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ЗЛОЯКІСНИМИ
ПУХЛИНАМИ В ДІЛЯНЦІ ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

Велєв А.М., Немой М.В.181

**МОЖЛИВОСТІ ХІМІО-ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ПІДГОТОВЦІ
ДО РАДИКАЛЬНОЇ ОПЕРАЦІЇ ХВОРИХ НА МЕЛАНОМУ
ШКІРИ ІІІ-ІV СТАДІЇ**

*Галайчук І.Й., Данилків І.С., Домбрович М.І., Загурська О.М.,
Калинобродський Ю.І., Фінашина Т.В., Грех В.Я.184*

**ПРОФІЛАКТИКА СТРЕСОВИХ ВИРАЗОК ШЛУНКОВО-
КИШКОВОГО ТРАКТУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У
ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ**

*Дацюк Л.В., Демиденко Н.А., Машевська О.В.,
Губанова Т.Ю., Одарченко Л.В.186*

**ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТІВОРТІНУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ
ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ
У ВІДДІЛЕННІ РЕАНІМАЦІЇ ВІННИЦЬКОГО ОБЛАСНОГО
КЛІНІЧНОГО ОНКОЛОГІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ**

Дацюк Л.В., Демиденко Н.А., Машевська О.В.187

**ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ АНЕСТЕЗІЇ
СЕВОФЛЮРАНОМ ЗА НИЗЬКОПОТОКОВОЮ МЕТОДИКОЮ**

*Дацюк Л.В., Демиденко Н.А., Машевська О.В.,
Огинська О.М.188*

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРАДИЦИОННОГО И
ЖИДКОСТНОГО МЕТОДОВ ЦИТОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ
ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ**

*Демчук А.В., Река О.В., Пироженко Р.І.,
Гончарова В.В., Шальмагина Э.В.190*

**ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ МЕТАСТАЗАХ
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ**

Думанский Ю.В., Конькова М.В., Сидюк А.В., Ласачко П.С.191

**ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ
НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ ПРИ ОНКОГЕНЕЗІ**

Желіба М.Д., Бурковський М.І., Чорнопищук Р.М.192

**ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПЕНІЧНОГО
СИНДРОМУ У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ ЛІМФОЇДНОЮ
ЛЕЙКЕМІЄЮ**

Жулкевич І.В., Вибирана Р.Й.193

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕХОДЖКІНСЬКОЇ ЛІМФОМИ
ЛЕГЕНЬ**

Жулкевич І.В., Угляр Т.Ю.195

**ДЕНСИТО-ГІСТОМОРФОМЕТРИЧНА БІОПСІЯ – НОВИЙ
НЕІНВАЗИВНИЙ МЕТОД ДІАГНОСТИКИ І МОНІТОРИНГУ
СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

*Жулкевич І.В., Яворська Ю.В.,
Угляр Т.Ю., Недошитко В.Б.196*

**НЕОАД'ЮВАНТНА ХІМІОПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ
З ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНИМ ВВЕДЕННЯМ
ХІМІОПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК
СТРАВОХОДУ**

*Кондрацький Ю.М., Фридель Р.І., Лебедева О.І., Зайцев С.Л.,
Супруненко А.А., Разумейко І.В.197*

**СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО МЕТОДА В ОПРЕДЕЛЕНИИ
ИСТОЧНИКА КАРЦИНОМ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО
ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА**

Кошик Е.А.198

СЕРОПОЗИТИВНИЙ ПАРАНЕОПЛАСТИЧНИЙ ПОЛПАРТРИТ
Літвіняк Р.І......200

**МОРФОЛОГІЯ ТКАНИН НАВКОЛО СІТЧАСТОГО
АЛОТРАНСПЛАНТАТА НА ФОНІ ОНКОПОРОЦЕСУ**
Морар І.К., Бодяка В.Ю......201

**ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «СОДЕРМІКС» ДЛЯ
ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПРОМЕНЕВИХ ФІБРОЗІВ В
РАДІОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ ВОКОД**
*Нечипорук Т.С., Конькова Т.В., Протасевич В.М.,
Морчинський О.Г., Поліщук Л.І.*202

**ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФОМ С
ВАРИАНТНЫМ ИММУНОФЕНОТИПОМ**
Селезнёв А.А.203

**ВНУТРІШНЬОПЛЕВРАЛЬНА ПЕРФУЗІЙНА ГІПЕРТЕРМІЧНА
ХІМІОТЕРАПІЯ – ЯК МЕТОД ВИБОРУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЗІ
ЗЛОЯКІСНИМИ ПЛЕВРИТАМИ**
*Ткач А.А., Притуляк С.М., Тацюк Я.В.,
Луцкер О.О., Луценко О.А.*204

**КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
ПОСТЛУЧЕВЫХ ЛЕГОЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ**
Хурани И.Ф., Калапураккал Салим Санул Шахи.....206

**МОЖЛИВОСТІ ЦИТОЛОГІЧНОГО МЕТОДУ ДІАГНОСТИКИ В
ОНКОЛОГІЇ**
*Шальмагіна Е.В., Демчук А.В., Пироженко Р.І.,
Гончарова В.В., Река О.В.*.....207

**УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКУ.
ДОСВІД ВІННИЦЬКОГО КЛІНІЧНОГО ОНКОДИСПАНСЕРУ**
Шамрай Г.О., Магдебурга Л.П., Золотаренко А.В.208

**ЛІКУВАННЯ ІНДУКОВАНОЇ ЦИТОСТАТИКАМИ НЕЙРОПАТІЇ
ПРЕПАРАТОМ «МЕДІТАН» У ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ
НОВОУТВОРЕННЯ**

*Шамрай В.А., Шевня С.П., Мацішевська І.В.,
Шнайдерман П.Ю., Ткач А.А.211*

**ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ГЕНФЕРОН ПРИ
ПРОМЕНЕВОМУ ЛІКУВАННІ ОНКО-ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ
МАЛОГО ТАЗУ**

*Щербатюк Т.М., Болюх О.І., Щурський В.О.,
Постовітенко О.М., Терміт Л.М.212*

**СТАН ТРАБЕКУЛЯРНОЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ГРУДНОГО
ТА ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА НА ТЛІ ПРОВЕДЕННЯ
СТАНДАРТНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЛІМФОМУ
ХОДЖКІНА**

Яворська Ю.В., Жулкевич І.В.213

**ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ
ТЕЛ ПОЗВОНКОВ МЕТОДОМ ПУНКЦИОННОЙ
ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ И ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ**

Яворский А.А., Чехлов М.В.214

ДЛЯ НОТАТОК

Наукове видання

Колектив авторів під редакцією:
МОРОЗА Василя Максимовича
КОСТЮКА Олександра Григоровича
ШАМРАЯ Володимира Анатолійовича
ФЕДЖАГИ Ігоря Павловича
ХМЕЛЯР Анни Василівни

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ
В ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ
ХВОРИХ**

Підписано до друку 29.04.2015 р.
Формат 60x84 1/16. Папір офсетний
Гарнітура Minion. Друк офсетний
Наклад 350 прим. Зам. № 88869

Віддруковано ПП «ТД «Едельвейс і К»
м. Вінниця, вул. 600-річчя, 17
Тел. (0432) 55-03-33
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
Серія ДК № 3736 від 17.03.2010 р.