

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ ДЛЯ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ  
«ОНКОЛОГІЯ СЬОГОДНІ: ВІД ДІАГНОСТИКИ ДО ЛІКУВАННЯ»

23 березня 2018 р., Київ

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО  
ПЕРЕБІГУ ТА СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ  
ДІАГНОСТИКИ ПОЛІПІВ ЕНДОМЕТРІЯ  
У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУІ.Г. Амро, Ю.М. Михальчук, Ю.В. Кордик, А.Т. Амро  
Запорізький державний медичний університет,  
Запоріжжя

**Вступ.** До гіперпластичних процесів ендометрія відносять різні варіанти гіперплазії ендометрія і поліпи ендометрія (ПЕ). ПЕ в структурі гінекологічної патології досягають 5,2–25%. ПЕ — це локальна доброякісна пухлина, яка виходить із базального шару ендометрія і виникає в результаті нерегулярної проліферації залоз та строми навколо судинної ніжки, що виходить зі спіральних артерій. Згідно з МКХ-10, поліп тіла матки має шифр N84.0, поліп шийки матки — N84.1. Ультразвукове дослідження (УЗД) є основним методом скринінгу та моніторингу стану ендометрія. Під час УЗД вивчають товщину ендометрія та його структуру, рельєф порожнини матки, наявність супутньої патології, анатомічні особливості додатків матки.

**Мета:** вивчити особливості клінічного перебігу та сучасні принципи діагностики ПЕ у жінок репродуктивного віку.

**Об'єкт і методи.** Досліджено 30 жінок репродуктивного віку, пацієнок Запорізького обласного перинатального центру. Вивчено особливості анамнестичних даних. УЗД проведено на ультразвуковому сканері LOGIQ 7 (GENERAL ELECTRIC). Оперативні втручання виконані за допомогою гістероскопа (KARL STORZ).

**Результати.** Середній вік пацієнок становив  $31,8 \pm 5,5$  року. Антропометричні дані: зріст —  $165,5 \pm 5,3$  см, маса тіла —  $65,4 \pm 9,3$  кг. Нормальний індекс маси тіла (ІМТ)  $18,5\text{--}24,0$  був у 12 (40%) пацієнок, ІМТ  $25,0\text{--}29,9$  — у 7 (40%), ІМТ  $\geq 30$  — у 11 (36,7%). Більшість жінок (60%) під час госпіталізації скарг не мали. Однак менорагію відмічали у 5 (16,7%) пацієнок, міжменструальні кровотечі — у 4 (13,3%). Безпліддя мали 3 (10,0%) обстежені. Усі жінки мали екстрагенітальну патологію: захворювання щитоподібної залози — 18 (60,0%) пацієнок, вегетосудинну дистонію — 7 (23,3%), остеохондроз — 2 (6,6%). Бронхіальна астма, хроніч-

ний холецистит, хронічний гастрит — по 1 випадку. За даними УЗД поліпи були розташовані: по передній стінці матки — 5 (16,6%), по задній стінці — у 9 (30%), у кутах матки — 5 (16,6%), одночасно по передній та задній стінках — 5 (16,6%), на шийці матки — 6 (20%). Відповідно до стандартів надання медичної допомоги, жінкам проведено гістерорезектоскопічне видалення поліпів. За результатами гістологічного дослідження встановлено, що залозисті поліпи були в 28 (93,3%) випадках, фіброзний та децидуальний поліпи — по одному.

**Висновки.** ПЕ у жінок репродуктивного віку в 60% не супроводжуються клінічними ознаками. Наявність екстрагенітальної патології, а саме ендокринологічних порушень та збільшення ІМТ, є факторами ризику виникнення ПЕ. УЗД — провідний метод діагностики патологічних змін ендометрія та основних гінекологічних захворювань у жінок репродуктивного віку. Сучасна гістерорезектоскопія дозволяє вибірково ліквідувати ПЕ шляхом висічення та коагуляції його ніжки без надлишкового травмування незміненого ендометрія.

ПЕДАНТИЧНІСТЬ В ХІРУРГІЇ  
ПЕЧІНКИ — ВАГОМИЙ ФАКТОР  
ПРОГНОЗУ ДЛЯ ХВОРИХ  
НА МЕТАСТАТИЧНИЙ  
КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК

А.А. Бурлака, О.О. Колеснік

Національний інститут раку, Київ

**Вступ.** Ефект ішемії-реперфузії (І/Р) у печінці найчастіше виникає при виконанні великих та розширених резекцій печінки, зокрема при оклюзії притоку крові маневром Прінгла (МП), тотальній оклюзії притоку та відтоку. Навіть за відсутності оклюзії портального притоку крові оксигенація печінки значно знижується під час мобілізації/ретракції органа та його підготовки до трансекції паренхіми, що призводить до додаткового пошкодження та загибелі гепатоцитів. Печінка із фіброзом, стеатозом в умовах токсичного пошкодження хіміотерапією (ХТ) є більш чутливою до пошкоджувального впливу І/Р. На тваринних моделях доведено, що пошкодження внаслідок МП та І/Р під час резекції печінки призводить до дисфункції гепатоцитів, на-

ростання рівня прозапальних цитокінів та матричних металопротеїназ в оперованій печінці, що в подальшому може стимулювати прогресування мікрOMETASTAZIB колоректального раку (МКРР).

**Мета:** ретроспективний аналіз впливу методології виконання резекцій печінки на прогноз виживаності хворих на МКРР.

**Об'єкт і методи.** Проведено аналіз клінічних даних з архіву історій хвороби та Національного канцер-реєстру на базі Національного інституту раку за останні 10 років. Вивчали вплив ПМ та ішемії оперованої печінки (ІОП) на загальну виживаність. У дослідження включали хворих на МКРР ( $n = 60$ ) із метакронним метастатичним ураженням печінки. Група А ( $n = 30$ ) — операція без застосування МП. Група В ( $n = 30$ ) були оперовані з МП.

**Результати.** Медіана виживаності хворих становила  $25,6 \pm 5,2$ ;  $24,1 \pm 4,7$ ;  $14,0 \pm 2,9$  та  $27,9 \pm 9,4$  міс відповідно для груп А (ІОП+), В (ІОП-), В (ІОП+) та А (ІОП-) відповідно ( $p = 0,03$ ). Таким чином, достовірно найгірший прогноз щодо віддалених результатів був у хворих на МКРР, оперованих із застосуванням МП та з ІОП в післяопераційний період.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про негативний вплив застосування МП на виживаність хворих із МКРР. ІОП може бути новим фактором онкологічного прогнозу та індикатором якості хірургічного лікування. Вважаємо за необхідне проаналізувати групу хворих на МКРР, які були оперовані із застосуванням модифікованого МП, а також вивчити в умовах рандомізованого дослідження проблему впливу патологічного ефекту I/P на ініціацію росту мікрOMETASTAZIB.

## РАК ШИЙКИ МАТКИ В СТРУКТУРІ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

*А.О. Гавриловська*

*Тиврівська центральна районна лікарня, смт Тиврів,  
Вінницька обл.*

**Вступ.** Захворюваність на рак шийки матки (РШМ) в Україні та світі невпинно зростає. РШМ займає 3-тє місце в структурі захворюваності серед злякисних новоутворень у жінок.

**Мета:** проаналізувати показники захворюваності та смертності хворих з онкогінекологічною патологією у 2016 р. в Україні.

**Об'єкт і методи.** Проаналізовано дані Національного канцер-реєстру України за 2016 р. з використанням статистичного та бібліосемантичного методів.

**Результати.** Дослідженням встановлено, що в Україні у 2016 р. захворюваність на РШМ становила 15,3, на рак тіла матки (РТМ) — 18,9, на злякисні новоутворення (ЗН) яєчника — 11,5 на 100 тис. населення. Якщо представити ці дані у відсотковому співвідношенні, захворюваність на РШМ сягла 33,5%. Тобто РШМ діагностують у третини хворих з онкогінекологічною патологією. Смертність

від РШМ становила 5,5, РТМ — 4,0, ЗН яєчника — 5,4 на 100 тис. населення. Це свідчить, що за частотою серед онкогінекологічних захворювань смертність від РШМ займає перше місце — 36,9%.

**Висновки.** Захворюваність і смертність є критеріями, які характеризують рівень охорони здоров'я в країні (щодо профілактики, діагностики і лікування). За показником захворюваності третина випадків онкогінекологічної патології припадає на РШМ; за показником смертності РШМ посідає перше місце в структурі онкогінекологічної смертності. З метою зниження рівня захворюваності та смертності необхідно покращити якість діагностики та лікування РШМ, тобто рекомендовано збільшити охоплення жінок скринінговим дослідженням та забезпечити належну профілактику передракових захворювань.

## ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЕФЕКТУ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВИКОРИСТАННІ РІЗНИХ ПІДХОДІВ ДО МР-РЕСТАДІЮВАННЯ ПРИ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНИХ ФОРМАХ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

*О.В. Ганіч, Д.Е. Махмудов, А.І. Поляченко*

*Національний інститут раку, Київ*

**Мета:** порівняти діагностичну ефективність загальноприйнятого підходу до МР-рестадіювання місцево-поширеного раку прямої кишки (МПРПК) за шкалою оцінки відповіді пухлини «tumor regression grade» (mrTRG) та розробленого нами методу, який базується на оцінці шкали сірого на Т2-зважених зображеннях за допомогою розробленого програмного забезпечення, — автоматизованої шкали оцінки відповіді пухлини «electronic tumor regression grade» (EmrTRG).

**Об'єкт і методи.** Протягом 2016–2017 рр. в дослідження залучено 74 пацієнти з первинно виявленим МПРПК (mrT3mrf+-N1-2M0). Усі пацієнти пройшли курс неоад'ювантної хіміопроменевої терапії (НАХПТ): сумарна доза опромінення 50,4 Гр у комбінації з капецитабіном, з подальшим оперативним лікуванням. Через 8–10 тиж після закінчення курсу НАХПТ всім пацієнтам проводили МРТ-обстеження з оцінкою ефекту НАХПТ з використанням mrTRG та EmrTRG. МР-дані порівнювали з даними патогістологічного дослідження операційного матеріалу (за шкалою Дворака).

**Результати.** Серед включених у дослідження пацієнтів випадків прогресування не відмічалось. Повну відповідь (pTRG-5) зареєстровано в 6 (7%) випадках, pTRG-4 — у 10 (13%), pTRG-3 — у 20 (26%), pTRG-2 — у 24 (37%), pTRG-1 — у 10 (13%), pTRG-0 — у 4 (4%). У 12 (16%) пацієнтів зареєстровано повну радіологічну відповідь за даними mrTRG та у 8 (11%) — за даними EmrTRG. TRG-4 зафіксовано відповідно у 20 (27%) та 12 (16%) випадках; TRG-3 — у 12 (15%) та 18 (24%); TRG-2 — у 10 (13%) та 22

(31%); TRG-1 — у 14 (22%) та 10 (14%). mrTRG-0 визначено у 6 (7%) пацієнтів та у 4 (4%) випадках — за даними EmrTRG.

**Висновок.** EmTRG може бути перспективним інструментом в оцінці ефекту неoad'ювантної терапії при МПРПК і потребує подальшого вивчення.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ АУТОЛОГІЧНОЇ ВАКЦИНИ НА ОСНОВІ ДЕНДРИТНИХ КЛІТИН У ХВОРИХ НА НЕДРІБНОКЛІТИННИЙ РАК ЛЕГЕНІ

*О.І. Горбач, Н.М. Храновська, О.В. Скачкова, М.В. Іномістова, В.М. Сovenко, А.В. Ганул, В.Е. Орел*

*Національний інститут раку, Київ*

**Вступ.** Імуноterapia на основі дендритних клітин (ДК) вважається перспективним методом у лікуванні пачаєнтів з недрібноклітинним раком легені (НДРЛ).

**Мета:** виявити клітинні та молекулярні механізми протипухлинної імунної відповіді, які можливо використовувати як маркери ефективності імунотерапії на основі ДК-вакцини.

**Об'єкт і методи.** У дослідження включено 100 пацієнтів з діагнозом НДРЛ ПІВ–ПІА стадії. Пацієнтів рандомізували на дві групи: у 1-й отримували ДК-вакцину після хірургічного втручання, у 2-й проведено тільки хірургічне лікування. Розроблено оригінальну конструкцію аутологічної ДК-вакцини: ДК генерували з моноклеарів периферичної крові та навантажували механохімічно модифікованими ліофілізованими аутологічними пухлинними клітинами. ДК-вакцину вводили внутрішньовенно 4 рази з інтервалом 1 міс. Перед кожним курсом імунотерапії здійснювали імуномоніторинг.

**Результати.** Найбільш суттєві зміни в клітинно-опосередкованій імунній відповіді спостерігали після 4-го введення ДК-вакцини. Відмічено зміну балансу Тх1- та Тх2-опосередкованої відповіді, а саме, збільшувалася кількість CD3<sup>+</sup>IFN- $\gamma$ <sup>+</sup>-лімфоцитів порівняно з кількістю CD3<sup>+</sup>IL-4<sup>+</sup>-лімфоцитів. Крім того, зростала кількість CD4<sup>+</sup>CD45RO<sup>+</sup>-клітин пам'яті в периферичній крові та значуще знижувався рівень експресії мРНК TGF- $\beta$  в циркулюючих лейкоцитах ( $p < 0,05$ ) порівняно з групою хворих, які не одержували імунотерапії. Відповідно до моделі пропорційних ризиків Кокса, зміни в кількості CD4<sup>+</sup>CD45RO<sup>+</sup>-клітин пам'яті ( $p < 0,05$ ), рівні експресії мРНК TGF- $\beta$  ( $p < 0,02$ ) і співвідношення CD3<sup>+</sup>IFN- $\gamma$ <sup>+</sup>-лімфоцитів до CD3<sup>+</sup>IL-4<sup>+</sup>-лімфоцитів ( $p < 0,02$ ) значуще пов'язані з клінічною ефективністю імунотерапії. Використовуючи ROC-аналіз, встановлено оптимальні критерії значених імунологічних показників, що дозволяють виявити групи високого на низького ризику розвитку рецидивів:  $< 0,74$  відношення CD3<sup>+</sup>IFN- $\gamma$ <sup>+</sup>-

лімфоцитів до CD3<sup>+</sup>IL-4<sup>+</sup>-лімфоцитів ( $p < 0,001$ ; AUC = 0,92; Se = 100%; Sp = 75%);  $\leq 0,62 \cdot 10^3$  клітин/мл для CD4<sup>+</sup>CD45RO<sup>+</sup>-клітин пам'яті ( $p < 0,001$ ; AUC = 0,91; Se = 100%; Sp = 82%);  $> 0,034$  ум. од. для рівня експресії мРНК TGF- $\beta$  ( $p < 0,05$ ; AUC = 0,73; Se = 67%; Sp = 100%).

**Висновки.** Встановлено імунологічні показники, які мають прогностичне значення для ефективності застосування ДК-вакцини у хворих на НДРЛ.

## ПРОТИПУХЛИННА ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕНДРИТНИХ КЛІТИН, НАВАНТАЖЕНИХ НАНОКОМПЛЕКСОМ, У МИШЕЙ ІЗ САРКОМОЮ 37

*О.І. Горбач, Н.М. Храновська, О.В. Скачкова, М.В. Іномістова, І.С. Шумейко, В.Е. Орел*

*Національний інститут раку, Київ*

**Вступ.** Підвищення цільової доставки генерованих дендритних клітин (ДК) до лімфоїдної тканини реципієнта із застосуванням наночастинок (НЧ) оксиду заліза під дією магнітного поля може значно підвищити ефективність імунотерапії.

**Мета:** дослідити протипухлинну дію ДК, навантажених наноконкомплексом (НК), у мишей з саркомою 37 (Sa37).

**Об'єкт і методи.** В експерименті використано 60 мишей лінії СВА. Модель експериментальної пухлини — Sa37; клітини вводили внутрішньом'язово у кількості  $9 \cdot 10^5$  клітин/мишу. Як джерело ДК використовували спленоцити сингенних мишей. ДК навантажували НК, який складається з механохімічно модифікованих ліофілізованих клітин Sa37 в концентрації 0,05 мг/мл та НЧ Fe<sub>2</sub>O<sub>3</sub> у концентрації  $8 \cdot 10^{-12}$  г/клітину. ДК-вакцину вводили на 7-му добу після перещеплення Sa37 внутрішньошкірно 3 рази з інтервалом 3 доби. Після введення ДК тварин піддавали дії магнітного поля протягом 1 год. На 25-ту добу після перещеплення пухлини оцінювали масу пухлини, визначали лейкоцитарну формулу периферичної крові та абсолютну кількість клітин у лімфоїдних органах тварин. Рівень експресії генів *GAPDH*, *VEGF- $\alpha$* , *IL-10*, *TGF- $\beta$* , *FOXP3*, *HSP 70* у пухлинних клітинах визначали за допомогою методу кількісної полімеразної ланцюгової реакції.

**Результати.** Застосування ДК-вакцини та НК не мало значного впливу на гематологічні та імунологічні показники у тварин із Sa37, однак ми спостерігали значний протипухлинний ефект. Так, у групі тварин, що отримували ДК+НК, відмічено значуще зменшення об'єму первинної пухлини порівняно з контрольною групою ( $p = 0,022$ ) та групою, де вводили тільки ДК-вакцину ( $p = 0,0005$ ). Гальмування росту пухлини в групі ДК+НК можна пояснити зменшенням в 1,6 раза кількості клітин в S-фазі клітинного циклу порівняно з контрольною групою. Застосування ДК та НК сприяло зниженню у 1,92 раза рівня експресії мРНК *FoxP3*,

у 2,98 раза — *VEGF- $\alpha$*  ( $p = 0,0074$ ) та у 2,91 раза — *IL-10* ( $p = 0,0048$ ) порівняно з контрольною групою.

**Висновки.** Встановлено можливість підвищення протипухлинної ефективності ДК-вакцини за рахунок використання феромагнетиків і дистанційного магнітного впливу.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ АГРЕССИВНОГО ФИБРОМАТОЗА

С.А. Дедков, М.Н. Кукушкина, С.И. Коровин,  
В.В. Остафийчук

Национальный институт рака, Киев

**Введение.** Агрессивный фиброматоз (АФ) относится к доброкачественным опухолям фибробластического происхождения и характеризуется высокой частотой развития рецидивов после хирургического удаления, что обуславливает поиск консервативных подходов к лечению данного заболевания. Для системной терапии АФ применяют метронимную полихимиотерапию (ПХТ), гормональную терапию, лечение нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), таргетную терапию (иматиниб).

**Цель:** оценить эффективность системной терапии у больных АФ, используя критерии RECIST 1.1 (полный ответ (ПО), частичный ответ (ЧО), стабилизация заболевания (СЗ), прогрессия заболевания (ПЗ)), время достижения первого ответа (ВПО), длительность ответа (ДО).

**Объект и методы.** В исследование включено 38 больных с гистологически подтвержденным АФ: 14 (36,8%) — с первичной опухолью, 24 (63,2%) — с рецидивом АФ; 12 (31,6%) мужчин, 26 (68,4%) женщин; локализация на туловище у 17 (44,7%), на верхних конечностях — у 5 (13,2%), на нижних конечностях — у 11 (28,9%), интраабдоминальная — у 5 (13,2%) пациентов; медиана суммы наибольших диаметров 212 мм (95% доверительный интервал (ДИ) 170–281 мм). 18 больных получали комбинированную химиогормонотерапию (метотрексат, винбластин, тамоксифен) с медианой продолжительности терапии (ПТ) 6 мес (95% ДИ 3–9), 6 — гормонотерапию (тамоксифен, гозерелин ацетат) с ПТ — 6,5 мес (95% ДИ 3–12), 8 — ПХТ (метотрексат, винбластин) с ПТ — 5 мес (95% ДИ 4–6), 6 — НПВС с ПТ — 8 мес (95% ДИ 3–12). Всем пациентам до начала терапии и каждые 3 мес в течение и после лечения выполнялась магнитно-резонансная терапия.

**Результаты.** В группе комбинированной терапии ЧО, СЗ и ПЗ отмечались у 1 (5,6%), 10 (55,6%) и 7 (38,9%) больных соответственно; медиана ВПО и ДО составила  $3,0 \pm 0,7$  и 6 (95% ДИ 3–12) мес соответственно. В группе гормонотерапии у 6 (100%) больных зафиксирована СЗ; медиана ВПО и ДО составили  $3,0 \pm 0,4$  и 8 (95% ДИ 2–36) мес соответственно. В группе ПХТ у 8 (100%) больных достигнута СЗ; медиана ВПО и ДО составили  $3,3 \pm 0,4$  и 9 (95% ДИ 4–37) мес соответственно. В группе НПВС

ЧО, СЗ и ПЗ наблюдались у 1 (16,7%), 4 (66,6%) и 1 (16,7%) больных соответственно; медиана ВПО и ДО составили  $3,0 \pm 0,3$  и 9,5 (95% ДИ 3–18) мес.

**Выводы.** Независимо от вида системной терапии, наиболее частым ответом была СЗ. Время достижения первого ответа было одинаковым во всех группах. Наименьшая ДО отмечена в группе комбинированной терапии, однако это может быть обусловлено меньшей длительностью наблюдения этой группы больных.

## МЕТОДИ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ У ПАЦІЄНТОК ІЗ РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Х.А. Закальська

Національний інститут раку, Київ

**Вступ.** У багатьох державах, зокрема й Україні, рак молочної залози (РМЗ) є важливою медико-біологічною та соціальною проблемою, займаючи перше місце у структурі онкологічних захворювань у жінок. Незважаючи на удосконалення способів діагностики і лікування РМЗ, хірургічний метод залишається основним у боротьбі з цією патологією. Операції при РМЗ характеризуються різним ступенем травматичності, поєднанням багатозональної лімфодисекції, резекції органа та прилеглих тканин, що супроводжуються пошкодженнями їхньої іннервації та потребують адекватного знеболення, адже збалансована анестезія та превентивна анальгезія значною мірою впливають на виживаність і якість життя пацієнтів. Отже, анестезіологічний супровід оперативних втручань при РМЗ повинен відповідати низці вимог: надійна ноцицепція; хороша керованість; швидке відновлення свідомості і самостійного дихання, які дозволяють ранню екстубацію; високоякісна анальгезія на етапі пробудження і в ранній післяопераційний період.

**Мета:** аналіз рекомендованих дослідниками стратегій періопераційного ведення пацієнток із РМЗ.

**Об'єкт і методи.** Використано матеріали пошукової системи PubMed, опрацьовано понад 100 публікацій із питань оптимізації анестезіологічного забезпечення операцій при РМЗ.

**Результати.** Діапазон анестезіологічного супроводу хірургічних втручань постійно розширюється. У клінічній практиці використовуються як класичні методи загальної анестезії з різними групами анальгетиків (нестероїдні протизапальні препарати, опіоїди, протисудомні препарати, місцеві анестетики), так і регіонарні техніки. Дані високоякісних рандомізованих контрольованих досліджень щодо інфільтрації рани та інфузії місцевих анестетиків є мінімальними та суперечливими, однак показано, що паравертебральний блок і торакальна епідуральна анестезія забезпечують ефективну анальгезію та мінімізують потреби в опіоїдах, зменшуючи їхню побічну дію.

**Висновок.** Наразі залишається актуальною проблема підвищення якості анестезії при операціях з приводу РМЗ.

## ПІЛОТНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИПУХЛИННОЇ ВАКЦИНОТЕРАПІЇ НА ОСНОВІ ДЕНДРИТНИХ КЛІТИН У ХВОРИХ НА РАК НИРКИ

*М.В. Іномістова, О.В. Скачкова, О.І. Горбач,  
Е.О. Стаховський, Н.М. Храновська  
Національний інститут раку, Київ*

**Вступ.** Одним з актуальних напрямків імунотерапії (ІТ) в онкології є розробка нових методів специфічної активної ІТ, що включають протипухлинні вакцини на основі дендритних клітин (ДК). Істотною проблемою у досягненні максимального терапевтичного ефекту протипухлинних вакцин становить відсутність імунологічних критеріїв оцінки їх ефективності.

**Мета:** провести аналіз ефективності ІТ на основі ДК у хворих на рак нирки.

**Об'єкт і методи.** ДК-вакцина в ад'ювантному режимі включена в комплексне лікування 18 хворих на рак нирки I–IV стадії віком від 35 до 69 років ( $51,0 \pm 2,5$  років) після основного лікування (основна група). Контрольну групу становили 15 пацієнтів, які не одержували ІТ. Хворим основної групи, починаючи з 7–10-ї доби після операції, проводили 5 вакцинацій з інтервалом 1 раз на місяць з подальшим моніторингом імунологічних та клінічних показників із використанням методів проточної цитометрії та полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу.

**Результати.** У хворих, що отримували ІТ на основі ДК, рецидиви захворювання відмічали у 33% (6 із 18) пацієнтів, тоді як у контрольній групі — у 47% (7 із 15) ( $p = 0,2$ ). Після розподілу за стадіями: у контрольній групі хворих з I–II стадією — 29% (2 із 7), у групі хворих після ІТ на основі ДК — у 30% (3 із 10). У хворих з III–IV стадією: у контрольній групі — 63% (5 із 8), у групі з ІТ на основі ДК — 37% (3 із 8) ( $p = 0,2$ ). Виявлено, що ДК-вакцина викликає зменшення абсолютної кількості  $CD38^+$ -лімфоцитів, імунорегуляторного індексу ( $CD4^+/CD8^+$ ), відносної кількості  $CD4^+CD25^+FoxP3^+$  лімфоцитів ( $p < 0,05$ ) та зниження рівня експресії мРНК  $TGF-\beta$  ( $p < 0,02$ ) після III етапу ІТ. Встановлено, що проведення ІТ на основі ДК у хворих сприяє формуванню функціонального профілю  $CD4^+$ -лімфоцитів за Th1 типом. Слід зазначити, що виражений зсув у зміні профілю Т-лімфоцитів спостерігався не раніше III етапу ІТ на основі ДК.

**Висновки.** Проведення ІТ на основі ДК супроводжується значним імунологічним ефектом та тенденцією до зниження частоти рецидивів захворювання. Одержані результати обґрунтовують доцільність проведення імуномоніторингу на III та VI етапах ІТ у хворих на рак нирки.

## МУТАЦІЇ ГЕНА BRCA1 ПРИ РАКУ ЯЄЧНИКА (ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТОК В УКРАЇНІ)

*М.В. Іномістова, О.В. Скачкова, О.І. Горбач,  
Н.П. Ціп, В.С. Свінцицький, Н.М. Храновська  
Національний інститут раку, Київ*

**Вступ.** Встановлено, що одним із найбільш важливих факторів ризику виникнення спадкового раку яєчника (РЯ) є мутація генів *Breast Cancer 1* або 2 (*BRCA1/2*), але частота таких мутацій у населення різних країн досліджена вкрай мало.

**Мета:** дослідити частоту мутацій гена *BRCA1* у хворих на РЯ, які отримували лікування в Національному інституті раку.

**Об'єкт і методи.** Проаналізовано біологічний матеріал 79 хворих на РЯ. Середній вік пацієнтів становив 55 років. Дослідження проводили методом алейспецифічної полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі. Розрахунки виконували за допомогою методу відносної кількісної оцінки  $\Delta\Delta Ct$ .

**Результати.** Виявлено 10 гетерозиготних носіїв мутацій гена *BRCA1*. Серед них — 5 (6,3%) хворих на РЯ (віком від 30 до 45 років) з мутацією 5382insC гена *BRCA1*, 4 (5,1%) пацієнтки (віком від 49 до 48 років) з мутацією 300T>G гена *BRCA1* та 1 (1,3%) пацієнтка (віком 39 років) з мутацією 3819delGTAAA гена *BRCA1*. Із 10 носіїв мутації 5 жінок не повідомили про випадки захворювання на РЯ та/або рак молочної залози (РМЗ) у сім'ї, 2 жінки розповіли про понад три випадки захворювання на РЯ та/або РМЗ у сім'ї. Частота мутації *BRCA1* 5382insC подібна у пацієнтів з РМЗ та РЯ в Україні та сусідніх країнах; частота мутацій 300T>G та 3819delGTAAA оцінювалася в Україні вперше.

**Висновки.** Аналіз мутацій гена *BRCA1* дозволяє виявити групу носіїв з високим ризиком виникнення РЯ та рекомендований родичам носіїв мутацій для ранньої діагностики. Також отримані результати можуть стати підґрунтям для впровадження програми скринінгу онкологічних захворювань в Україні.

## НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК: ЗАХВОРЮВАНІСТЬ І СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЛІКУВАННЯ

*В.В. Іович*

*Комунальна установа «Чернівецька лікарня планового лікування» Чернівецької районної ради,  
смт Чернівці, Вінницька обл.*

**Вступ.** Нирково-клітинний рак (НКТ) становить близько 5% усіх злоякісних новоутворень (ЗН) у чоловіків і 3% усіх ЗН у жінок, займаючи 7-ме місце серед ЗН у чоловіків і 10-е місце — у жінок. Серед загальної кількості новоутворень нирок НКТ становить близько 80% (ESMO, 2016). Оперативне втручання в обсязі радикальної нефректомії або резекції нирки є стандартами лікування при НКТ. Радикальна нефректомія призводить до значного знижен-

ня якості життя пацієнта, тому на сьогодні питання вибору тактики оперативного лікування хворого на НКР лишається дискусійним.

**Мета:** проаналізувати динаміку захворюваності на НКР з урахуванням статевих та вікових особливостей у населення Вінницької області, шляхом ретроспективного дослідження визначити головні тенденції в підходах до оперативного лікування НКР.

**Об'єкт і методи.** Аналіз показників захворюваності на НКР здійснювали за даними Національного канцер-реєстру України 2013–2017 рр. Для оцінки змін у виборі тактики лікування ретроспективно проаналізовано історії хвороби 409 хворих на НКР, які отримали хірургічне лікування в урологічному відділенні Подільського регіонального центру онкології протягом 2013–2017 рр.

**Результати.** Аналіз показників захворюваності на НКР у Вінницькій області виявив тенденцію до її зростання. Так, у 2013 р. захворюваність становила 11,8‰, у 2016 р. — 13,0‰. Для порівняння, за даними Національного канцер-реєстру, показник захворюваності на НКР по Україні становив 13,2 та 11,9‰ відповідно. При цьому захворюваність серед чоловіків була вищою, ніж серед жінок, як у 2013 р. — 15,8‰ проти 8,3‰, так і у 2016 р. — 16,3‰ проти 10,1‰ відповідно. При аналізі вікової структури виявлено, що пік захворюваності припадає на віковий період 50–69 років та лишається сталим протягом спостереження. Щодо позитивної динаміки, варто відмітити збільшення частки патології, виявленої на ранніх стадіях (I–II). Так, у 2013 р. I–II стадію при першому зверненні встановлено у 59,9% хворих, III–IV стадію — у 38,9%; у 2014 р. вперше виявлена I–II стадія захворювання становила 68,5%, III–IV стадія — 29,4%; у 2015 р. I–II стадія — 63,9% хворих, III–IV стадія — 34,3%; у 2016 р. I–II стадія — 61,26%, III–IV стадія — 37,7%; у 2017 р. I–II стадію захворювання встановлено у 88,7% вперше захворілих, а III–IV — у 11,3%. У зв'язку з тим, що стадія захворювання має вирішальне значення для вибору методу лікування, активно змінюється і тактика оперативного лікування при НКР. Так, у 2013 р. на базі урологічного відділення виконано 67 оперативних втручань з приводу НКР, із них 57 (85%) — відкрита радикальна нефректомія і 10 (15%) — відкрита резекція нирки. У 2014 р. частка радикальних нефректомій становила 82%, резекцій нирки — 18%. З 2015 р. спостерігається стрімке зростання кількості органозберігаючих операцій при НКР, про що свідчать 45% резекцій нирки проти 55% радикальних нефректомій, а у 2016 р. — відповідно 47% проти 53%. З 2016 р. активно впроваджуються малоінвазивні методи оперативних втручань. У 2017 р. в урологічному відділенні було хірургічно проліковано 106 пацієнтів, з яких у 59 (55,7%) хворих виконано радикальну нефректомію, із них у 5% — лапароскопічним шляхом; у 47 (44,3%) хворих — резекцію нирки, із них у 17% операції проведено лапароскопічно. У структурі хірургічних методів лікування частка відкритої радикальної нефрек-

томії становила 52,8%, лапароскопічної радикальної нефректомії — 2,8%, органозберігаючих методів лікування (відкритої та лапароскопічної резекції нирки) — 36,8 та 7,5% відповідно.

**Висновки.** Аналіз динаміки захворюваності на НКР на прикладі Вінницької області продемонстрував впевнене зростання показника, причому зберігається стабільне співвідношення між показниками серед чоловічого та жіночого населення. Збільшилася частка патології, діагностованої в ранній стадії (I–II). Виявлена динаміка свідчить про те, що питання вибору тактики лікування НКР і збереження якості життя пацієнтів залишається одним з найактуальніших у медичній галузі. Хірургічне лікування до сьогодні залишається єдиним ефективним методом лікуванням локалізованого та місцево-поширеного НКР. Активне впровадження скринінгових програм та інноваційних технологій в оперативному лікуванні НКР дозволяє виконувати органозберігаючі операції, а саме резекції нирки (як відкриті, так і лапароскопічні), що відповідає світовим тенденціям у лікуванні НКР.

## ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПУХЛИНАХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

*О.О. Квасівка, К.В. Копчак, О.В. Васильєв, В.І. Копецький, Д.О. Чевєрдюк*

*Національний інститут раку, Україна*

**Вступ.** Лапароскопічна хірургія в наш час активно розвивається та отримує все нові сфери застосування. Також активно розвивається лапароскопічна хірургія підшлункової залози.

**Мета:** представити досвід виконання резекційних операцій на підшлунковій залозі з лапароскопічного доступу, виконаних в Національному інституті раку.

**Об'єкт і методи.** У 2017 р. виконано 5 дистальних резекцій підшлункової залози з лапароскопічного доступу та 4 панкреатодуоденальні резекції (ПДР) у пацієнтів з новоутвореннями підшлункової залози. Чоловіків було 5 (57,1%), жінок — 4 (42,9%). Середній вік пацієнтів становив  $48,7 \pm 10,7$  року (34–62 роки). Критеріями включення була наявність доброякісних та злоякісних пухлин підшлункової залози. Відносним протипоказанням до виконання лапароскопічного оперативного втручання були злоякісні резектабельні пухлини підшлункової залози, які мали щільний контакт з магістральними артеріальними та венозними судинами, а також виражена лімфаденопатія.

**Результати.** Остаточна морфологічна верифікація новоутворень у пацієнтів цієї групи така: 2 (22,2%) — нейроендокринні пухлини, 2 (22,2%) — муцинозні кістозні пухлини, 5 (55,6%) — аденокарциноми (2 — головки підшлункової залози і 1 — тіла). Конверсій не було. В 1 випадку (20,0%) проведено дистальну резекцію зі збереженням селезінки та селезінкових судин за Kimura. При періампулярних новоутвореннях в обох випадках застосовували

пілорусзберігаючи методику ПДР з виконанням реконструктивного етапу з міні-доступу на одній петлі за Child та виконанням панкреатоентероанастомозу на зовнішньому дренажі головної панкреатичної протоки. В одному випадку ПДР виконано з крайовою резекцією верхньої брижової вени з міні-доступу. У 2 пацієнтів (1 — при виконанні дистальної резекції та 1 — при виконанні ПДР) операцію виконували після раніше проведеного великого оперативного втручання на верхньому поверсі черевної порожнини (правобічна геміколектомія та лапаротомна апендектомія з приводу розлитого перитоніту). Тривалість оперативного втручання коливалася від 90 до 210 хв (у середньому  $174,0 \pm 48,0$  хв) при виконанні дистальної резекції, крововтрата становила 30–100 мл (середнє значення  $76,0 \pm 30,0$  мл). ПДР тривали по 420 хв, крововтрата — 100 та 500 мл. Післяопераційні ускладнення виникли у 2 пацієнтів після дистальних резекцій (40,0%) та у 1 — після ПДР; з боку кукси підшлункової залози — у 2 пацієнтів після дистальних резекцій. Летальних випадків в даній групі не було. Тривалість перебування у стаціонарі після операції у пацієнтів з лапароскопічними резекціями підшлункової залози коливалася від 5 до 14 діб. Середня тривалість перебування в стаціонарі після операції становила  $7,4 \pm 2,9$  доби.

**Висновки.** Резекційні операції на підшлунковій залозі з лапароскопічного доступу є перспективним методом, який має низку переваг, проте потребує розробки чітких показань до операції та оптимальної техніки її виконання. Перевагою лапароскопічного оперативного втручання є швидка реабілітація пацієнтів.

## РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ FAST TRACK SURGERY У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА В НАЦІОНАЛЬНОМУ ІНСТИТУТІ РАКУ

*С.І. Кіркільєвський, Ю.М. Кондрацький,  
П.С. Крахмальов, Р.І. Фридель, А.В. Мініч,  
А.В. Колесник*

*Національний інститут раку, Київ*

**Вступ.** Метою мультимодальної програми «Fast track surgery» (FTS) або «Enhanced Recovery After Surgery» (ERAS) є максимальне обмеження фізичної травми через хірургічне втручання, забезпечення одужання у якомога коротший термін госпіталізації. Підбір методів анестезії, мінімально інвазивних способів оперативного лікування, оптимального контролю болю і активного післяопераційного відновлення (в тому числі ранні пероральне харчування і мобілізація) при FTS зменшує стресові реакції і дисфункцію органів, значно скорочуючи час, необхідний для повного відновлення. Програма FTS заснована на патофізіологічних принципах і має на меті знизити реакцію організму на стрес від хірургічної травми та болю, прискорити термін одужання за рахунок ранньої мобілізації і харчування, скоротити термін перебування

хворого в лікарні, що є дуже важливим як для пацієнтів, так і лікарняного закладу. У нашій практиці для покращення безпосередніх результатів хірургічного лікування хворих на рак шлунка (РШ) ми впроваджуємо програми FTS.

**Мета:** проаналізувати результати застосування FTS у лікуванні хворих на РШ.

**Об'єкт і методи.** За мультимодальною програмою FTS нами проліковано 30 хворих на РШ. Контрольну групу становили 30 хворих на РШ, у яких періопераційне ведення відбувалося за стандартними протоколами. У дослідній групі виконано 24 гастректомії, з них 4 — лапароскопічно, 13 — з верхньосерединної лапаротомії, а 7 — з лівобічної тораколапаротомії. Виконано 6 проксимальних резекцій шлунка з резекцією нижнього відділу стравоходу, з них 3 — з верхньосерединної лапаротомії, 2 — з лівобічної тораколапаротомії, 1 — лапароскопічно. У контрольній групі виконано 22 гастректомії, з них 14 — з верхньосерединної лапаротомії, а 8 — з лівобічної тораколапаротомії. Проведено 8 проксимальних резекцій шлунка з резекцією нижнього відділу стравоходу, всі — з лівобічної тораколапаротомії.

**Результати.** Післяопераційний час відновлення пацієнтів був значно менший в протоколах ERAS, незалежно від мінімально інвазивної хірургічної техніки. При застосуванні лапароскопічних хірургічних методик може бути досягнуто скорочення післяопераційного перебування хворого в стаціонарі приблизно на 1 добу (лапароскопічні операції + FTS 6,4 доби проти відкриті операції + FT 7,4 доби). Незважаючи на значне зменшення терміну післяопераційного перебування в стаціонарі у пацієнтів груп FTS, частота післяопераційних ускладнень не відрізнялася в обох групах ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** За отриманими даними, реабілітаційна програма FTS відіграла важливу роль у процесі відновлення хворих після операцій з приводу РШ, що дозволило значно прискорити відновлення функції шлунково-кишкового тракту та скоротити час перебування в лікарні. Наші результати довели більшу медичну ефективність застосування FTS при лікуванні хворих на РШ.

## ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ТАРГЕТНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАСТАЗАМИ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІГАНТОКЛІТИННОЇ ПУХЛИНИ КІСТОК В ЛЕГЕНІ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ДВОХ ХВОРИХ

*Б.В. Максименко, С.І. Бойчук, В.Ю. Костюк,  
В.В. Остафійчук, С.А. Дедков*

*Національний інститут раку, Київ*

**Вступ.** Приблизно у 2% випадків гігантоклітинної пухлини кісток (ГКП) діагностують метастази в легені без морфологічних ознак злоякісності. Таргетна терапія інгібітором RANK-L наразі досить

широко використовується для лікування пацієнтів з локальними формами гігантоклітинної пухлини, але потенціал її застосування при метастазах ГКП в легені недостатньо вивчений.

**Мета:** дослідити ефективність застосування таргетної терапії інгібітором RANK-L у випадку неоперабельних метастазів доброякісної ГКП у легені.

**Об'єкт і методи.** Проліковано дві пацієнтки віком 28 та 29 років. Первинна локалізація пухлин — третя проксимальна фаланга правої кисти та човно-подібна кістка лівої стопи. Період від хірургічного лікування первинної пухлини до виявлення метастазів у легені — 0 та 34 міс. Вогнища в легенях були верифіковано шляхом VATS-біопсії. Гістологічні матеріали первинної пухлини та вогнищ в легенях були консультовані у трьох референтних гістологічних лабораторіях (без даних про злоякісність). Хірургічне лікування метастатичних вогнищ в легенях визнано недоцільним з огляду на множинність ураження. Хворим було запропоновано таргетну терапію (деносумаб 120 мг кожні 28 днів протягом року) з контрольним СКТ-дослідженням щоквартально та оцінкою результатів за критеріями RECIST 1.1.

**Результати.** Обидві пацієнтки отримали по 12 введення таргетного препарату та наразі перебувають під спостереженням 14 і 18 міс відповідно. За результатами контрольного обстеження досягнуто стабілізації пухлинного процесу (RECIST 1.1 — SD).

**Висновок.** Описані клінічні випадки показують ефективність таргетної терапії інгібітором RANK-L як методу лікування не тільки первинної пухлини, але і віддалених метастазів у легені.

## МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ПРОМЕНЕВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ЯЄЧНИКА

*М.В. Несторак*

*Національний інститут раку, Київ*

**Вступ.** Пухлини яєчників займають 2-ге місце серед новоутворень жіночих статевих органів. Рак яєчника (РЯ) посідає 3-тє місце в структурі злоякісних гінекологічних пухлин та 7-ме — у структурі загальної онкологічної захворюваності. У 7 з 10 жінок РЯ діагностують на III–IV стадії. Проблема важлива в науковому і практичному аспектах внаслідок відсутності специфічної симптоматики, тенденції до росту, можливості малігнізації доброякісних новоутворень яєчника, що диктує необхідність розробки діагностичного алгоритму, диференційованого підходу до методів лікування.

**Мета:** поліпшення якості діагностики РЯ за допомогою комплексу променевих методів.

**Об'єкт і методи.** Проаналізовано результати первинних обстежень 200 пацієток, що звернулися у відділення променевої діагностики Національного інституту раку із підозрою на РЯ протягом 2016–2017 рр. Пацієнтки комплексно обстежені з допомогою ультразвукової діагностики

(УЗД), мультидетекторної комп'ютерної томографії (МДКТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ).

**Результати.** Із 200 обстежених пацієток, у 115 (57,5%) діагностовано доброякісні утворення яєчників, з них у 36 (31,3%) випадках виявлено функціональні кісти яєчників, 34 (29,5%) — кісти жовтого тіла, 31 (26,9%) — ендометриодні кісти, 14 (12,2%) — параоваріальні кісти. РЯ виявлений у 85 (42,5%) пацієток та підтверджений морфологічно. Для злоякісного утворення яєчника характерні такі променеві ознаки: візуалізація багатокамерного (85 випадків, 100%), кістозного (34 випадки, 40%), кістозно-солідного (32 випадки, 35%) або солідного (21 випадок, 25%) утворення з наявністю пристінкового тканинного компонента (85 випадків, 100%). Окрім того, у 52 (61%) пацієток діагностовано асцит, у 59 (69%) — метастатичне ураження регіонарних лімфовузлів малого таза, у 43 (50,5%) — метастази (М) в заочеревинних лімфатичних вузлах, 11 (13%) — М в печінці, 15 (17%) — М в легені, 2 (2%) — М в інших органах, 17 (20%) — карциноматоз очеревини.

**Висновки.** Виявлення РЯ потребує застосування усього арсеналу сучасних діагностичних засобів, що значною мірою підвищує точність первинної діагностики та моніторинг в процесі лікування.

## ЛАЗЕРНІ СПЕКТРОСКОПІЧНІ КРИТЕРІЇ ВІДБОРУ ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ ЯЄЧНИКА ДЛЯ ПОДАЛЬШИХ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

*О.П. Пересунько<sup>1</sup>, К.В. Рудан<sup>1</sup>, С.Б. Єрмоленко<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Вищий державний навчальний заклад «Буковинський державний медичний університет», Чернівці*

<sup>2</sup>*Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича, Чернівці*

**Вступ.** Незважаючи на розробку нових методів і технологій скринінгу, проблема ранньої діагностики і профілактики спадкового раку яєчника (РЯ) потребує подальших досліджень для уніфікації та зниження вартості молекулярно-генетичної діагностики. Наразі тривають пошуки інструментальних методів діагностики змін властивостей біологічних рідин, а саме плазми крові, в процесі малігнізації органів, зокрема, в напрямку безконтактних оптичних спектральних діагностичних методів, які можуть конкурувати з молекулярно-генетичними дослідженнями та використовуватися як попередні скринінгові методи діагностики.

**Мета.** Дослідження присвячене обґрунтуванню нових технологій відбору хворих на РЯ для проведення дороговартісних молекулярно-генетичних досліджень з генотипування, а саме ідентифікації генів спадкової схильності до виникнення РЯ (*BRCA1* і *BRCA2*).

**Об'єкт і методи.** Об'єктом дослідження методом інфрачервоної спектрометрії у діапазоні 1000–



3000 нм була плазма крові практично здорових жінок і хворих на РЯ з верифікованим діагнозом.

**Результати.** За даними спектрофотометричних досліджень визначено параметри плазми крові практично здорових жінок; хворих на РЯ, у яких не визначалися мутації *BRCA1/2*; хворих на РЯ з мутаціями *BRCA1/2*. Третя група хворих відповідає спадковому РЯ. Ідентифікація саме цієї групи пацієнтів при спектрофотометричних дослідженнях дає можливість говорити про спробу скринінгу спадкового РЯ. Показано достовірну різницю в спектрах пропускання випромінювання у 3-й групі хворих на РЯ. Ці дані візуально та математично точно різняться від інших груп ( $p \leq 0,05$ ).

**Висновки.** Наш спосіб дозволяє на першому етапі знайти серед усіх хворих тих осіб, яким подальші молекулярно-генетичні дослідження дозволять об'єктивно підтвердити діагноз спадкового раку, що значно знизить вартість таких досліджень у популяції.

Використання методу спектрофотометрії у діапазоні 1000–3000 нм дало можливість встановити кількісні параметри, притаманні пацієнткам з мутаціями *BRCA1/2*, що дозволить в майбутньому проводити скринінг для подальшого молекулярно-генетичного типування цих генів.

## РЕЗЕКЦІЯ НИРКИ ПРИ УРОТЕЛІАЛЬНОМУ РАКУ

*М.В. Пікуль, Е.О. Стаховський, О.А. Войленко, О.Е. Стаховський, Ю.В. Вітрук, П.С. Вукалович, О.А. Кононенко, М.В. Мариниченко, С.Л. Семко, Б.О. Гречко*

*Національний інститут раку, Київ*

**Вступ.** Ефективність резекції нирки при уротеліальному раку залишається недостатньо вивченою. Враховуючи високий відсоток пацієнтів із нирковою недостатністю після виконання радикального лікування, яке унеможливує подальшу ефективну хіміотерапію, збереження нирки може відігравати ключову роль у покращенні результатів лікування.

**Мета:** визначення доцільності виконання резекції нирки при раку верхніх сечових шляхів з метою зменшення вірогідності розвитку ниркової недостатності та оцінки її онкологічної ефективності.

**Об'єкт і методи.** Ретроспективний аналіз даних 9 пацієнтів з пухлинами чашечок, котрим було проведено резекції нирки. Оцінку соматичного статусу здійснювали на основі коморбідного індексу Чарльсона та ECOG-статусу. Післяопераційні ускладнення аналізували з використанням шкали Clavien — Dindo. Оцінку загальної та клубочкової фільтрації унілатеральної нирки проводили на основі даних динамічної реносцинтиграфії. Враховуючи невелику вибірку пацієнтів, клінічні результати групи оцінювали на основі точного тесту Фішера.

**Результати.** Період спостереження за пацієнтами коливався в межах від 6 до 88 міс та в середньому становив 26 міс. Середній вік пацієнтів — 53 роки. Клу-

бочкова фільтрація нирки на боці ураження в середньому становила 16,5 мл/хв та коливалася у межах 12–19 мл/хв. Середній час оперативного втручання сягав  $238 \pm 36$  хв (186–269 хв). Усі оперативні втручання виконувалися без використання центральної ішемії. Середній відсоток збереженої паренхіми становив 60%. Жоден пацієнт, враховуючи збереження обох нирок, не потребував системного гемодіалізу в післяопераційний період. Показники післяопераційного креатиніну через 1 рік після оперативного втручання в середньому сягали  $0,94 \pm 0,08$  мг/дл. Функція ураженої нирки через 1 рік після оперативного втручання в середньому становила 17 мл/хв. У групі спостереження не відмічено жодного випадку смерті, пов'язаної з карциномою верхніх сечових шляхів або супутньою патологією. При аналізі за допомогою точного тесту Фішера не виявлено статистично достовірної залежності між об'ємом залишкової паренхіми та показниками унілатеральної клубочкової фільтрації ( $p = 0,173$ ) або рівнем післяопераційного креатиніну ( $p = 0,163$ ).

**Висновки.** Резекція нирки у цьому контексті є найбільш технічно складним втручанням, потребує ретельного відбору та обстеження пацієнтів, проте забезпечує хороші функціональні та онкологічні результати.

Відсутність прямої залежності між відсотком здорової паренхіми та змінами функції нирки в післяопераційний період може мати принциповий характер та свідчити про доцільність збереження останньої навіть у випадках необхідності резекції близько 50% тканини органа.

## СКРИНІНГ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ ГУСТИНИ ТЕПЛООВОГО ПОТОКУ

*І.Д. Постевка*

*Вищий державний навчальний заклад «Буковинський державний медичний університет», Чернівці*

**Вступ.** Як відомо, найбільш ефективним способом покращення результатів лікування хворих на рак молочної залози (РМЗ) є вдосконалення скринінгу, що зумовлює необхідність створення та впровадження нових неінвазивних технологій. Перспективними для дослідження локальних тепловиділень людини є напівпровідникові термоелектричні сенсори теплового потоку, які дають можливість отримувати інформацію про характеристики досліджуваних об'єктів та детально їх аналізувати з метою виявлення на ранніх стадіях різних патологічних процесів, зокрема онкологічного генезу.

**Мета:** експериментально та клінічно дослідити особливості динаміки густини теплового потоку та температури поверхні шкіри патологічно незміненої молочної залози, а також залози, ураженої злоякісним новоутворенням.

**Об'єкт і методи.** Для реалізації поставленої мети розроблено абсолютно новий багатоканальний термо-

електричний прилад для вимірювання густини теплового потоку та температури поверхні шкіри молочної залози — «АЛТЕК-10008». Експериментальні дослідження з приводу вивчення густини теплового потоку в проекції пухлини, залежно від ступеня її розвитку, виконано на 48 лабораторних щурах. Клінічні дослідження проведено за участю 55 жінок без будь-якої патології молочних залоз та 37 хворих на РМЗ I—IIA стадії.

**Результати.** Результати дослідження свідчать, що густина теплового потоку молочної залози, ураженої пухлиною, нижча за інтактну та знижується з ростом новоутворення. Між усіма квадрантами правої та лівої патологічно не уражених залоз жінок молодого віку впродовж усіх фаз менструального циклу відсутня вірогідна різниця густини теплового потоку. При ураженні злоякісним новоутворенням залози густина теплового потоку в кожному її квадранті вірогідно нижча.

**Висновок.** Густина теплового потоку молочної залози повною мірою відображає морфофункціональний стан її тканин, що може бути використано для покращення скринінгу злоякісних новоутворень цієї локалізації.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПОСТКОНТРАСТНЫХ СУБТРАКЦИОННЫХ МР-ТОМОГРАММ В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИГЛАЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ С НЕПРОЗРАЧНЫМИ ОПТИЧЕСКИМИ СРЕДАМИ ГЛАЗА

*В.С. Процик, А.А. Чміль, Н.М. Розумей, С.В. Пакрышень, А.М. Вытрыховская*

*Национальный институт рака, Киев*

**Введение.** Увеальная меланома (УМ) — наиболее частая первичная внутриглазная злокачественная опухоль во взрослой популяции. Ее частота колеблется от 6,2 до 8,0 новых случаев на 1 млн населения в год. Дифференциальную диагностику УМ предложено проводить с более чем тридцатью патологическими состояниями. Визуальной клинической оценке могут быть подвергнуты интраокулярные структуры при условии сохранения прозрачности светопреломляющих сред. Важным дополнительным методом исследования является КТ- и МРТ-диагностика, позволяющая выбрать адекватную тактику лечения и объем хирургического вмешательства. Однако при наличии кровоизлияний стандартные методы с внутривенным контрастированием дают нечеткую картину локализации злокачественного процесса. Предложенная 3-D МРТ топическая диагностика по стандартной методике также малоинформативна в случае наличия массивных кровоизлияний. Применение постпроцессорной обработки, математической субтракции позволяет отделить зону кровоизлияния, характеризующуюся гиперинтенсивным сигналом в T1-ВИ, от зоны патологического накопления контрастного вещества тканью опухоли и представить дополнительные данные о его расположении и взаимоотношениях с окружающими орбитальными структурами.

**Цель:** оценить эффективность контрастного МРТ-исследования с применением программ постпроцессорной обработки — математической субтракции в междисциплинарной диагностике внутриглазных опухолей при наличии мутных оптических сред глаза.

**Объект и методы.** В исследование включено 6 пациентов (4 женщины и 2 мужчины) в возрасте от 40 до 65 лет с установленным врачами-онкологами диагнозом опухоли T1N0M0 и T2N0M0. Всем пациентам проведено стандартное офтальмологическое исследование, определялись мутные оптические среды, по данным В-сканирования выявлена «+ ткань» с картиной массивного кровоизлияния. МРТ орбит осуществляли на МР-томографе EXCELART Vantage (Toshiba Medical System Corp, Япония) с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл. На постконтрастных субтракционных МР-томограммах определяли степень накопления контрастного вещества патологическими объемными образованиями, оценивали их локализацию, форму, количество, размеры и характер контуров.

**Результаты.** Всем пациентам проведено хирургическое лечение по показаниям. В 4 случаях выполнили энуклеацию — по данным исследования не было экстрабульбарного роста, в 2 случаях провели частичную экзентерацию орбиты, так как картина данного исследования показывала наличие опухолевого процесса в мышцах и мягких тканях орбиты. Во всех случаях диагноз меланомы верифицирован гистологически. Для подтверждения диагноза, определения дальнейшей тактики лечения и динамического наблюдения всех пациентов направили в Национальный институт рака.

**Выводы.** МРТ с контрастным усилением с применением постпроцессорной обработки, математической субтракции позволяет оптимизировать комплексную диагностику объемных внутриглазных образований у пациентов с непрозрачными оптическими средами и удалить конгломерат пораженных тканей по типу блокэксцизии с высокой абластичностью, что подтверждается гистологической верификацией диагноза в 100% случаев. Междисциплинарный подход в лечении таких больных с участием онкологов, офтальмологов, патогистологов и врачей лучевой диагностики — единственный способ достижения хорошего результата в этих осложненных ситуациях.

## ПАРЕНХИМОЗБЕРІГАЮЧІ РЕЗЕКЦІЇ ЯК АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ МЕТАСТАЗАХ В ПЕЧІНКУ

*Т.О. Рудюк<sup>1</sup>, А.А. Бурлака<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ*

*<sup>2</sup>Національний інститут раку, Київ*

**Вступ.** Колоректальний рак (КРР) — це одне з найбільш поширених злоякісних новоутворень у всьому

світі та в Україні. Метастази КРР в печінку діагностують у 50% випадків хворих на КРР. Тактика резекцій печінки з приводу метастатичного КРР (мКРР) передбачає застосування анатомічних резекцій (АР) та/або паренхімозберігаючих резекцій (ПЗР). Однак досі не ясно, чи покращує ПЗР онкологічні результати.

**Мета:** проаналізувати результати проведення ПЗР та порівняти їх з результатами великих АР щодо онкологічного прогнозу в оперованих хворих на мКРР.

**Об'єкт і методи.** Проведено ретроспективний аналіз впливу методології виконання резекцій печінки на частоту післяопераційних ускладнень, 90-денну смертність, прогноз віддалених результатів лікування. Проаналізовано клінічні дані за останні 10 років з архіву історій хвороби та Національного канцерреєстру на базі Національного інституту раку.

**Результати.** З 1720 пацієнтів, які були включені у дослідження, у 1478 (86%) виконано ПЗР і у 242 (14%) — АР. Група, якій проводили ПЗР, мала нижчі показники основних ускладнень (3% проти 10%,  $p < 0,001$ ) і 90-денну смертність (1% проти 3%,  $p = 0,008$ ). Рецидив ураження печінки відбувався однаково в обох групах (20% проти 22%;  $p = 0,39$ ). П'ятирічна виживаність без рецидивів і загальна виживаність були однаковими в обох групах. Однак у пацієнтів з рецидивом тільки у печінці повторну гепатектомію частіше виконували в групі з ПЗР порівняно з групою з АР (67% проти 31%,  $p < 0,001$ ). У цілому 5-річна виживаність була значно вищою в групі, в якій проводили ПЗР, ніж в групі з АР (55% проти 23%,  $p < 0,001$ ).

**Висновок.** Паренхімозберігаюча резекція має розглядатися як стандартна процедура при одиничних дрібних колоректальних метастазах у печінці.

## ОЦІНКА НИРКОВОЇ ФУНКЦІЇ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОГО ТА ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ

С.Л. Семко, Е.О. Стаховський

Національний інститут раку, Київ

**Вступ.** Злоякісні новоутворення нирки становлять близько 3% у структурі онкологічних захворювань. Загальна кількість нових випадків захворювання на нирково-клітинну карциному (НКК) в Україні сягає 4621 на 100 тис. населення, з показниками смертності близько 40% випадків. Доведеним фактом є вплив видалення нирки на підвищення кардіоваскулярних ризиків. Вплив органозберігаючого лікування при зазначеній нозологічній одиниці на збереження загальної клубочкової фільтрації залишається маловивченим.

**Мета:** оцінити вплив радикального та органозберігаючого хірургічного лікування на ниркову функцію у хворих із локалізованою НКК.

**Об'єкт і методи.** Починаючи з 2008 р., на базі науково-дослідного відділу пластичної та реконструк-

тивної онкоурології Національного інституту раку проведено проспективне рандомізоване дослідження, частиною якого було вивчення впливу методу хірургічного лікування на функцію нирок. У дослідження включено 235 хворих, яким проведено радикальне або органозберігаюче лікування з приводу однобічних пухлин нирки розміром  $> 4$  см, стадії T1b–T2a. Усіх хворих розподілили на 2 групи: до основної включено 111 пацієнтів, яким проведено радикальну нефректомію (РаН), до контрольної — 124 пацієнти, яким виконано резекцію нирки (РН). Доопераційне обстеження проводилося згідно з загальноприйнятими стандартами діагностики та обов'язково включало визначення NCIU нефрометрії. Контрольне обстеження здійснювали через 3; 6 та 12 міс та в подальшому — щорічно. При виборі методу хірургічного лікування основним показанням до проведення РаН були об'єм функціонуючої паренхіми  $< 55\%$  та центральне розташування пухлини. Всім іншим хворим планувалося проведення РН. Остаточну хірургічну тактику визначали інтраопераційно.

**Результати.** Основну групу хворих становили 55 (49%) чоловіків і 56 (51%) жінок, середній вік —  $54,1 \pm 10,9$  року. У контрольній групі — 71 (57%) пацієнт чоловічої статі, 53 (43%) жінки, середній вік —  $52,9 \pm 11,8$  року. В основній групі 80 (72%) хворих мали супутню патологію з боку інших органів та систем, у контрольній — 76 (61%), що впливало на функцію нирок як у до-, так і післяопераційний період. Серцево-судинні захворювання — у 75 (68%) пацієнтів в основній групі та 66 (53%) — у контрольній. У хворих, яким проведено РаН, цукровий діабет (ЦД) відмічено у 5 (5,8%) випадках, у протилежній групі — у 10 (47%). Ожиріння — в основній групі у 16 (15%) пацієнтів та у контрольній — у 23 (19%). Також зафіксовано супутні захворювання сечовидільної системи, які включали кісти та сечокам'яну хворобу з боку контралатеральної нирки — у 8 (8,8%) хворих в основній групі та у 5 (4%) — у контрольній. У деяких пацієнтів, які мали вищеперелічені супутні патології, сумарна швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ)  $< 60$  мл/хв, що відповідає хронічній нирковій недостатності II–III ступеня. Отримані дані не мають статистично достовірної різниці в групах порівняння за статтю, віком, сумарною функцією нирок та частотою супутньої патології до проведення оперативного втручання.

Таблиця

Порівняльна оцінка функціонального стану нирок до, через 3 та 12 міс після операції

| Групи  | Сумарна ШКФ, мл/хв |                            |                             |                             |                        |
|--------|--------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|
|        | До операції        | Через 3 міс після операції | t-test (до операції: 3 міс) | Через 12 міс після операції | t-test (3 міс: 12 міс) |
| РаН    | 89,3 ± 18,8        | 61,0 ± 5,7                 | $p < 0,001$                 | 66,2 ± 10,8                 | $p < 0,003$            |
| РН     | 93,3 ± 18,5        | 88,4 ± 15,3                | $p < 0,04$                  | 95,2 ± 14,8                 | $p < 0,004$            |
| t-test | $p > 0,2$          | $p < 0,001$                |                             | $p < 0,001$                 |                        |

Статистично достовірної різниці між сумарною ШКФ перед оперативним втручанням в основній та контрольній групі немає ( $p > 0,2$ ). При порівнянні даних до операції та через 3 міс в основній групі виявлено зниження сумарної ШКФ. Статистично доведено підвищення сумарної ШКФ у групі РаН через 12 міс порівняно з 3 міс після оперативного лікування ( $p < 0,003$ ). При аналізі показників контрольної групи виявлено статистично достовірне зниження показника сумарної ШКФ через 3 міс порівняно з доопераційними даними ( $p < 0,04$ ). Однак при зіставленні сумарної ШКФ через 3 та 12 міс у контрольній групі виявлено статистично достовірне підвищення показників ( $p < 0,004$ ), що свідчить про відновлення ниркою своєї функції.

**Висновки.** Дослідження показало перевагу РН над РаН за рахунок збереження об'єму функціонуючої паренхіми. Відмічено, що у пацієнтів, яким проведено РН, через 12 міс після оперативного втручання сумарна ШКФ збільшується майже на 10% за рахунок вікарної гіпертрофії єдиної нирки.

### ВПЛИВ ПРОГНОСТИЧНИХ ФАКТОРІВ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРИФЕРИЧНОЮ Т-КЛІТИННОЮ ЛІМФОМОЮ, НЕСПЕЦИФІКОВАНОЮ (ПТКЛ-NOS)

*Т.В. Скрипець, О.І. Новосад, І.А. Крячок*

*Національний інститут раку, Київ*

**Вступ.** Периферичні Т-клітинні лімфоми (ПТКЛ) — гетерогенна група рідкісних гематологічних захворювань (5–10% всіх лімфопроліферативних захворювань), які характеризуються несприятливим клінічним перебігом та недостатньою відповіддю на терапію. Загальна захворюваність становить 0,5–2 на 100 000 населення на рік, а рівень повних відповідей на терапію коливається від 40 до 60% із загальною виживаністю (ЗВ) 30–40%. Найпоширенішим підтипом є ПТКЛ (NOS). За допомогою ретроспективних досліджень по всьому світу розроблено різні моделі вивчення прогнозу ПТКЛ (NOS) для можливості виділення пацієнтів надзвичайно несприятливого прогнозу та удосконалення підходів до терапії цієї групи.

**Мета:** проаналізувати вплив прогностичних факторів (стать, вік, В-симптоми, стадія, ECOG, рівень АНС, альбуміну, тромбоцитів, лактатдегідрогенази, Ki-67, ураження кісткового мозку, курси хіміотерапії, відповідь на терапію та вид рецидиву) на виживаність без прогресування (ВБП) та ЗВ у пацієнтів із ПТКЛ (NOS).

**Об'єкт і методи.** Проаналізовано 24 первинних пацієнтів (21–76 років, медіана — 57 років; 8 жінок, 16 чоловіків) із ПТКЛ (NOS), які проходили лікування з серпня 2009 по січень 2016 р. у відділенні онкогематології Національного інституту раку. Частка пацієнтів віком < 65 років становила 79,1%, > 65 років — 20,9% ( $p < 0,05$ ). Пацієнти отримали терапію за схемами СНОР, СНОЕР та ЕРОСН.

**Результати.** Рівень загальної відповіді на терапію становив 54,1%. У групі пацієнтів, які досягли повної відповіді (ПВ), — 45,8%, часткової (ЧВ) — 8,3%, зареєстровано 70,8% рецидивів після проведення I лінії терапії (період спостереження 1–60 міс, медіана — 9,2 міс). Згідно з мультиваріабельним аналізом, впливають на ВБП: відповідь на терапію ( $p = 0,04$ ), вид рецидиву ( $p = 0,0001$ ) та рівень альбуміну ( $p = 0,03$ ). Чотирирічна ВБП у пацієнтів із I–II стадією становить 48% проти 15% у пацієнтів із III–IV стадією. За даними ROC-аналізу встановлено тенденцію до зниження рівня ВБП при показниках лактатдегідрогенази > 466 Од./л ( $p = 0,06$ ). Чотирирічна ЗВ у пацієнтів із ECOG < 2 порівняно із ECOG  $\geq$  2 становить 50% проти 0% ( $p < 0,05$ ), що також підтверджено ROC-аналізом (Sp = 100%, Se = 40%, AUC = 0,7,  $p = 0,01$ ).

**Висновки.** Отримані дані надають можливість виділити групу пацієнтів із ПТКЛ (NOS) надзвичайно високого ризику, яким необхідно призначення більш інтенсивних режимів у I лінії терапії.

### РЕКОНСТРУКЦИЯ ГРУДИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ DIEP/MS-TRAM ПРИ РАКЕ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*И.И. Смолянка*

*Національний інститут раку, Київ*

**Вступление.** Современная концепция хирургического лечения при раке грудной железы предполагает радикальное оперативное вмешательство с одномоментным или отсроченным восстановлением формы и объема груди. Эффективность лечения определяется не только количеством, но и качеством прожитых лет.

**Цель:** анализ результатов свободной пересадки MS-TRAM- и DIEP-лоскутов с уточнением показаний к каждому из этих методов реконструкции, исходя из необходимого объема трансплантата и особенностей кровоснабжения его тканей.

**Объект и методы.** Под наблюдением находились 90 пациенток в возрасте 19–52 лет, которым выполняли реконструкцию грудной железы после мастэктомии с использованием свободной пересадки MS-TRAM-лоскута и перфорантного лоскута (DIEP-лоскут). У 12 пациенток выполнена первичная реконструкция, у 78 — вторичная. При выборе метода первичной (одномоментной) реконструкции прежде всего учитывали объем удаленных при мастэктомии тканей. При отсроченной (вторичной) реконструкции основополагающей была правильная оценка исходных данных: особенностей тканевого дефекта в зоне мастэктомии, состояния окружающих тканей, наличия или отсутствия субмаммарной складки и параметров контралатеральной грудной железы.

**Результаты.** В группе I (MS-TRAM-лоскут) осложнения раннего послеоперационного периода со стороны лоскута отмечены в 11 случаях. Они включали гематому в области реконструированной груд-

ной железы (1), серому (2), частичное расхождение швов и инфицирование раны (2). В одном случае отмечен тотальный некроз пересаженного лоскута, в 3 — частичный некроз и в 2 — краевой. Со стороны донорской зоны у 2 пациенток зафиксирован частичный некроз пупка, еще у 2 — серома и у 3 — частичное инфицирование и расхождение краев раны. Необходимо отметить, что количество перфорантных артерий, включенных в состав MS-TRAM-лоскута, во всех случаях составляло не менее 3 (с диаметром до 1 мм). При анализе отдаленных результатов реконструкции липонекроз различной степени в тканях пересаженных и прижившихся лоскутов отмечен в 4 случаях.

Липонекроз определяли как уплотненные участки или узлы в тканях лоскута не менее 1,5–2 см в диаметре, образовавшиеся не ранее 1–1,5 мес после операции без вовлечения в процесс прилегающих кожных покровов. Для более объективной оценки степени липонекроза использовали шкалу M. Nahabedian и соавторов (2001): незначительный липонекроз (< 5% объема), умеренный (5–20%) и выраженный (> 20%). У 2 пациенток отметили умеренный липонекроз и еще у 2 без видимых признаков нарушения кровообращения в тканях лоскута в ранний послеоперационный период выявлены отдельные очаги незначительного и умеренного липонекроза. Отмеченные отдельные плотные узлы в тканях по линии швов у некоторых пациенток во внимание не принимали, связывая это с реакцией организма на рассасывающиеся нити, что неоднократно наблюдалось при выполнении других различных операций. Таким образом, общий уровень липонекроза в тканях MS-TRAM-лоскута составил 8,16%.

При функциональном исследовании донорской зоны в отдаленный послеоперационный период истинных грыж не выявлено. В 2 случаях отмечен послеродовой пролапс передней брюшной стенки в месте забора TRAM-лоскута, потребовавший корригирующей операции с использованием сетчатого протеза.

В клинической группе II (DIEP-лоскут) в ранний послеоперационный период различные осложнения со стороны лоскута отмечены у 8 пациенток, гематома — у 2, расхождение краев раны с инфицированием — у 1; в 2 случаях зафиксирован тотальный некроз пересаженного лоскута, в 2 — частичный и в 1 — краевой. Кроме того, в донорской зоне отмечены: гематома (1), серома (1), инфицирование и частичный некроз пупка в одном наблюдении. Необходимо подчеркнуть, что у 3 пациенток группы II кровоснабжение лоскута осуществлялось за счет одной крупной перфорантной артерии (1,2; 1,5 и 2 мм); в 19 случаях — за счет двух перфорант диаметром > 1 мм; в 16 случаях — трех (одна или две из них диаметром > 1 мм) и в 3 наблюдениях — четырех перфорант. В отдаленный послеоперационный период анализ состояния прижившихся лоскутов выявил очаги липонекроза в 8 наблюдениях. В 2 случаях отмечен незначительный некроз, в 5 — умеренный и в 1 — выраженный. Необходимо отметить, что у 3 из 8 па-

циенток с очагами липонекроза в состав трансплантата входили частично ткани III зоны. Таким образом, общий уровень липонекроза составил 20%.

**Выводы:** 1. При минимальных нарушениях в донорской зоне риск развития липонекроза при применении DIEP-лоскута достоверно выше в сравнении с MS-TRAM-лоскутом.

2. Основными факторами, определяющими выбор между DIEP- и MS-TRAM-лоскутом, являются количество и диаметр перфорантных сосудов (в том числе вен), а также объем трансплантата.

3. При наличии 1–2 крупных перфорантных артерий (диаметром > 1 мм) и требуемом объеме тканей до 700–800 г предпочтение следует отдавать DIEP-лоскуту.

4. При необходимости использования для реконструкции значительного объема тканей (более ½ стандартного TRAM-лоскута), отсутствии доминантных перфорант и наличии 3–4 и более перфорантных артерий методом выбора следует считать MS-TRAM-лоскут.

5. При правильно выбранных показаниях оба метода позволяют достичь максимально высоких результатов операции.

## ПОКАЗАНИЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЦИСТЕКТОМІЇ З УНІЛАТЕРАЛЬНОЮ УРЕТЕРОКУТАНЕОСТОМІЄЮ

*Е.О. Стаховський, О.А. Войленко, Ю.В. Вітрук, О.А. Кононенко, О.Е. Стаховський, М.В. Чепурнатий, М.В. Мариниченко*  
Національний інститут раку, Київ

**Вступ.** Уретерокутанеостомія є одним із видів дериважації сечі після радикальної цистектомії, який є технічно простим та найменш інвазивним методом відведення сечі, найбільш придатним для пацієнтів з низьким соматичним статусом та осіб похилого віку. Незважаючи на це, метод супроводжується високим ризиком розвитку пізніх післяопераційних ускладнень, таких як стриктура уретерокутанеоанастомозу, яка часто призводить до уретерогідронефрозу (УГН) та спричиняє розвиток хронічної ниркової недостатності.

**Мета:** визначення показань та оцінка віддалених результатів модифікованої унілатеральної уретерокутанеостомії, розробленої в нашій клініці.

**Об'єкт і методи.** Клінічному аналізу підлягли 247 хворих на місцево-поширений (Т3в–Т4) та метастатичний рак сечового міхура (N1–3 або M1), яким з 2008 по 2017 р. у науково-дослідному відділенні пластичної та реконструктивної онкоурології Національного інституту раку проведено обстеження та спеціальне лікування. Вік пацієнтів коливався від 30 до 81 року, медіана — 61 (55, 66) рік. Співвідношення чоловіків до жінок становило 15:1. Усі пацієнти підлягали комплексному обстеженню, у ході якого оцінювали поширеність процесу та функціональний стан нирок. У дослідженні виділено гру-

пу з 60 (24%) пацієнтів із низьким ECOG-статусом, за шкалою Карновського, двобічним УГН, прогресуючою нирковою недостатністю, котрі підлягали модифікованій унілатеральній уретерокутанеостомії та стали предметом дослідження.

**Хірургічна техніка:** після виконання радикальної цистектомії правий та лівий сечоводи відсікають та проводять через ретроперитонеальний канал в брижі сигмоподібної кишки до ділянки мезоколона. У подальшому формується отвір в лівій здухвинній ділянці (Anti-McBurney point), через який сечоводи виводяться назовні та анастомозуються зі шкірою. Зовнішній отвір брижі сигмоподібної кишки додатково фіксується до апоневрозу прямого м'яза живота в ділянці стомічного отвору з метою зменшення мобільності тканин зазначеної ділянки.

**Результати.** Методика характеризується малим часом оперативного втручання —  $187 \pm 73$  хв та низькими показниками середнього післяопераційного ліжко-дня ( $9,9 \pm 4,4$ ). Середній об'єм крововтрати становив 571,6 мл. У ранній післяопераційний період відмічено 7 (11,7%) ускладнень (2 — I ступеня, 5 — II ступеня за Clavien — Dindo), які були купіровані консервативно. Показник періопераційної летальності — 1 (1,7%) (інфаркт міокарда).

У віддалений післяопераційний період відмічено статистично значуще зниження рівнів УГН та покращення якості життя пацієнтів ( $p < 0,01$ ). У пізній післяопераційний період стриктури кутанеоанастомозу відмічено у 5 (8%) пацієнтів протягом 1 року спостереження, які потребували повторних оперативних втручань: перекладення уретерокутанеоанастомозу — 3 (5%) випадки, деривація сечі за Брікером — 2 (3%). Більшість пацієнтів — 34 (56%) — не потребували стентування після 3 міс спостереження.

**Висновки.** Запропонована модифікована унілатеральна уретерокутанеостомія є достатньо ефективною, забезпечує низькі показники ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень у групі пацієнтів із низьким соматичним статусом. Методика потребує подальшого вивчення за участю більш широких груп пацієнтів.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ТОКСИЧНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДИФУЗНУ В-ВЕЛИКОКЛІТИННУ ЛІМФОМУ ГРУПИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПРОГНОЗУ З РІЗНИМИ ТЕРАПЕВТИЧНИМИ РЕЖИМАМИ

*К.С. Філоненко, І.А. Крячок, А.В. Мартинчик, Я.А. Степанішина, І.Б. Титоренко, О.М. Алексик, О.А. Карнабеда, К.О. Ульяновченко, Т.В. Каднікова, Є.В. Куцьевий, О.І. Новосад, Я.В. Пастушенко, Т.В. Скрипець, В.П. Козлов*

*Національний інститут раку, Київ*

**Вступ.** Загальна виживаність (ЗВ) у хворих на дифузну В-великоклітинну лімфому (ДВВКЛ) групи несприятливого прогнозу при лікуванні за стан-

дартними режимами хіміотерапії (ХТ) не перевищує 30–40%.

**Мета:** оцінити ефективність та токсичність лікування із застосуванням режиму R-DA-EPOCH порівняно зі стандартними режимами ХТ у хворих на ДВВКЛ групи несприятливого прогнозу.

**Об'єкт і методи.** У рамках проспективного когортного багатоцентрового дослідження із залученням хворих на ДВВКЛ групи несприятливого прогнозу віком старше 18 років проведено лікування за СНОР-подібними режимами (група I), режимами R-СНОР (група II) та R-DA-EPOCH (група III). Первинною кінцевою точкою (КТ) була 2-річна безподійна виживаність (БПВ), вторинними КТ — частота позитивної відповіді, 2-річна ЗВ, рівні токсичності.

**Результати.** У дослідження включено 140 хворих, серед них 53,6% чоловіків та 46,4% жінок. Середній вік становив  $55,0 \pm 16,4$  року. До групи I включено 53 пацієнти, до II — 60, до III — 27. Медіана періоду спостереження становила 22 міс. Позитивна відповідь на терапію досягнута у 73,6% хворих групи I, 81,7% — групи II та 96,3% — групи III ( $p = 0,047$ ). Показник 2-річної БПВ для хворих групи I становив  $39,7 \pm 5,7\%$ , групи II —  $55,4 \pm 7,2\%$ , групи III —  $81,5 \pm 8,7\%$  ( $p = 0,0096$ ). Дворічна ЗВ для хворих групи I сягала  $56,7 \pm 7,8\%$ , групи II —  $67,7 \pm 6,6\%$ , групи III —  $91,2 \pm 6,0\%$  ( $p = 0,043$ ). Проявами токсичності були ускладнені 80,0% курсів ХТ. Не виявлено значущої різниці у загальній частоті токсичності ( $p = 0,19$ ). У групі III вищими були рівні нейтропенії ( $p = 0,02$ ), нейропатії ( $p = 0,048$ ), підвищення трансаміназ ( $p = 0,02$ ). Рівень анемії був вищим у групі I ( $p = 0,03$ ).

**Висновки.** Режим R-DA-EPOCH продемонстрував кращі показники ефективності лікування порівняно зі стандартними режимами ХТ при зіставному загальному рівні токсичності. Проте частота деяких видів токсичності була вищою у зазначеній групі хворих.

## ПРОГНОСТИЧНІ ЧИННИКИ МЕТАСТАТИЧНОГО ПОШИРЕННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

*Ю.Я. Чупровська*

*Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці*

**Вступ.** Рак молочної залози (РМЗ) займає провідне місце серед усіх злоякісних новоутворень у жінок не тільки в Україні, але й в економічно розвинутих країнах світу. Ефективність лікування хворих на РМЗ багато в чому залежить від прогнозування метастатичного поширення пухлини, оскільки це безпосередньо впливає на вибір тактики лікування, обсяг оперативного втручання тощо.

**Мета:** провести метааналіз джерел літератури для узагальнення відомостей про прогностичні чинники можливого метастатичного поширення РМЗ.

**Об'єкт і методи.** Опрацьовані українські та зарубіжні джерела літератури останніх 10 років, які містять інформацію стосовно визначення клінічних та морфологічних критеріїв пухлинної та перитуморозної тканини РМЗ, а також їх роль у прогнозі можливого метастазування.

**Результати.** Для прогнозування метастазування є відомими і широко використовуються деякі прогностичні чинники. Серед них клінічні та морфологічні характеристики, які визначають за допомогою імуногістохімічного дослідження стромального компонента туморозної та перитуморозної тканини. Сучасний набір досліджень детальної діагностики РМЗ не обходиться без визначення рецепторів до статевих гормонів (ER, PR) та c-erbB2 (Her2/neu), на основі яких формується загальноприйнята молекулярна класифікація РМЗ. При проведенні імуногістохімічного дослідження визначають експресію Vimentin, що свідчить на наявність епітеліально-мезенхімальної трансформації, пов'язаної зі здатністю до міграції та метастазування.

Також досліджували прогностичне значення bcl-2, p53 та Ki-67, проте їхні кількісні показники не є суттєвими для прогнозування метастазування РМЗ.

**Висновок.** Проведені дослідження щодо прогностичних критеріїв метастазування РМЗ свідчать, що наявність чи відсутність рецепторів до статевих гормонів є суттєвим, але не достатнім показником. Як прогностичний чинник заслуговує на увагу Vimentin.

## РОЗРОБКА МАРКЕРІВ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*В.О. Шляховенко<sup>1</sup>, С.П. Залеток<sup>1</sup>,  
Е.О. Стаховський<sup>2</sup>, Ю.В. Вітрук<sup>2</sup>,  
О.А. Кононенко<sup>2</sup>, Б.О. Гречко<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України, Київ

<sup>2</sup>Національний інститут раку, Київ

**Вступ.** Рак передміхурової залози (РПЗ) — одне із найбільш поширених злоякісних новоутворень у чоловіків. У більшості країн Європи та Америки РПЗ посідає перші місця у структурі онкологічної захворюваності. Значна поширеність РПЗ відмічається і в Україні. За даними Національного канцер-реєстру у 2016 р. виявлено 6443 нових випадки захворювання. Основою лабораторної діагностики та вибору тактики лікування РПЗ залишається визначення рівня простатичного специфічного антигену (ПСА), який на сьогодні є органоспецифічним, але не канцерспецифічним, та біопсія передміхурової залози, яка, у свою чергу, спричиняє велику кількість ускладнень. Відомо, що існує зв'язок між мутацією гена *RNASEL*, який кодує рибонуклеазу L

у клітинах передміхурової залози, і пухлинною прогресією. Дефіцит продукції рибонуклеази L у клітинах передміхурової залози вважається однією з вірогідних причин злоякісної трансформації клітин і виникнення РПЗ. Особливо перспективним у цьому плані є пошук та вивчення нових не тільки клітинних маркерів, а й маркерів, які не потребують біопсії передміхурової залози і які можна було б визначати в біологічних рідинах хворих (крові чи сечі).

**Мета:** дослідити активність та молекулярну гетерогенність РНКаз в плазмі та еритроцитах периферичної крові хворих на доброякісну гіперплазію та РПЗ.

**Об'єкт і методи.** У проспективному дослідженні визначено активність РНКаз у 16 хворих та 7 донорів. Окремо досліджували активність РНКаз в еритроцитах та плазмі крові. Усі пацієнти проходили лікування у відділенні пластичної та реконструктивної онкоурології Національного інституту раку в період з червня 2017 р. по грудень 2017 р. Зі свіжоотриманої крові хворих готували плазму та фракцію еритроцитів. У порівняльних дослідженнях використовували плазму крові та еритроцитарну масу здорових людей. Ферментативно активні фракції готували методом сольової екстракції. Одержані екстракти досліджували методом зимограм із застосуванням електрофорезу в 12,5% поліакриламідному гелі у системі Laemmli. Для кількісної оцінки ферментативної активності ензимограми обробляли у програмі TotalLab і величину активності виражали як площу під кривою в умовних одиницях.

**Результати.** Найвищою активністю рибонуклеаз була в еритроцитах здорових донорів. У плазмі крові хворих на гіперплазію передміхурової залози ферментативна активність в основному відповідала рівню активності плазми донорів. Водночас, на відміну від еритроцитів донорів, активність РНКаз в еритроцитах периферичної крові хворих на гіперплазію передміхурової залози була значно зниженою. Ще нижчою активність була в еритроцитах периферичної крові хворих на РПЗ порівняно з еритроцитами та плазмою крові донорів.

Таблиця

| Активність рибонуклеаз в крові |          |                                               |         |
|--------------------------------|----------|-----------------------------------------------|---------|
| Об'єкт дослідження             | Донори   | Доброякісна гіперплазія передміхурової залози | РПЗ     |
| Еритроцити                     | 467 ± 12 | 68 ± 10                                       | 3 ± 2   |
| Плазма крові                   | 46 ± 10  | 55 ± 13                                       | 75 ± 18 |

**Висновки.** За попередніми даними, на основі проведеного дослідження можна відмітити зниження рибонуклеазної активності в еритроцитах периферичної крові у хворих на РПЗ. Можна припустити, що зниження активності рибонуклеаз в цитозолі еритроцитів у хворих на РПЗ пов'язане з порушенням циклу дозрівання еритроцитів у цих пацієнтів. Одержані дані спонукають до розробки панелі додаткових маркерів пухлинного росту при РПЗ.