



**VIII МІЖНАРОДНИЙ СЕМІНАР  
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ,  
ПРИСВЯЧЕНИЙ МІЖНАРОДНОМУ ДНЮ  
БОРОТЬБИ З РАКОМ**

3–4 лютого 2017 р.

Національний інститут раку, Київ

### Маммосцинтиграфия: роль в диагностике рака молочной железы

*В.С. Готовкина, А.А. Шевченко  
Национальный медицинский университет  
имени А.А. Богомольца, Киев, Украина*

**Актуальность.** Среди женского населения Украины рак молочной железы (РМЖ) занимает одно из первых мест в структуре как онкологической заболеваемости, так и смертности за последние 10 лет. Выявление РМЖ на I–II стадии без поражения регионарного лимфатического аппарата и дальнейшее лечение обеспечивают более 90% успешного результата.

**Цель работы:** оценка эффективности диагностики РМЖ с помощью маммосцинтиграфии (МСГ) на ранних этапах.

**Объект и методы:** анализ литературы об опыте применения МСГ в клинической практике для диагностики РМЖ за последние 10 лет.

**Результаты.** В Украине более 165 тыс. женщин больны РМЖ, а по прогнозам, до 2020 г. эта цифра возрастет до 200 тыс. Около 40% женщин обращаются к врачу на поздних стадиях заболевания, из-за чего половина пациенток умирает в течение 1-го года.

МСГ — это метод радионуклидной диагностики патологии молочной железы, который основан на оценке распределения в тканях железы радиофармпрепарата (РФП). МСГ выполняют с помощью как гамма-камеры, так и методом позитронно-эмиссионной томографии. Главной целью МСГ является выявление злокачественных опухолей молочной железы, метастатической распространенности в лимфоузлы. РФП интенсивнее накапливаются в клетках злокачественных опухолей, чем доброкачественных. Скорость выведения РФП зависит от характера процесса и подверженности химиотерапии.

В статье журнала «Oncology» (1 января 1997 г.) опубликовано исследование, в котором как альтернативу маммографии, ультразвуковому исследованию и биопсии у пациенток с РМЖ, избыточной массой тела и плотной тканью молочной железы использовали МСГ. Процент выявления патологии (степень злокачественности и форма очага) при МСГ выше, чем в остальных случаях.

МСГ — прекрасный метод раннего выявления очагов, в особенности размером < 1 см. МСГ выявляет очаги малигнизации, где маммография может пропускать патологию; точнее определяет область биопсии, метастатические поражения. У пациентов после оперативного вмешательства и после радиационной терапии, пациентов с отягощенным семейным анамнезом, с рецидивами РМЖ, лобулярным раком *in situ*, после косметических операций на молочной железе МСГ демонстрирует лучшие результаты.

**Выводы.** МСГ — чувствительный и специфичный метод визуализации пальпируемых и непальпируемых очагов. Использование МСГ уменьшит количество биопсий и риск их возможных осложнений, улучшит эффективность диагностических манипуляций.

### Методы органосохраняющей терапии интраокулярной ретинобластомы

*М.В. Чернокозь  
Винницкий национальный медицинский  
университет имени Н.И. Пирогова, Винница,  
Украина*

**Актуальность.** Ретинобластома (РБ) — наиболее часто выявляемая первичная внутриглазная злокачественная опухоль у детей. РБ составляет 8–12% всех злокачественных новообразований у детей. В последнее десятилетие отмечено повышение частоты возникновения РБ с 1/34 000 до 1/15 000–20 000 живых новорожденных, а также отмечена четкая тенденция к «повзрослению» заболевания.

Несмотря на существующие в настоящее время методы исследования, ранняя диагностика затруднена, в связи с чем детей в большинстве случаев направляют в специализированные клиники в запущенных стадиях, что ограничивает выбор метода лечения и делает невозможным проведение органосохраняющих операций со спасением жизни ребенка.

**Цель:** выявить наиболее эффективные методы органосохраняющей терапии интраокулярной РБ.

**Объект и методы.** В исследовании участвовали 95 детей (145 глаз) в возрасте 5–108 мес (в среднем  $42 \pm 10,3$  мес) с РБ. У 95 больных диагностировано всего 339 опухолевых очагов с průmичностью 0,6–10,5 мм (в среднем  $5,05 \pm 0,11$  мм) и диаметром основания 1–18,6 мм (в среднем  $11,3 \pm 0,98$  мм). Произведена оценка эффективности проводимого комбинированного органосохраняющего лечения по поводу РБ (методами системной химиотерапии (ХТ), общей ХТ, локальной химиотерапии (ЛХТ) [в качестве ЛХТ использовали два вида лечения — ХТ селективная внутриартериальная и интравитреальная мелфаланом], брахитерапии (БТ), телегамматерапии (ТГТ), транспупиллярной термотерапии (ТТТ)).

**Результаты.** Анализ методов показал, что в ¼ случаев эффект от проведения локального лечения характеризовался полной регрессией опухоли (тип I–IV) — 74 очага РБ (73%). Неполный ответ отмечен на 20 очагах РБ (20%), при этом в случаях использования БТ — на 12 очагах РБ, при проведении ТГТ — 7 очагах РБ. Продолженный рост опухоли выявлен в 7 (7%) случаях. При расчете рецидивов чаще данный исход отмечали после лечения очагов РБ методом ТТТ. Во всех случаях неполного ответа или рецидива опухоли проведено повторное локальное лечение, в результате которого удалось достичь полной регрессии. Таким образом, локальный контроль над опухолью с использованием БТ, ЛХТ, БТ, ТГТ и ТТТ получен в 84 (93%) из 88 глаз. Единственный глаз был сохранен в 94% случаев. Генерализация процесса не зафиксирована ни у одного из пациентов. Все дети живы.

**Выводы.** Анализ литературы показал, что РБ является единственной злокачественной опухолью сетчатки, возникающей в раннем детском возрасте, которая

приводит к слепоте, метастазированию и в конечном счете при отсутствии лечения — к гибели ребенка. Многообразие клинических форм, склонность к быстрому росту, мультицентричному бинокулярному, а в некоторых случаях и к трилатеральному (с вовлечением эпифиза) поражению затрудняют диагностику и лечение РБ. Современная мировая стратегия комбинированного органосохраняющего лечения РБ предусматривает обязательное сочетание системной ХТ с локальным разрушением опухоли.

### Ультразвукове дослідження як метод первинної ланки в мультимодальній діагностиці новоутворень шлунково-кишкового тракту

*Н.О. Телегуз, Г.О. Романенко  
Национальный медицинский университет  
имени О.О. Богомольца, Киев, Украина*

Новообразования шлунково-кишкового тракту (ШКТ) имеют склонность до асимптомного перебігу на ранних стадиях захворювання, що значно ускладнює своєчасну діагностику патологій, погіршує ефективність лікування та прогноз. Найчастіше методом вибору при первинному обстеженні хворих є ультразвуковий скринінг. У зв'язку з цим проблема ефективної ультразвукової діагностики новоутворень ШКТ є актуальним питанням діагностичної онкології.

**Мета роботи** — виділити основні ознаки ультразвукової ехогенності пухлин ШКТ, оцінити можливості виявлення пухлинних процесів ШКТ при рутинному ультразвуковому дослідженні.

Ультразвукова картина неопластичних процесів порожнистих органів має низку спільних ознак. Так, будь-яке локальне потовщення стінки в поєднанні з її гіпоехогенністю та порушенням нормальної структури шарів може свідчити про наявність неопластичного процесу. Іноді потовщення стінки не супроводжується втратою диференціації шарів, що, однак, не виключає загрози наявності патологічного новоутворення. Ультразвукове обстеження дає можливість оцінити ступінь інвазії й протяжність процесу, обстежити регіонарні лімфовузли й віддалені органи. У ході дослідження проаналізовано ефективність ультразвукового обстеження в первинній діагностиці новоутворень ШКТ кабінету ультразвукової діагностики стаціонару Сарненської центральної районної лікарні. Загалом кількість пацієнтів, що пройшли рутинне ультразвукове обстеження органів ШКТ з 2011 по 2016 р., становить 9933 особи, кількість вперше виявлених патологічних новоутворень — 58. Серед них 38 пухлин товстого кишечника, 17 пухлин шлунка, 2 тонкого кишечника, 1 стравоходу. Це підтверджує ефективність методу в первинній діагностиці неопластичних утворень органів ШКТ.

**Висновки.** Таким чином, ультразвукове дослідження є інтегральною частиною діагностики в пацієнтів з гастроінтестинальними порушеннями. Застосування цієї методики при рутинному абдомінальному обстеженні з подальшим ендоскопічним



та гістологічним дослідженням дає змогу суттєво покращити виявлення неопластичних процесів органів ШКТ.

### Вплив хламідійно-герпетичного цервіциту на якість життя жінок репродуктивного віку

О.А. Щербя, Л.Д. Ластовецька,  
І.А. Кобалінський, Д.М. Рамазанова  
Національний медичний університет  
імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

**Актуальність.** Хламідіоз і герпес — одні з найбільш розповсюджених інфекцій людини з хронічним перебігом і тривалим переистуванням збудника, що суттєво впливає на якість життя хворих. Крім того, поєднаний вплив *S. trachomatis* і *HSV-2* призводить до двократного підвищення ризику плоскоклітинного раку шийки матки.

**Мета:** виявити вплив хламідійно-герпетичного цервіциту на якість життя жінок фертильного віку для розробки оптимальної лікувально-реабілітаційної тактики.

**Об'єкт і методи.** Нами обстежено 90 жінок фертильного віку з цервіцитом хламідійно-герпетичної етіології (основна група) та 30 гінекологічно здорових жінок (контроль). Проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження. Критерієм відбору було лабораторне підтвердження (полімеразна ланцюгова реакція, імуноферментний аналіз) хламідійного цервіциту і генітального герпесу тривалістю не менше 1 року і з частотою рецидивів не менше 2 разів на рік.

Якість життя оцінювали стандартним опитувальником Short Form Medical Outcomes Study (SF-36).

**Результати.** Середній вік в основній групі становив  $28,5 \pm 2,2$  року, у контрольній —  $29,3 \pm 3,6$  року. Кольпоскопічне обстеження 100% жінок основної групи виявило запальні зміни слизової оболонки, що поєднувалися з ектопією призматичного епітелію у 24,4%, справжньою ерозією — у 14,4%, лейкоплакією — 4,4%, дисплазією — у 12,2%.

При цитологічному дослідженні у 69% жінок встановлено клас ASCUS, у 25,5% — LSIL, у 3,3% — HSIL. Лише 2,2% учасниць присвоєно клас NILM.

Досліджуючи якість життя пацієнток основної групи, нами встановлено зниження як фізичного ( $72,1 \pm 8,8$  бала), так і психічного ( $51,5 \pm 6,1$  бала) компонентів порівняно з контрольною групою ( $94,4 \pm 7,2$  і  $91,1 \pm 4,1$  бала відповідно). Це відобразилося на відповідному зниженні загального показника якості життя хворих з мікет-інфекційним цервіцитом (основна група —  $61,8 \pm 7,4$  бала, контрольна —  $92,7 \pm 5,6$  бала;  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Хламідійна інфекція у поєднанні з генітальним герпесом становить вагомий онкологічний аспект, а саме потенційно є фактором розвитку дисплазії та раку шийки матки.

Оцінка якості життя жінок фертильного віку з хронічним рецидивуючим мікет-інфекційним цервіцитом показала зниження його загального показника у 1,5 раза (на 30,9 бала) за рахунок фізичного і психічного компонентів.

### Опыт внедрения расширенной программы дистанционной лучевой терапии у пациентов со вторичным поражением костей таза при раке предстательной железы

А.Д. Морозова  
Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина

**Актуальность.** По данным Национального института рака, наибольшее распространение среди мужчин получила заболеваемость раком предстательной железы (РПЖ). Стоит отметить, что при метастатической форме данного заболевания чаще развивается вторичное поражение костей скелета.

**Цель:** провести сравнительный анализ эффективности методов лечения, изучить целесообразность расширения программы и возможностей паллиативной дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) у больных со вторичными изменениями в костях таза.

**Объект и методы.** На базе отделения дистанционной лучевой терапии Одесского областного онкологического диспансера с января 2016 г. осуществляется лечение больных с верифицированным РПЖ со вторичными изменениями в костях таза. Пациенты рандомизированы на три группы, в каждой по 20 человек. В первую группу вошли больные, которые получали ДЛТ с последовательным сокращением объемов облучения (от облучения всего таза на первом этапе до последовательного сокращения объема облучения на втором этапе до локального) в режиме динамического фракционирования на фоне гормонотерапии. Вторую группу составили больные, получившие паллиативную ДЛТ на кости таза в комбинации с гормонотерапией. Третью группу сформировали пациенты, единственным методом лечения которых была гормонотерапия.

**Результаты.** Анализ непосредственной эффективности ДЛТ с последовательным сокращением объемов облучения показал более высокий результат (92%), демонстрируя значительное уменьшение или исчезновение боли, сокращение использования анальгетиков, а также уменьшение выраженности клинической симптоматики, вызванной сдавлением соседних органов (уменьшение дизурических расстройств, облегчение венозного и лимфатического оттока).

**Выводы.** Корреляционный анализ показал эффективное использование данной программы при генерализованном РПЖ, существенно улучшая качество жизни и увеличивая ее продолжительность.

### Інформативність ультразвукової доплерографії при об'ємних утвореннях нирок

В.В. Мазур, П.О. Гичак  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Українська медична стоматологічна  
академія», Полтава, Україна

**Вступ.** Карбункул (мультифокальний бактеріальний нефрит) як етап розвитку абсцесу та рак нирки нерідко мають схожу клінічну симптоматику, при ультрасонографії, комп'ютерній томографії (КТ)

та магнітно-резонансній томографії візуалізуються як об'єми утворення. Золотим стандартом у діагностиці локалізованих форм гострого гнійного пієлонефриту (карбункул, абсцес нирки) та раку нирки вважають КТ з контрастуванням. Однак висока вартість дослідження, променеве навантаження та небезпека розвитку контраст-індукованої нефропатії, особливо у людей літнього віку та пацієнтів з порушенням функції нирок, зумовили пошук альтернативних методів медичної візуалізації.

**Мета:** оцінити діагностичну інформативність ультразвукової доплерографії при об'ємних утвореннях нирки.

**Об'єкт і методи.** Проведено аналіз результатів ультразвукової доплерографії та КТ у 226 хворих віком від 18 до 87 років (середній вік  $47,2 \pm 2,9$  року), що перебували на обстеженні та лікуванні в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні у 1997–2016 рр. Розподіл пацієнтів за нозологічними формами: карбункул нирки — 86 хворих, абсцес нирки — 112 хворих, рак нирки — 28 хворих. Чоловіків — 117 (51,7%), жінок — 109 (48,3%). Ультрасонографію проводили у режимах сірої шкали, енергетичної доплерографії та кольорового доплерівського картування. КТ виконували без контрастування та з болюсним введенням контрастної речовини.

**Результати.** За результатами дослідження діагностична інформативність ультразвукової доплерографії при локалізованих формах гострого гнійного пієлонефриту (карбункул, абсцес нирки) виявилася такою: діагностична чутливість — 94,1%, діагностична специфічність — 98,3%, діагностична ефективність — 98,0%, позитивна прогностична цінність — 98,0% та негативна прогностична цінність — 97,7%. Зазначені показники КТ — 94,4; 97,5; 98,3; 97,8 та 96,9% відповідно.

Діагностична інформативність ультразвукової доплерографії при новоутвореннях нирки: діагностична чутливість — 97,0%, діагностична специфічність — 95,6%, діагностична ефективність — 96,1%, позитивна прогностична цінність — 97,4%, негативна прогностична цінність — 94,4%. Зазначені показники КТ — 96,6; 94,9; 96,8; 96,5 та 83,9% відповідно.

**Висновок.** При нижчій вартості діагностичної процедури, відсутності променевого навантаження та ризиків, пов'язаних з болюсним введенням контрастної речовини, інформативність ультразвукової доплерографії відповідає, а за багатьма показниками перевищує інформативність КТ при об'ємних утвореннях нирки.

### Визначення експресії маркерів AMACR та Ki-67 в метаплазованому епітелії при стравоході Барретта

М.А. Корнісник<sup>1</sup>, О.Г. Курик<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

<sup>2</sup>Державна наукова установа

«Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ, Україна

**Актуальність.** Стравохід Барретта (СБ) характеризується метапластичною заміною

нормального плоского епітелію нижньої частини стравоходу багат шаровим циліндричним епітелієм, характерним для кишечника. СБ визначається як стан, що характеризується підвищенням ризику розвитку аденокарциноми стравоходу. Імуногістохімічне (ІГХ) визначення проліферативної активності маркера Ki-67 і  $\alpha$ -метациклін-коензиму рацемази (AMACR) в слизовій оболонці при СБ є актуальним з погляду прогнозування ризику розвитку аденокарциноми стравоходу.

**Мета** — визначення рівня експресії маркерів Ki-67 та AMACR в слизовій оболонці при СБ.

**Об'єкт і методи.** Проведено ІГХ дослідження для визначення експресії маркерів проліферації Ki-67 (Dako, SP6) і AMACR (Dako, Clone13H4). Обстежено 45 пацієнтів з СБ, із них 20 випадків спеціалізованої кишкової метаплазії без дисплазії, 15 випадків з дисплазією низького, а також 10 випадків з дисплазією високого ступеня. Для оцінки експресії маркерів Ki-67 і AMACR визначали відношення імунопозитивних клітин до загальної кількості клітин у зразку у відсотках.

**Результати.** У випадках зі спеціалізованою кишковою метаплазією відсоток клітин, що експресували Ki-67, становив  $27,96 \pm 3,8\%$ ; у слизовій оболонці з низьким рівнем дисплазії —  $62,78 \pm 5,6\%$  ( $p < 0,05$ ). Частота AMACR-позитивних клітин становила  $10,24 \pm 2,8\%$  при кишковій метаплазії без дисплазії,  $42,36 \pm 8,4\%$  ( $p < 0,05$ ) — при дисплазії низького ступеня, а також  $92,28 \pm 2,8\%$  — при високому ступені дисплазії ( $p < 0,05$ ). Інтенсивність і ступінь експресії Ki-67 і AMACR зростали відповідно до ступеня дисплазії.

**Висновки.** Ступінь експресії маркерів Ki-67 і AMACR корелює зі ступенем дисплазії та метаплазії при СБ, відтак може бути додатковим критерієм визначення ризику розвитку аденокарциноми стравоходу.

### Нейровізуалізація в діагностиці аденом гіпофіза та післяопераційному моніторингу ендоскопічної ендоназальної трансфеноїдальної аденомектомії

О.Ю. Гарматіна, М.М. Клименко  
ДУ «Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова НАМН України», Київ, Україна

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Сучасні методи візуалізації відіграють важливу роль у діагностиці, спостереженні і моніторингу лікування пацієнтів з аденомою гіпофіза. Ендоскопічна ендоназальна трансфеноїдальна аденомектомія (ЕЕТА) направлена на більшу атравматичність видалення пухлини, що впливає на виникнення післяопераційних ускладнень.

**Мета дослідження** — вивчити можливість мультипланової комп'ютерної томографії (МСКТ) в діагностиці аденом гіпофіза та оцінці їх оперативного лікування методом ЕЕТА.

**Об'єкт і методи.** У дослідження залучено 102 пацієнти (15–79 років) з аденомами гіпофіза, яким була проведена ЕЕТА. Виконували МСКТ головного мозку ( $n=102$ ) і передопераційну МСКТ-ангіографію ( $n=38$ ) за стандартними методиками.

**Результати.** При МСКТ уточнювали локалізацію пухлини, її розміри та об'єм. Великі аденоми були виявлені у 28 випадках. Діагностували інфра-, анте- та параселярне розповсюдження ( $n=21/20,6\%$ ), деструкцію навколишніх кісток ( $n=28/27,5\%$ ). Після ЕЕТА оцінювали радикальність видалення пухлини: тотальне видалення пухлини виконано в 74 (72,5%) випадках, в 28 (27,5%) — субтотальне. Основними ускладненнями в ранній післяопераційний період були: апоплексія гіпофіза ( $n=1/1,0\%$ ), назальна лікворея ( $n=1/1,0\%$ ). У жодному випадку власної судинної мережі пухлини не зареєстровано. Пухлини великих розмірів відтіснили сегменти А1 передніх мозкових артерій догори без змін ходу церебральних судин на іншій протяжності.

**Висновки.** При підготовці до ЕЕТА необхідно враховувати анатомічні особливості селярної та параселярної ділянок за даними променевих методів, які дозволяють розрахувати ступінь резекції для максимізації видалення пухлини при виявленні великих аденом. 3D-реконструкція використовується у плануванні та аналізі проведеного оперативного лікування. Для поліпшення показників хірургічного втручання з приводу видалення великих аденом гіпофіза проведення МСКТ-ангіографії допомагає у вивченні ангіоархітеконики пухлини, що знижує вірогідність виникнення післяопераційних ускладнень.

### Механізми розвитку та резистентності плоскоклітинної карциноми легень за рахунок ракових стовбурових клітин

А.С. Ходак, А.Ю. Голованова, В.П. Ходак  
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна  
Інститут медичної радіології імені С.П. Григор'єва НАМН України, Харків, Україна

Рак легень (РЛ) найбільш резистентний до лікування серед новоутворень. Припускають, що РЛ підтримується та поширюється за рахунок незначної популяції ракових стовбурових клітин (РСК), існування яких зумовлює резистентність пухлини до лікування.

**Мета.** Підтримання клітинного складу епітелію легень відбувається за рахунок діяльності трьох основних популяцій стовбурових клітин (СК): базальних клітин, клітин Клара, клітин альвеолярного типу II. Спираючись на гіпотезу про РСК і дані, отримані з експериментальних робіт, перелічені вище популяції СК можна співвіднести з різними гістологічними підтипами РЛ.

**Об'єкт і методи.** Численні дослідження показали, що плоскоклітинна карцинома легень (ПККЛ) розвивається з базальних клітин, які містяться у проксимальних повітряних шляхах, що мають фенотип

СК5+/СК14+/p63+. Ці базальні клітини, після пошкодження повітряних шляхів, мають здатність до самооновлення та дають початок клітинам із різними фенотипом (мультипотентні особливості).

РЛ — результат взаємодії впливу несприятливих факторів, індивідуального генетичного портрета та накопичення соматичних генетичних пошкоджень. Зокрема, за активацію та утилізацію канцерогенів відповідають гени родини цитохромів CYP 1A1 та глутатіонтрансферази GSTM1 відповідно, порушення функціонування яких підвищує ризик виникнення РЛ. За контроль клітинного циклу у ПККЛ відповідальними є 2 сигнальні шляхи: p16-cyclin D-pRb-E2F та p19ARF-Mdm2-p53, порушення в роботі яких призводять до неконтрольованого клітинного поділу. Окрім того, інактивація p53 спричинює пригнічення апоптозу та сприяє виникненню нових онкоасоційованих мутацій.

**Висновки.** З урахуванням можливості РСК ініціювати та підтримувати клітинну популяцію пухлини дослідження мають бути спрямовані на вивчення шляхів патогенезу ПККЛ із базальних СК легень для застосування цих відомостей у лікувальній практиці.

### Радіотермометрична індивідуалізація індукційної поліхіміотерапії та її вплив на тривалість життя хворих зі злоякісними новоутвореннями порожнини рота, ротової та гортанної частини глотки занедбаних стадій

М.О. Воробйов, О.В. Шликова, О.М. Воробйов  
КУ «Запорізький обласний клінічний онкологічний диспансер» Запорізької обласної ради, Запоріжжя, Україна

**Актуальність.** За даними Національного канцер-реєстру, станом на 2015 р. захворюваність на рак шееї локалізації становила понад 5 випадків на 100 тис. населення.

**Мета.** Порівняти ефективність використання індукційної системної поліхіміотерапії (ПХТ) при застосуванні різних комбінацій хіміопрепаратів та променевої терапії з радіотермометричним контролем (РТМК) як методом індивідуалізації у лікуванні хворих на місцево-розповсюдженій рак слизової оболонки порожнини рота, ротової та гортанної частини глотки.

**Об'єкт і методи.** Обстежено 214 хворих на рак слизової оболонки порожнини рота, ротової та гортанної частини глотки стадії T2–4N0–3M0, які пройшли комплексне лікування з індукційною системною ПХТ з використанням препарату дисплатину (когорта I,  $n=145$ ) або поліплатину (когорта II,  $n=69$ ) у поєднанні з променевою терапією. У 131 хворого до і після кожного курсу ПХТ досліджували температуру пухлини та регіонарних лімфовузлів за допомогою радіотермометра РТМ-01-РЕС для визначення тривалості індукційної ПХТ.

**Результати.** Контроль змін температури у пухлині та метастазах дозволив оптимізувати тривалість ПХТ, яка в середньому становила 2,4 курсу до початку променевої



терапії. При аналізі виживаності за методом Каплана — Мейера на графіку функція кумулятивної частки тих, що вижили, у II групі достовірно вища, ніж у I групі; при цьому медіана виживаності у I групі становила 20 міс, а у II — 35 міс (тривалість дослідження — 56 міс). Крива графіку функції виживаності у частини хворих I та II групи, тривалість індукційної ПХТ котрих визначали за допомогою РТМК, достовірно вища; при цьому медіана виживаності в цих когортах становила 24 та 39 міс відповідно.

**Висновки.** Застосування індукційної системної ПХТ з поліплатином при лікуванні хворих з раковими пухлинами порожнини рота, ротової та гортанної частини глотки має переваги перед використанням системної хіміотерапії з цисплатином, при цьому РТМК дозволяє оптимізувати тривалість індукційної ПХТ та достовірно покращити результати лікування.

### Причини пізньої діагностики меланоми шкіри

*В.В. Вербецька*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна*

Актуальність наукової роботи підтверджена наявністю тенденції до несвочасного звернення пацієнтів, низьким рівнем обізнаності населення з питань онкології та індивідуальної профілактики меланоми шкіри.

**Мета роботи** — дослідити причини пізньої діагностики меланоми шкіри в м. Біла Церква (2012–2016 рр.), сформулювати тактику вдосконалення ранньої діагностики та засобів профілактики. Для досягнення поставленої мети проведено поглиблений аналіз 100 історій хвороби пацієнтів з діагнозом меланома шкіри на базі Комунального закладу Київської обласної ради «Білоцерківський обласний онкологічний диспансер» (2012–2016 рр.).

Причинами пізньої діагностики меланоми шкіри є несвочасне звернення пацієнтів, низький рівень обізнаності з питань онкології, відсутність коректних засобів масової інформації щодо профілактики, методики попередньої самодіагностики меланоми шкіри, неефективність наявних методів покращення ранньої діагностики, а також байдужість самих пацієнтів щодо розгорнутої симптоматики та зволікання зі зверненням до фахівців.

На основі проведеного дослідження ми пропонуємо розробити стратегії з питань формування усвідомленої позиції населення щодо раціонального ставлення до власного здоров'я, провести просвітницькі заходи на рівні закладів дошкільної освіти, загальноосвітніх навчальних закладів, профспілок, підприємств та установ за підтримки Міністерства охорони здоров'я щодо визначення ступеня чутливості шкіри стосовно сонячного світла (класифікація фототипів шкіри за Т. Фішпатрихом), меланоманебезпечних неусів, хірургічного видалення неусів з високим ризиком малігнізації, розмістити достовірну інформацію щодо алгоритму діагностики «ABCDE», семиточкової системи ознак малігнізації утворень на шкірі Глазго

та профілактики меланоми шкіри на веб-сайті Департаменту охорони здоров'я, поширення її засобами масової інформації, організувати відбір контингенту ризику, навчити їх методичні попередньої самодіагностики.

**Висновки.** Впровадження вищезазначених заходів дозволить суттєво підвищити рівень ранньої діагностики меланоми шкіри та, відповідно, знизити смертність в Україні за умов посиленої співпраці лікарів-дерматологів та онкологів з населенням.

### Застосування мультиспіральної комп'ютерної томографії в діагностиці та післяопераційному моніторингу об'ємних утворень задньої черепної ямки: медулобластома

*Т.Р. Васильчук, О.Ю. Гарматіна*

*ДУ «Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Рогождана НАМН України», Київ, Україна*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна*

Медулобластома — злоякісна патологія задньої черепної ямки, за походженням належить до примітивних нейроектодермальних пухлин. Як правило, вона локалізується в хробаку мозочка, а у дітей віком старше 6 років може локалізуватися в його півкулях. У дорослих виникає вкрай рідко.

**Мета дослідження** — вивчити можливості мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ) в діагностиці медулобластоми та оцінці її оперативного лікування.

**Об'єкт і методи.** Проведено ретроспективний аналіз 86 історій хвороби пацієнтів з медулобластомою віком від 3 до 29 років. Пацієнтам виконано МСКТ з та без контрастного підсилення. У всіх випадках проведено морфологічну верифікацію.

**Результати.** При МСКТ-дослідженнях пухлина була локалізована в більшості випадків у проекції хробака. При введенні контрастної речовини відмічали підвищення щільності пухлини (77,1%), накопичення контрасту було вираженим або помірним. Контрастне підсилення було найбільш часто неоднорідним у дорослих (35,5% проти 15,2% — у дітей), і в 26,4% випадків реєстрували кісти. В I випадку поряд з пухлиною супраселлярно виявлено додатковий осередок. Пухлина в супраселлярному регіоні розглядалася як метастатична від первинної. Великі за розміром пухлини призводили до розвитку гідроцефалії, яка потребувала хірургічної корекції проведенням вентрикулоперинтостомії.

**Висновки.** МСКТ з та без контрастного підсилення дозволяє виявити об'ємні утворення задньої черепної ямки (а також їх метастази), що забезпечує надійну передопераційну ідентифікацію пухлини, а також прогнозує її агресивність. У післяопераційний період МСКТ дозволяє проводити спостереження за післяопераційними змінами в задній черепній ямці в динаміці, а при пухлинах великих розмірів — спостерігати за динамікою гідроцефалії.

### Тренування ендоскопічних навичок в онкохірургії

*О.П. Колеснік, А.О. Кабаков, К.О. Большакова*  
*Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна*

**Актуальність.** Міні-інвазивна хірургія є новим і перспективним методом в оперативному лікуванні, який може в багатьох випадках замінити відкриті оперативні втручання.

**Мета:** розробити алгоритм навчання лікаря-хірурга навчання міні-інвазивних втручань.

**Об'єкт і методи.** Переглянуто і проаналізовано 37 ендоскопічних відеоуроків, на підставі яких побудовано алгоритм навчання лікаря-хірурга навчання ендоскопічних втручань. Використано тренажер для відпрацювання техніки лапароскопічних та відеосистемних оперативних втручань (патент на корисну модель № 103175) і планшети для виконання вправ.

**Результати.** Алгоритм навчання включає: 1. Вправи для адаптації хірурга до роботи в умовах ендоскопії (сірники, орігами). 2. Навички маніпуляції ендоскопічними ножицями (вирізання по контуру, виділення («енуклеація») кульки). 3. Вправи для формування ендоскопічних вузлів (формування інтракорпоральних петлі, простий «подвійний — морський» вузол, ковзний вузол). 4. Сім вправ для опанування техніки володіння хірургічною голкою в міні-інвазивній хірургії. 5. До останньої вправи належить прошивання тканин (гармошка).

**Висновки.** Таким чином, у процесі навчання методикам володіння ендоскопічними ножицями, формування ендоскопічних вузлів та прошивання тканин найбільше значення надається роботі на тренажері, яка є невід'ємною частиною підготовки фахівця. Виконання самостійних маніпуляцій *in vivo* можливо тільки після закінчення курсу підготовки на тренажері.

### Первинний гіперпаратиреоз у поєднанні з патологією щитоподібної залози

*І.В. Божук<sup>1</sup>, Р.П. Ткаченко<sup>2</sup>*

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

*<sup>2</sup>Державна наукова установа*

*«Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ, Україна*

**Актуальність.** Первинний гіперпаратиреоз (ПГПТ) виникає переважно за наявності аденоми і гіперплазії парашитоподібної залози (ПЩЗ). Часто цю патологію виявляють під час операції з приводу патології щитоподібної залози (ЩЗ). Під час виконання хірургічного втручання одним з основних моментів є виявлення ПЩЗ з метою профілактики її випадкового видалення або пошкодження судинної ніжки. Це зумовлює виявлення патологічно змінених ПЩЗ.

**Мета** — проаналізувати випадки ПГПТ на фоні патології ЩЗ.

**Об'єкт і методи.** Проведено ретроспективний аналіз медичних карт пацієнтів, прооперованих з приводу патології

ПЩЗ і ЩЗ на базі Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. Вік пацієнтів від 20 до 71 року (середній вік — 52,6±8,4 року).

**Результати.** За період з 01.01.2012 р. по 01.12.2016 р. прооперовано 980 пацієнтів з патологією ЩЗ. Із них у 58 (6%) випадках тиреоїдна патологія поєднувалася з патологією ПЩЗ. Усього за цей період прооперовано 71 пацієнта з ПГПТ, з них лише в 13 випадках не було патології ЩЗ. Із 58 випадків ПГПТ, поєднаного з тиреоїдною патологією, у 35 пацієнтів перед операцією діагностовано патологію ПЩЗ, а в 23 випадках патологічно змінені ПЩЗ були виявлені під час операції з приводу патології ЩЗ. Із 58 пацієнтів у 31 гістологічно підтвердили аденому ПЩЗ (у 18 — аденома з головних клітин, у 13 — з оксифільних), в 27 випадках — гіперплазію ПЩЗ. Патологію ПЩЗ виявлено на фоні 31 випадку раку (27 — папілярного, 3 — фолікулярного і 1 — медулярного) і 27 випадків зобу (2 — тиреоїдного і 25 — вузлового еутиреоїдного).

**Висновки.** ПГПТ становить 6% супутньої патології ЩЗ. Під час хірургічних втручання на ЩЗ необхідна візуалізація ПЩЗ та оцінка її стану з метою видалення ПЩЗ з аденомою і гіперплазією, тобто потрібне хірургічне лікування ПГПТ.

### Клініко-морфологічні особливості папілярної мікрокарциноми щитоподібної залози на фоні проліферативно-гіперпластичних процесів та вузлової тиреопатології

А.С. Головка, О.Г. Куряк, Р.П. Ткаченко, В.О. Яковенко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ, Україна

**Вступ.** Незважаючи на велику кількість досліджень, питання діагностики папілярних мікрокарцином щитоподібної залози (ПМЩЗ), профілактики та вибору раціонального лікування залишаються предметом дискусій. Аналіз зв'язку мікрокарцином щитоподібної залози з фоновими захворюваннями є важливим для розробки нових заходів клінічної профілактики злоякісної патології щитоподібної залози.

**Мета** — проаналізувати морфологічні особливості, інвазивні характеристики ПМЩЗ та фонову патологію щитоподібної залози.

**Об'єкт і методи.** Дослідження ґрунтується на ретроспективному аналізі 144 клінічних спостережень морфологічно верифікованих ПМЩЗ хворих хірургічного стаціонару Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами за період 2012–2016 рр. Середній вік пацієнтів — 50,4 року (18 до 77 років). Проведено аналітичне ретроспективне когортне до-

слідження із застосуванням стандартної опитової статистики.

**Результати.** Зі 144 випадків ПМЩЗ у 46 не діагностовано супутню тиреопатологію (ПМЩЗ/БТП) і у 98 пацієнтів верифіковано проліферативно-гіперпластичні процеси та вузлову тиреопатологію щитоподібної залози (ПМЩЗ/ЗТП) (30,5±7,5 та 69,5±7,5% відповідно). Серед фонових тиреопатологій (ТП) щитоподібної залози дослідили такі варіанти: зоб (багатовузловий, дифузний, гіперпластичний, колоїдний) — 37,7±9,6%, аденому Гюртля — 3,0±3,4%, хронічний тиреоїдит (струма Хашімото, струма Ріделя, підгострий тиреоїдит де Кервена) — 29,6±9,0%. Випадки діагностування ПМЩЗ на фоні поєднання оксифільної аденоми, вузлового зоба та хронічного тиреоїдиту становлять 29,7±9,0%.

Середній розмір мікрокарциноми у пацієнтів з ПМЩЗ/БТП статистично менший, ніж у пацієнтів з ПМЩЗ/ЗТП: 3,3±0,8 і 6,2±1,4 мм відповідно ( $p < 0,05$ ). Інвазія карциноми в прекапсулярну клітковину ЩЗ частіше спостерігалася у пацієнтів із ПМЩЗ/ЗТП, ніж із ПМЩЗ/БТП (35±9,4 та 32±13,5% відповідно). Проте інвазія карциноми у капсулу переважала в клінічних випадках ПМЩЗ/БТП (41±14,2 проти 20±7,9%); ураження лімфатичних вузлів 6-ї групи відмічено у 17±10,9 та 13±6,7% відповідно, мультифокальний ріст — у 46,0±14,4 та 35±9,4% відповідно. Однофакторний аналіз показав: ПМЩЗ/БТП має таке співвідношення шансів (СШ): інвазії в капсулу (СШ 1,7), ураження лімфатичних вузлів 6-ї групи (СШ 1,3), що дозволяє вважати його предиктором. Аналіз інших параметрів не виявив достовірної різниці між досліджуваними групами.

**Висновки.** Дані досліджень клінічних випадків свідчать, що ПМЩЗ/БТП має більш агресивну біологічну поведінку порівняно з ПМЩЗ/ЗТП. Проліферативно-гіперпластичні процеси ЩЗ та вузлову ТП можна вважати сприятливою прогностичною ознакою. Проте фонові стани залишаються важливим фактором, що ускладнює верифікацію злоякісного процесу та маскує патогістологічні ознаки злоякісних новоутворень тривалий час.

### The multivariate analysis of histopathological predictors of the endometrioid endometrial adenocarcinoma of the corpus uterine body

O. Savchenko<sup>1</sup>, D. Zinonkin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>The Republican Scientific and Practical Center of Radiation Medicine and Ecology of the Human, Gomel, Republic of Belarus

<sup>2</sup>Establishment of education «The Gomel State Medical University», Gomel, Republic of Belarus

**Introduction.** One of the primary problems in the treatment of malignant tumors of the female genital tract is a determination of individual prognosis. Today there are no any prognostic factors based on statistical significant criteria that influencing the outcome of disease, evaluating the morphology and characteristics

of the endometrioid adenocarcinoma (EA) tumor microenvironment.

**The aim** of our study is to identify statistically significant markers of EA tumor microenvironment that affecting the prognosis of outcome of EA I–III stage.

**Object and methods.** The study was carried on the archive histopathological material obtained at a hysterectomy of 60 patients diagnosed with uterine body EA I–III stage (FIGO). The clinical course of the disease in each patient was monitored according the data of the Belarusian Cancer Registry.

Material about edge of the tumor invasion were immunohistochemically stained for the following markers: CD3–marker for T-lymphocytes, B-lymphocytes for CD20 marker, CD68–marker for macrophages, S100–marker for dendritic cells and VEGF index. Counting of cells elements that response of the immune reaction to the tumor was performed in tumor adjoining stroma, in 5 random fields at 400× magnification, based on the percentage of stained cells.

Predictors that have had a significant ( $p < 0,05$ ) influence or stable trend ( $p < 0,1$ ) on survival, were selected by multivariate regression analysis Cox proportional hazards. For the mathematical modeling of disease outcomes used package «Medcalc» applications, 11.5 (trial version).

**Results.** It was found that of the 11 proposed predictors: a depth of invasion, an area and the number of vessels, MELF-pattern, CD3, CD20, CD57, CD68, S100, VEGF — contribution to the prediction of the risk of an unfavorable outcome of the disease made only by 4 variables, which were: the area of vessels, expression of CD3, S100 and VEGF.

**Conclusions.** Based on immunohistochemical and morphological parameters there were identified criteria of the tumor microenvironment that pathogenetically significant influence at the prognosis of EA.

### Determination of AMACR expression in gastric dysplasia and adenocarcinoma

A. Kryveshko, O. Kuryk, V. Yakovenko  
Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

State Scientific Institution «Scientific-Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» State Administration of Affairs, Kyiv, Ukraine

**Background.** Gastric cancer is one of the most frequent cancers worldwide. Gastric carcinogenesis has been shown to be a multi-stage process: chronic gastritis, atrophy, intestinal metaplasia and dysplasia. Dysplasia in gastric epithelium is a precursor lesion of gastric intestinal-type adenocarcinoma.

**Object and methods.** Immunohistochemical studies of the expression of AMACR (DAKO, Clone I3H4) in 15 cases with non-neoplastic gastric mucosa, 24 cases with low-grade dysplasia, 18 — with high-grade dysplasia and 20 cases of intestinal-type adenocarcinoma was done.

The immunohistochemical staining results were evaluated semiquantitatively. AMACR expression was graded on a scale from 0 to 3 (0 — no expression; 1 — weak expression; 2 — intermediate expression; 3 — strong expression). To evaluate the expression of AMACR, deter-



mined the ratio of immunopositive cells to total cells in the sample in percent. The Fisher's exact probability test was used for statistical analysis of the results. *p*-values less than 0.05 were considered significant.

**Results.** AMACR was not expressed in all specimens with non-neoplastic gastric mucosa. In 4 (16,7%) of 24 specimens of low-grade dysplasia was weakly positive for AMACR. In the group with high-grade dysplasia, 16 (88,9%) of 18 specimens were positive for AMACR. The differences between high- and low-grade dysplasia are significant ( $p < 0.05$ ). In the group of intestinal-type adenocarcinomas, 15 (75,0%) of 20 cases were positive for AMACR. In high-grade dysplasia and intestinal-type adenocarcinoma diffuse strong staining of AMACR was demonstrated. AMACR expression was higher in high-grade dysplasia than in carcinoma, but the difference between them was statistically insignificant ( $p > 0.05$ ).

**Conclusions.** The high expression of AMACR in high-grade dysplasia and intestinal adenocarcinoma suggests that it may be a useful biomarker in distinguishing high-grade dysplasia and carcinoma from low-grade dysplasia.

### The study of mutations of genes *BRCA1* and *BRCA2* in patients with ovarian cancer in Chernivtsi region as a basis for genetic screening

N. Kmit, A. Peresunko

Higher State Educational Institution of Ukraine  
«Bukovinian State Medical University»,  
Chernivtsi, Ukraine

**Background.** A great variety of polymorphisms in genes *BRCA1* and *BRCA2* are identified nowadays, but their clinical significance of ovarian cancer is not highlighted enough. The results of the above studies substantiate the necessity and availability of detecting polymorphisms in genes *BRCA1* and *BRCA2* as a risk factor and molecular diagnostic markers for ovarian cancer.

**Objective** of the study is to conduct genetic — epidemiological research and study mutations in genes *BRCA1* and *BRCA2* in patients with ovarian cancer in Chernivtsi region.

**Object and methods.** Comprehensive genetic-epidemiological, clinical-genetic and molecular-genetic studies in 89 patients with ovarian cancer were carried out by us. The analysis of genomic DNA in peripheral blood of these patients (before treatment) to identify mutations in 185delAG and in 5382insC gene mutation in *BRCA1* and in 6174delT gene *BRCA2* was carried out too. Control results were used as cellular and molecular genetic studies in 10 healthy women without a history of tumor pathology.

**Results.** In the conducted research made by K. Ganina in 2000 and O. Peresunko in 2001 was found out that ovarian cancer in Chernivtsi region as a whole is a multifactor disorder with polygenic mode of inheritance. The proportion of genetic factors in the formation of predisposition to ovarian cancer is  $36.2 \pm 1.4\%$ . The families with hereditary burdened (respectively  $58.1 \pm 2.2\%$ ) and not burdened heredity ( $41.9 \pm 2.2\%$ ) of cancer history were selected during clinical — genealogical examinations.

In families of probands (examined women), the patients with hereditary ovarian cancer, the

characteristic feature is the association of their relatives of cancer of the female reproductive organs, and gastrointestinal tract, which is a symptom of the cancer family syndrome. In the genomic DNA of peripheral blood was observed only one mutation in 5382insC in gene *BRCA1*.

**Conclusions.** The low prevalence rate of gene mutation *BRCA1* and *BRCA2* in Chernivtsi population dictates the need for risk groups before genetic research. The most promising is multifactor analysis of cell data of patients with ovarian cancer.

### Pilot study on HPV-related cancer awareness and HPV vaccination in Ukrainian students

I. Humenna, P. Chernyshov

Bogomolets National Medical University, Kyiv,  
Ukraine

According to Institut Catala d'Oncologia Information Centre on HPV and Cancer information report 2016 cervical cancer ranks as the 4<sup>th</sup> most frequent cancer among women in Ukraine and the 2<sup>nd</sup> most frequent cancer among women between 15 and 44 years old. Ukraine has a population of 20.82 mln women aged 15 years and older who are at risk of developing cervical cancer. Human papillomavirus (HPV) vaccination rate in Ukraine expected to be as low as in other European countries without HPV vaccination programs.

We decided to check the knowledge of HPV vaccination and HPV-related cancer awareness in young women. This pilot study aimed to check if the knowledge of HPV vaccination was good even amongst well educated young women.

Female medical students of the O.O. Bogomolets National Medical University in their fourth year of studies were asked to fill in a pilot version of an anonymous survey on HPV infection and vaccination.

150 surveys were distributed and 131 were returned. The mean age of students was 20 years. Due to our results 89.31% of students know that HPV may cause cervical cancer, but knowledge on HPV vaccination is only 44.27%. Among 33 HPV-tested students 6 had positive result. 22 students have not started sexual life yet. Of 6 vaccinated students only 2 were vaccinated before the start of sexual life.

Our data shows the need for a national information campaign on HPV vaccination. At least 16% of 4<sup>th</sup> academic year female students had not yet started sexual life and would be the best candidates for HPV vaccination. The 4.58% prevalence of HPV vaccination in our students is similar to data from other European countries lacking national HPV vaccination programs. Our findings showed poor understanding of HPV-related cervical cancer prevention in medical students. An HPV-related cancer preventive campaign and wider studies on HPV-related cancer awareness and vaccination in young women are needed.

### The role of hormonal diagnosis in cases of laryngeal cancer

V. Kaliy, M. Goncharuk-Khomyn

Uzhgorod National University, Uzhgorod,  
Ukraine

**Introduction.** According to the current global statistics data, the average incidence of laryngeal cancer per 100,000 people among

standardized age group is 5.5 among the male population, and only 0.6 among female. M. Cook and colleagues (2011) determined that the largest gender difference among neoplasm pathologies was found to be for laryngeal cancer, and its greater prevalence among male patients.

**Objective.** To analyze the diagnostic value of sex hormones during the evaluation of laryngeal cancer to argue the greater pathology prevalence among the male population.

**Object and methods.** Study group consisted of 18 people, who were male patients of Transcarpathian Regional Hospital and Cancer Center of Uzhgorod with diagnosed cancer of the larynx (established by the results of clinical examination and analysis of biopsies). Laboratory diagnostics was conducted to determine the level of testosterone, estradiol and prolactin in the blood of patients from the study group.

**Results.** The reproductive endocrine status of patients in the study sample had a specific pattern: changes in the level of sex steroids, as well as abnormal state of their regulation system were less pronounced among patients younger than 50 years. However, in the most of the patients were found increased concentrations of testosterone to an average of  $18.90 \pm 1.50$  nmol/l against decreased the average estradiol to an average of  $104.0 \pm 9.0$  nmol/l. In addition, an analysis of the data showed that the most patients were detected with elevated prolactin levels. The average level of it ( $255.2 \pm 20.0$  IU/l) is almost 1.3 times higher than the norm, and this increase indicates a deepening imbalance of sex steroids and the changes between central and peripheral glands regulatory systems.

**Conclusions.** Thus, men with cancer of the larynx shows breakdown of endocrine-reproductive status both at the peripheral organs that synthesize steroids, and, also at the level of the central regulation mechanisms of their synthesis. The nature and severity of the observed changes associated with age parameters of patients and tumor localization that should be taken into account during the development and implementation of appropriate treatment protocols.

### Predictors of early postoperative complications after open radical cystectomy depending on the period of implementation in Ukraine from 2005 to 2016

S. Shamrayev, V. Stus, V. Krasnov, V. Vasylieva,  
D. Shamrayeva

Bogomolets National Medical University, Kyiv,  
Ukraine

Institute of Urology of the NAMS Ukraine, Kyiv,  
Ukraine

**Introduction.** Radical cystectomy (RCE) is one of the most traumatic surgeries in oncology and is accompanied by the development of number of complications.

**Objective.** Identifications of risk factors which can be cause of postoperative complications in patients who underwent RCE.

**Object and methods.** To assess significant differences occurred in the radical treatment of bladder cancer patients ( $n=122$ ) were divided into 3 chronological groups (2005–2008, 2009–2012 and 2013–2016 years). Average

observation time during the patients' follow-ups was sufficient to evaluate the early postoperative complications and to determine risk factors of their development, using logistic regression analysis.

**Results.** In more than 60% of patients RCE were performed with locally advanced and metastatic bladder cancer and more than 50% of patients had a Charlson comorbidity index of >4. Comorbidity index showed a trend towards statistical significance, affecting the severity of postoperative complications. Postoperative complications were observed on average of 35% of patients. External urinary diversion with continental stoma formation showed lower functional results compared to other methods of derivation, as evidenced by the presence of a weak direct correlation between continental diversion and presence of postoperative complications. All these factors were significant predictors of complications, which were confirmed by monovariate logistic regression.

**Conclusions.** Risk factors for postoperative morbidity and poor prognosis of survival after the RCE are heterotopic urine-diversion and intraoperative blood loss of more than 1 litre.

## Role of radiofrequent versus endovascular liver malignancies destruction in general liver tumors management

V. Boshkova

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

**Introduction.** One of the most actual problems in surgical hepatology is treatment of liver malignancies. Curative tumor removal procedure can be done only in 15–20% cases. In this light seems to be essential implementation of minimally invasive surgical technologies.

**Aim:** to study the overall survival rate efficacy of radiofrequency-based and endovascular-based way of palliative tumor cell devitalization methods in treatment of liver tumors.

**Object and methods.** 3 groups of patients, which underwent: 1) radiofrequency interstitial tumor ablation (RITA)/radiofrequency liver resection utilizing special Habib 4X probe — 70 patients; 2) chemoinfusion (CI), chemoembolization of the hepatic artery (CHA) — 42 patients; 3) RITA + CI/CHA — 4 patients.

**Results.** A five-year survival rate in the 1<sup>st</sup> group was 25.05% in the 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> — 0. So, the last two groups were compared according to the level of a 3-year survival: CI, CHA — 11.5%, RITA+CI/CHA — 8,21%. Statistically significant differences between groups:  $p_{1-2}=0,0002442$ ;  $p_{1-3}=0,0002442$ , except for  $p_{2-3}=0,46972 >0.05$ . In the uttermost case, the difference of compared parameters have been recognized insignificant due to the interaction of some risen random factors (due to the fact that the number of observations N in the 3<sup>rd</sup> group of patients =4, <30).

**Conclusions:** 1. According to Kaplan — Meier analysis data RITA is the most efficient among the presented variants of minimally invasive surgical treatment of malignant liver tumors.

2. The lowest level of overall survival rate were obtained in the group RITA+CI/CE, which can be explained by performing this type of palliative treatment in patients with a poorer prognosis than in other groups.

3. Radiofrequent and endovascular liver malignancies destruction are both effective for primary and metastatic lesions, characterized by their low invasiveness, high selectivity effects and low systemic toxicity.

## Molecular and genetic aspects of targeted therapy in breast cancer: the new approaches

K. Bakhniuk, O. Petrenko

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

**Background.** Cancer is the second leading cause of death in the world, right behind cardiovascular diseases. Breast cancer (BC) is the most common oncological disease among women worldwide being a leading cause of death among young women. Recent publications discovered for researchers and clinicians new aspects in understanding the tumor biology, including the BC. The most promising trend in cancer treatment is targeted therapy. The studied mechanisms and medications targeting them, which are in the preclinical evaluation or in the clinical trials for a while have been reviewed in this article.

**Aim:** to find and collect data about medications which are in the preclinical evaluation or in the clinical trials stage and affecting one of the mechanisms which are important for tumor survival and progression.

**Object and methods.** We searched in the MEDLINE PubMed and Google Scholar databases using combinations of keywords «targeted therapy», «breast cancer», «EGFR», «cyclin-dependent kinases», «anti-CTLA4 mAb», «telomerase», «HGF/c-Met», «VEGF», «PARP», «BH3 mimetics» and «glycolysis inhibition» for articles that were published not later than 2015. Eighteen articles met our criteria.

**Results.** In recent years a lot of medications of targeted therapy have been suggested for BC, developed and entered the preclinical evaluation or the clinical trials. They may be potentially useful for patients with different molecular types of BC: for example, SKLB646 proposed as multiple kinase inhibitor which can be used for patients with triple-negative BC. Some other medications like ANG1005 were proposed as therapy in BC brain metastases as shown in study with 10 patients with BC brain metastases.

**Conclusions.** A lot of medications for targeted therapy for patients with BC and it's metastases are in preclinical evaluation or in clinical trials today. They require further study in order to prove their safety and efficiency before use in clinical practice.

## Пластичні операції в гінекології при пухлинах жіночих статевих органів

В.О. Михайлова, С.Б. Митулінська

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

**Актуальність.** Пластичні операції на жіночих статевих органах можуть бути реконструктивними або естетичними. У першому випадку до показань до хірургічного втручання належать: онкологічні причини, пошкодження промежини чи сті-

нок вагіни внаслідок пологів, попередні операції, травми.

**Мета роботи** — проаналізувати варіанти застосування різних технік пластичних операцій в онкогінекології.

**Об'єкт і методи.** Проаналізовано зарубіжні та вітчизняні джерела літератури за 2010–2016 рр., а також власний клінічний досвід (4 пацієнтки) на базі Львівської обласної клінічної лікарні та кафедри акушерства і гінекології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**Результати і обговорення.** За даними літератури визначають такі основні показання до пластичних операцій на статевих губах: бажання пацієнтки проведення корекції форми або розміру малих статевих губ після оперативних втручань (у тому числі з онкологічних причин); розтягнення статевих губ, викликане віковими або гормональними змінами; розриви в ділянці малих статевих губ після пологів, травм, опіків тощо.

Проаналізовано результати проведених нами пластичних операцій на статевих губах з метою корекції їх форми і розміру у 4 пацієнток. Через зміни розмірів статевих губ можливе тимчасове виникнення більшових відчуттів при ходьбі, підвищення потовиділення шкіри, подразнення, неприємний запах. Усе це може викликати у жінки психологічні комплекси і стреси. Проте при правильному комплексному лікуванні та догляді ці небажані реакції зникають, якість життя та здоров'я пацієнток значно покращуються.

**Висновки.** Виконання пластичних операцій при онкологічних захворюваннях жіночих статевих органів покращує якість життя та психологічний настрій пацієнток. Тому важливо рекомендувати пацієнткам проведення одномоментних або відтермінованих онкопластичних операцій.

## Сравнительная характеристика вариантов реконструкции грудной железы

В.Е. Чешук, А.С. Зотов, Е.А. Малайчук

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Для пациенток со злокачественными опухолями молочной железы имеет значение не только онкологическая радикальность операции, но и качество жизни после лечения. Для ситуаций, когда размер опухоли или молочной железы не позволяет выполнить органосохраняющую операцию, но пациентка заинтересована в косметическом результате, существует ряд реконструктивных техник. Основными из них являются реконструкция с помощью торакодорзального лоскута (TDL), в том числе такого его варианта, как LD-лоскут, лоскута из прямой мышцы живота (TRAM) с имплантами или без, а также при необходимости и наличии материнских и технических возможностей с применением липофилинга и ацеллюлярного дермального матрикса и разных видов хирургической сетки.

Каждый вид реконструкции имеет свои недостатки и преимущества. Так,



при применении техники TDL высокая эффективность операции и низкая вероятность смещения имплантов, но достаточно большой процент сером, нарушения лимфооттока, функции руки и эстетического вида спины. При пластике с использованием TRAM-лоскута высокая вероятность его нежизнеспособности, даже с применением перфорантных анастомозов. Кроме того, данный вид пластики требует определенной конституции тела пациентки. Липофилинг подходит для заполнения дефектов в конкретном участке, но не для полноценного увеличения объема железы. Закрепление импланта с помощью тех или иных вариантов матрикса, в частности при использовании хирургической сетки, предоставляет больше возможности (при наличии полостей, невозможности выполнения кармана, соответствующего импланту по размеру, тенденции к смещению импланта), но получить широкого распространения данные операции на данный момент не могут ввиду высокой стоимости дермального матрикса.

Значительной проблемой для хирурга является невозможность прогнозирования результата (размера железы, степени птоза и отличия ее от контралатеральной железы) по окончании послеоперационной лучевой терапии, отказывая от которой после выполнения реконструктивных операций невозможно. Частично эту проблему решают современные аппараты для лучевой терапии. Также хирургу следует учитывать возможные явления фиброза и прочие лучевые изменения и при пластике контралатеральной железы, если таковая выполняется, проводить не абсолютно симметричные операции с учетом последующей терапии. Выполнение неoadьювантной химиотерапии может влиять на время коагуляции, но, как правило, не оказывает существенного влияния на возникновение сером и привязанность имплантов.

**Выводы.** На данный момент существует большое количество реконструктивных техник, каждая из которых имеет свои преимущества и недостатки. Соответственно, нет уникальной техники, подходящей под большинство случаев, а выбор конкретной техники зависит от квалификации и опыта хирурга. С развитием производства и повышением доступности материалов и хирургических инструментов качество операций будет повышаться. Следует учитывать, что на результат операции влияет адьювантная лучевая терапия.

### Тактика хирургического лечения больных на рак грудной железы с мутациями генов *BRCA1* та *BRCA2*

*І.М. Мотушок, О.І. Сидорчук,  
Є.В. Костюченко*

*Національний медичний університет  
імені О.О. Богомольця, Київ, Україна*

*Національний інститут раку, Київ, Україна*

**Актуальність.** Останніми роками проблема спадкового раку грудної залози (РГЗ) стає все більш актуальною. Носії *BRCA1* та *BRCA2* мутацій мають 40–85% ризик виникнення РГЗ впродовж життя.

Крім того, носії *BRCA1* мутацій мають 25–65% ризик виникнення раку яєчника, а *BRCA2* — відповідно 15–20%. У носіїв *ATM* мутацій відмічають 60% ризик виникнення РГЗ. Існують і інші мутації, асоційовані з підвищенням ризику виникнення РГЗ або інших злоякісних новоутворень. Питання ведення таких пацієнтів є дуже важливим та потребує вирішення.

**Мета, об'єкт і методи.** Проаналізувати рекомендовані світовою літературою стратегії ведення хворих з високим ризиком виникнення РГЗ та досвід Національного інституту раку (НІР) на прикладі 25 пацієток з РГЗ (T1a–4aN0–2aM0–1), у яких виявлено *BRCA* мутації та проведено спеціальне лікування з 2009 по 2016 р. Середній вік пацієток становив 43,8±9,63 року. За морфологічною класифікацією рак був здебільшого часточковий (76%), часточково-протоковий (16%) або протоковий (8%).

**Результати.** За даними світової літератури, саме хірургічне лікування дає найкращий ефект зниження ризику виникнення РГЗ. За даними ESMO, білатеральна профілактична мастектомія (як проста, так і підшкірна) знижує ризик виникнення РГЗ у носіїв *BRCA* мутацій на 90–95%. Нами проаналізовано, які хірургічні стратегії зниження ризику виникнення раку контралатеральної грудної залози (КГЗ), а також лікування первинно-множинного двобічного РГЗ використовуються в НІР.

У період з 2009 по 2016 р. 25 пацієток НІР з діагнозом РГЗ отримали хірургічне лікування на обох грудних залозах. Серед них 7 пацієток мали первинно-множинний двобічний рак (4 — метакхронний, 3 — синхронний). У 2 хворих діагностовано однобічний рак та дифузний фіброаденоматоз КГЗ. 7 пацієток мали однобічний рак та вузловий фіброаденоматоз КГЗ. У 2 пацієток виявлено однобічний рак та фіброаденому КГЗ. 7 хворих мали ОР, КГЗ у них була здорова.

Варіанти хірургічного лікування: двобічна радикальна мастектомія (PME) за Мадденом без реконструкції — 2; однобічна квадрантектomia і секторальна резекція з приводу вузлового фіброаденоматозу КГЗ — 1; двобічна PME з реконструкцією TRAM-клаптом — 4; однобічна PME з реконструкцією TRAM-клаптом й енуклеація фіброаденоми КГЗ, її аугментативна мамопластика та ліпофілінг — 1; однобічна підшкірна мастектомія з ендопротезуванням, а також ліпофілінгом КГЗ — 1; однобічна підшкірна мастектомія з двобічним ендопротезуванням — 4; двобічна підшкірна мастектомія з двобічним ендопротезуванням — 6; підшкірна мастектомія та підшкірна ампутація КГЗ з двобічним ендопротезуванням — 6.

**Висновки.** Вибір варіанта оперативного лікування є індивідуальним для кожної пацієнтки. Однак відзначають тенденцію до більш частого обрання двобічної підшкірної мастектомії (ампутації) з ендопротезуванням. Цю стратегію можна назвати варіантом вибору, оскільки вона дає максимальне зниження ризику виникнення РГЗ (як первинного, так і в КГЗ) та має

найкращі естетичні результати. Незначна асиметрія та можливі післяопераційні дефекти можуть малоінвазивно коригуватися за допомогою ліпофілінгу.

### Самарий-153 в ліченні метастатических опухолей костей

*В.Ф. Завизион, С.В. Пономарь,  
В.С. Бондаренко*

*Государственное учреждение  
«Днепропетровская медицинская академия  
Министерства здравоохранения Украины»,  
Днепр, Украина*

Метастатическое поражение костей (МПК) — одно из самых распространенных осложнений солидного рака. Одним из современных методов лечения пациентов с метастазами в кости является применение изотопа Самария-153 ( $^{153}\text{Sm}$ ).

**Цель работы:** 1. Изучить частоту МПК при разных локализациях рака. 2. Оценить эффективность  $^{153}\text{Sm}$  в лечении МПК на основании метаанализа данных клинических исследований.

**Объект и методы.** Анализ данных литературы, доступных в интернете.

**Результаты.** Поисковая система Google по запросу «метастазы рака в кости» дает ссылки на 369 тыс. источников, по запросу « $^{153}\text{Sm}$  при метастазах в кости» доступно 960 источников, проанализировано 14 исследований.

По данным литературы, частота МПК при раке молочной железы на разных этапах заболевания колеблется от 47 до 85%, при раке предстательной железы — от 33 до 85%, легкого — от 30 до 60%, почки — от 33 до 40%, щитовидной железы — от 28 до 60%. На начальных этапах МПК часто клинически протекает бессимптомно, однако позже проявляется злокачественной гиперкальциемией, переломами и болевым синдромом, что значительно снижает качество жизни пациентов.

Наибольший опыт успешного применения радионуклидов в паллиативной терапии накоплен при раке предстательной и молочной железы, что объясняется характером поражения костной системы (наличие выраженного бластического компонента). Традиционно радионуклидная терапия применяется при наличии клинических проявлений МПК при условии накопления в метастазах диагностических изотопов (Технеций-99).  $^{153}\text{Sm}$  селективно накапливается в метастатических очагах, быстро выводится из здоровых тканей, обладает низкой миелотоксичностью, позволяет проводить лечение амбулаторно. Терапия  $^{153}\text{Sm}$  эффективно купирует болевой синдром, улучшая качество жизни, позволяет следить за динамикой состояния метастатических очагов в динамике, тормозит прогрессирование костных очагов.

**Выводы.** Высокая частота МПК при солидных опухолях является актуальной проблемой в онкологической практике. Применение  $^{153}\text{Sm}$  с целью радионуклидной терапии пациентов с метастазами в костях является современным эффективным и безопасным методом лечения при МПК.

## Ефективність передопераційної променевої терапії у пацієнтів з I–III стадіями раку прямої кишки

А.І. Шевченко, О.П. Колеснік, А.П. Мельничук  
Запорізький державний медичний університет,  
Запоріжжя, Україна

**Актуальність.** Колоректальний рак займає четверте місце в структурі смертності від злоякісних новоутворень в Україні. Сьогодні розробляється та впроваджується велика кількість схем комбінованого лікування, що включають у себе перед- та післяопераційну хіміотерапію, променевою терапію, а також їх комбінації. Незважаючи на це, ставлення до неoad'ювантної променевої терапії при раку прямої кишки залишається суперечливим.

**Мета:** дослідження впливу передопераційної променевої терапії у комбінованому лікуванні хворих на рак прямої кишки I–III стадій.

**Об'єкт і методи.** Досліджено 253 хворих на рак прямої кишки I–III стадій, які перебували на обстеженні в абдомінальному відділенні Запорізького обласного клінічного онкологічного диспансеру в період з 2009 по 2012 р. і були радикально прооперовані. Частина пацієнтів отримувала передопераційну променевою терапію різними дозами. Дослідження проводили ретроспективно шляхом аналізу історій хвороби та даних Національного канцер-реєстру.

**Результати.** Статистично значущих відмінностей в 5-річній виживаності пацієнтів після отримання різнодозових курсів неoad'ювантної терапії не виявлено ( $p > 0,05$ ). Виживаність становила 71% при опроміненні сумарною вогнищевою дозою (СВД) 40–60 Гр та 64% — при СВД 25 Гр відповідно. Але слід зазначити, що у групі пацієнтів, які отримували передопераційну променевою терапію курсами опромінення СВД 25 Гр, відзначено статистично значуще довшу ( $p < 0,05$ ) середню тривалість життя. У середньому тривалість життя становила 33 міс після отримання лікування, що достовірно вище, ніж у групі пацієнтів, що отримували опромінення СВД 40–60 Гр, виживаність яких становила близько 17 міс.

**Висновки.** Найбільш ефективним в плані продовження життя хворих на рак прямої кишки виявилось використання передопераційної променевої терапії у СВД до 25 Гр. Отримано статистично значущі дані ( $p < 0,05$ ) подовження життя у цієї групи хворих.

## Вплив нейтропенії на результати системної терапії раку грудної залози

А.В. Прохан<sup>1</sup>, М.В. Артеменко<sup>2</sup>, В.Ф. Завізіон<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» Дніпро, Україна

<sup>2</sup>Комунальний заклад «Дніпропетровська міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4» Дніпропетровської обласної ради, Дніпро, Україна

**Актуальність.** Токсична дія протипухлинних препаратів на гемопоєз є найбільш

частим побічним ефектом, що виникає на етапах лікування хворих. В останні роки підвищується інтерес до вивчення впливу нейтропенії на виживаність пацієнтів з раком молочної залози (РМЗ) в процесі хіміотерапії (ХТ).

**Мета:** оцінити показники загальної і безрецидивної виживаності пацієнтів залежно від тяжкості лейкопенії в процесі лікування.

**Об'єкт і методи.** Ретроспективно проаналізовано історії хвороби 110 пацієток з неоперабельним РМЗ, які отримували системну терапію за схемою доксорубіцин + доцетаксел. Дослідження рівня нейтрофілів проводили 1 раз на тиждень. Кожні 6–8 тиж результат лікування оцінювали за допомогою спіральної комп'ютерної томографії згідно з критеріями RECIST 1.1. Вивчали показники загальної та безрецидивної виживаності за допомогою методів математичної статистики.

**Результати.** Після проведення 6 курсів ХТ у хворих із I–II ступенем нейтропенії медіана загальної виживаності становила 41,35 міс, а безрецидивної виживаності — 15,92 міс. У жінок, у яких в процесі ХТ виникла нейтропенія III–IV ступеня, медіана загальної виживаності становила 18,15 міс та безрецидивної виживаності — 9,81 міс. Таким чином, за наявності нейтропенії легкого ступеня загальна виживаність у 2,28 раза, а безрецидивна — в 1,62 раза перевищує ( $p < 0,005$ ) ці показники у хворих, у яких виникає більш виражене зникнення рівня гранулоцитів.

**Висновки.** Наявність у хворих нейтропенії легкого ступеня в процесі ХТ має позитивний вплив на загальну та безрецидивну виживаність порівняно з пацієнтами, які мають тяжку нейтропенію.

## Результати лапароскопічної гастректомії у больных раком желудка

В.Н. Клименко, А.В. Клименко, М.В. Николаев  
Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

**Актуальность.** Рак желудка (РЖ) относится к наиболее распространенным опухолевым заболеваниям и занимает 3-е место в структуре онкозаболеваемости в Украине. Остаются спорными и до конца не разработанными некоторые аспекты лапароскопической гастректомии (ЛапГЭ), связанные с техническими особенностями формирования анастомозов, выбором метода ЛапГЭ, показаннями и противопоказаниями к этой операции.

**Цель:** оценить эффективность и безопасность ЛапГЭ при РЖ и определить преимущества ЛапГЭ перед открытыми вмешательствами.

**Объект и методы.** С 2013 по 2016 г. в клинике факультетской хирургии Запорожского государственного медицинского университета радикальные операции при РЖ выполнены у 40 больных. Средний возраст пациентов составил  $61,0 \pm 13,3$  года. Мужчин было 20 (50%), женщин — 20 (50%). ЛапГЭ выполнена у 7 (17,5%) пациентов, из них в тотальном варианте — 2 (5,8%), субтотальном — 5 (14,7%). Лапаротом-

ная гастректомия (ЛтГЭ) — у 33 (82,5%) больных, из них в тотальном варианте — 25 (75,7%) и субтотальном — 8 (25,3%). У 36 (90,0%) пациентов на момент операции определена T4N2M0 стадия онкологического процесса, у 4 (10,0%) — T3N1M0. Сопутствующая патология выявлена у 13 (32,5%) больных. Все пациенты обследованы согласно современным стандартам, включая фиброгастродуоденоскопию, компьютерную томографию, ультразвуковое исследование, до- и послеоперационное патогистологическое исследование.

**Результаты и обсуждение.** ЛапГЭ имеет все основные преимущества ЛтГЭ, а именно полное удаление опухоли согласно онкологическим стандартам, лимфодиссекция в объеме D2 с удалением всех видимых при компьютерной томографии пораженных лимфоузлов и большого сальника, наложение классического ручного анастомоза. Отмечено, что у больных группы ЛапГЭ не было значимых интра- и послеоперационных осложнений, таких как кровотечение и несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки. Послеоперационное течение у пациентов после ЛапГЭ характеризовалось ранней самостоятельной активизацией, однодневным пребыванием в отделении интенсивной терапии, значительно меньшим по сравнению с ЛтГЭ болевым синдромом и отсутствием послеоперационной пневмонии и пареза кишечника.

**Выводы.** ЛапГЭ при РЖ характеризуется хорошим профилем эффективности и безопасности, позволяет выполнять требуемый радикальный объем вмешательства, что в итоге определяет благоприятное течение послеоперационного периода при сравнении с традиционной ЛтГЭ.

## Одномоментная резекция при нейроэндокринных опухолях из синхронным метастатическим поражением печени (SNTLM)

О.О. Колеснік<sup>1</sup>, А.В. Лукашенко<sup>1</sup>,  
С.В. Захарчук<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний інститут раку, Київ, Україна

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Мета цього дослідження полягала в оцінці післяопераційних результатів у пацієнтів, яким було проведено одномоментну резекцію при нейроендокринних пухлинах із синхронним метастатичним ураженням печінки (SNTLM).

Пацієнтам проводили одночасну хірургічну резекцію при SNTLM з будь-якою локалізацією первинної пухлини. Дослідження базуються на даних про виконані в нашому закладі хірургічні резекції при SNTLM в період з травня 2005 по вересень 2016 р. Клініко-морфологічні, хірургічні і післяопераційні дані, ускладнення і ступінь вираженості були проаналізовані для оцінки критеріїв вибору оперативних методів втручання і можливості прогнозування післяопераційних результатів.

Досліджено дані 39 пацієнтів. Середній вік становив 51,5 року (3–64,5 року), 46,2% пацієнтів становили жінки. 9 (23,0%) пацієнтів мали нейроендокринні пухлини (neuroendocrine tumors — NETs)



підшлункової залози, 11 (28,2%) — NETs шлунка, 21,0% — колоректальні NETs, 12,8% — NETs тонкої кишки і 6 (15,4%) — NETs інших локалізацій. До проведених хірургічних операцій на печінці входили великі резекції печінки в 11 випадках: 7 геміпектотомії, 1 мезогепатектомія, 3 розширені геміпектотомії. Середня кількість проведених пацієнтами післяопераційних ліжко-днів становила 13,5 (7–28 днів). 6 (15,4%) пацієнтів мали післяопераційні ускладнення. Смертей під час оперативних втручань не виявлено. Середній термін спостереження становив 6,5 року (від 18 днів до 10 років), 36 (92,3%) пацієнтів живі станом на вересень 2016 р., 3 померли від прогресування пухлини, 24 (61,5%) є здоровими. Загальна 5-річна виживаність становить 82%.

Хірургічне лікування печінкових метастазів нейроендокринних пухлин пов'язане із покращенням довгострокової виживаності. Одномоментна резекція є прийнятним варіантом у хворих із одночасним метастазуванням нейроендокринних пухлин.

### Role of disintegration of spermatic DNA in childhood cancers

Mandala Sai Roshni

Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Introduction.** Childhood cancers is a major global health issue. 100,000 children die due to cancer each year before age of 15 years. About 2% of all cancers in developing countries involving children in developed world to be 0.5%. Retinoblastoma (Rb) most common intraocular cancer of childhood by mutation of *RBI* gene 13q14.2. One case per 15,000–20,000 live births, corresponds to 9000 new cases every year. Majority (90%) of germ line mutations are paternal and increase with DNA damage in sperm (smoking, alcohol, age, O.S.), which eventually leads to number of childhood diseases including cancers. Sperm is highly vulnerable to oxidative damage to both nuclear and mitochondrial DNA due to minimal cytosolic anti-oxidants and deficient DNA damage repair mechanism. Recent studies have shown that there is increased incidence of children with Rb in children conceived by ART and in cases where fathers have disintegrated spermatic DNA.

**Aim.** This study was planned to analyze the sperm DNA quality in fathers of children with non familial Rb.

**Object and methods.** A total of 75 fathers of children with non familial Rb and 75 fathers of healthy children were recruited for the study. Semen samples were collected and normal semen parameters analyzed. Markers for Sperm DNA damage calculated as DNA fragmentation index (DFI), 8-hydroxy-2'-deoxyguanosine (8-OHdG) and reactive oxygen species (ROS) levels were analyzed. The fathers underwent 6 months intervention of yoga and meditation.

**Results.** In the fathers of Rb, the seminal mean ROS levels were significantly higher ( $36.086 \pm 1.83$  vs  $20.51 \pm 2.71$  RLU/s/mln;  $p < 0.05$ ) than in controls. There was a significant increase in mean DFI levels ( $31.50 \pm 6.67$  vs  $21.9 \pm 9.4$ ;  $p < 0.001$ ) and the levels of 8-OHdG ( $66.02 \pm 2.91$  vs  $23.10 \pm 2.71$  pg/ml) were significantly higher ( $p < 0.05$ ) in fathers

of Rb cases vs controls. Only 24 cases underwent 6 month practice of meditation/yoga and these cases showed significant decline in all 3 parameters. Oxidative damage to sperm DNA may be the etiology of Rb as oxidized mutagenic DNA adducts persist even after fertilization.

**Conclusions.** There was significant improvement in DNA integrity following practice of meditation/yoga and after abating the ill habits and this in turn may reduce incidence of childhood morbidity and cancer.

### Рак поджелудочной железы у беременных

И.Н. Бондаренко, В.Ф. Завизон, Д.И. Аверин, В.С. Бондаренко

ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», Днепр, Украина

Развитие рака во время беременности является нередким явлением. В среднем каждая 500-я беременность сопровождается раком. Чаще всего — это рак молочной железы, шейки матки, реже — пищеварительной трубки и эндокринных органов. Совсем редко — крови и кожи. Рак поджелудочной железы (РПЖ) занимает 6-е место по частоте возникновения в популяции и 8-е место среди беременных. Опасен тем, что медiana выживаемости сравнительно низкая, и беременная может не успеть выносить и родить ребенка.

**Целью** нашей работы стало изучение данных о сохранении плода при онкопатологии, влиянии и эффективности химиотерапии (ХТ) во время беременности.

Изучены международные рекомендации NCCN, рекомендации и классификации химиопрепаратов по версии FDA. Проанализирована эффективность ХТ по версии Европейского панкреатического клуба (European Pancreatic Club).

Ретроспективно проанализированы данные 17 больных РПЖ II–III стадий. Все беременные обратились во II триместр беременности (с 16-й по 23-ю неделю). Проведена операция Уиппла и назначена ХТ по схеме: доцетаксел 30 мг/м<sup>2</sup>, капецитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в 1-й и 14-й день цикла и гемцитабин 750 мг/м<sup>2</sup> на 4-й и 11-й день цикла. УЗИ-контроль каждую неделю, чтобы исключить нарушения развития плода и выявлять патологию в организме матери. 14 (82,37%) беременностей были разрешены в срок с 35-й по 38-ю неделю. 1 случай гибели матери на 30-й неделе беременности (тромбоз эмболии легочной артерии). 1 случай мертворождения и 1 случай прерывания беременности по медицинским показаниям (грубое нарушение развития плода). Медiana выживаемости составила 10,4 мес, что не отличается от средней выживаемости среди небеременных ( $p > 0,05$ ). В результате наблюдения за детьми в течение 1–2 лет нарушений и отставания в развитии не отмечено.

**Выводы.** Онкологическая патология, диагностированная во время беременности, не является показанием к прерыванию последней, особенно когда беременность желаемая. Основная цель — это продление жизни матери до физиологических родов или родоразрешения в физиологический

срок. Адекватно применяемая ХТ не наносит вред плоду.

### Локальний контроль залежно від вибору неoad'ювантного лікування саркоми м'яких тканин кінцівок та тулуба

В.В. Остафійчук, С.І. Корови, А.Ю. Палівець, М.М. Кукушкіна, М.І. Палій, В.Ю. Костюк  
Національний інститут раку, Київ, Україна

**Вступ.** Саркоми м'яких тканин (СМТ) є відносно мало розповсюдженою патологією, що становить 1,0–2,5% серед усіх злоякісних новоутворень у дорослих. Цей вид пухлин вирізняється поганим прогнозом та перебігом.

Проаналізовано підсумки терапії 207 хворих на СМТ кінцівок і тулуба II–III стадії, які проходили лікування в Національному інституті раку в період з 2000 по 2011 р., залежно від схем неoad'ювантного лікування із поєднанням променевої терапії (ПТ), хіміотерапії та радикальної хірургічної операції.

**Об'єкт і методи.** Усі пацієнти були розподілені на 3 групи. 1-шу групу становили 53 хворих, які отримали лікування в обсязі неoad'ювантної ПТ (сумарна вогнищева доза 40–45 Гр) з наступним хірургічним втручанням. 2-га група — 114 хворих, яким провели лікування в обсязі широкого висічення пухлини. 3-тя група — 41 пацієнт, у яких лікування розпочиналося із 2 курсів неoad'ювантної поліхіміотерапії з наступним хірургічним втручанням.

**Результати та висновки.** Локальний 3-річний контроль становив відповідно в 1-й групі — 49,1±6,8%, 2-й групі — 33,3±4,4%, у 3-й групі 64,3±7,4%, що свідчать про достовірну доцільність застосування як неoad'ювантної хіміотерапії ( $p < 0,01$ ), так і ПТ ( $p < 0,05$ ) перед хірургічним лікуванням в монорежимі при терапії хворих на СМТ кінцівок та тулуба II–III стадії.

### Можливості МРТ в діагностиці раку шийки матки

Т.С. Головки, А.С. Коровіна, М.С. Смакова  
Національний інститут раку, Київ, Україна

**Мета дослідження:** визначення ефективності магнітно-резонансної томографії (МРТ) в уточненні діагностики раку шийки матки шляхом первинного обстеження пацієнтів та оцінки перебігу захворювання.

**Об'єкт і методи.** Проведено МРТ у 76 пацієнтів зі встановленим діагнозом аденокарциноми шийки матки. Попередньо проведено курс променевої хіміотерапії та контрольну МРТ для виявлення динаміки процесу. Прооперовано 25 пацієнтам з метою моніторингу перебігу захворювання проведено контрольну МРТ. 13 пацієнтам в оперативному втручанні відмовлено через фізичний стан або неможливості видалення пухлини.

**Результати.** Діагноз аденокарциноми верифіковано морфологічно у 76 пацієнтів при кольпоскопії с подальшим морфологічним підтвердженням. У 76 (100%) хворих відзначено нерівномірне потовщення стінок шийки матки; у 19 (25%) пацієнтів ознак порушення цілісності поверхневого шару та інвазії жирової клітковини

не відмічено; у 15 (20%) пацієнтів пухлина поширювалася тільки на параперікаріальну жирову клітковину; у 48 (55%) реєстрували інвазію органів малої миски. Із 76 (100%) пацієнтів у 38 (50%) виявлено метастазування в регіонарні лімфатичні вузли та в кістки таза.

**Висновки.** МРТ — високоінформативний метод променевої діагностики у визначенні поширення раку шийки матки та оцінки ефективності проведеного лікування.

## Клінічний випадок захворювання на паростальну остеосаркому, ускладнений психічним захворюванням

В.О. Орел<sup>1</sup>, В.С. Чорний<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця Київ, Україна

<sup>2</sup>Державна установа «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ, Україна

**Актуальність.** Кожного року в Україні виявляють близько 160 тис. нових випадків онкологічного захворювання. Щорічно онкологічна захворюваність зростає приблизно на 3%, і рак не перестає молодшати, все більше знижуючи середній вік пацієнта із вперше виявленим захворюванням.

**Метою** роботи є розгляд випадку рідкісної кісткоутворюючої пухлини (близько 4% всіх остеосарком) з ускладненням у вигляді психічного розладу.

**Об'єкт і методи.** У пацієнта чоловічої статі віком 21 року встановлено діагноз: паростальна остеосаркома з локалізацією в нижній третині правої стегнової кістки, повторний рецидив. Перші скарги у пацієнта з'явилися у 2012 р., в зв'язку з чим у 2013 р. він переніс операцію з видалення новоутворення. У подальшому кількість скарг продовжувала поступово збільшуватися, було повторне видалення патологічного вогнища (2015 р.). У 2016 р. на основі гістологічного дослідження встановлено зазначений діагноз. Виконано резекцію нижньої третини правої стегнової кістки з пухлиною та судинним пучком, цементне ендопротезування правого колінного суглоба і аутовенозне стегново-підколінне протезування стегнової артерії.

У зв'язку з хворобою в пацієнта відбулися зміни психічного здоров'я, що проявлялися «темними» та «світлим» проміжками. У «темні» проміжки пацієнт не міг орієнтуватися в часі, місці, адекватно реагувати на подразники. Ймовірно, такі зміни психічного здоров'я спровокувало онкологічне захворювання. Після виписки хворий буде направлений до онкологічного стаціонару для запобігання виникненню метастазування та рецидиву, з подальшим лікуванням у психіатра.

**Результати.** Внаслідок лікування відбулося покращення загального стану пацієнта, з'явилася можливість повернення до звичного життя.

**Висновки.** Надзвичайно важливими при онкологічних захворюваннях є вчасне встановлення діагнозу та відповідне лікування з подальшим спостереженням за пацієнтом.

## Прогнозування ефективності платиновмісної поліхіміотерапії у хворих на метастатичний тричі негативний рак грудної залози

Л.А. Сивак<sup>1</sup>, Н.В. Касан<sup>1</sup>, С.А. Лялькин<sup>1</sup>, Н.О. Вервовкіна<sup>1</sup>, Т.С. Тарасенко<sup>1</sup>, Д.М. Сторнай<sup>2</sup>, І.М. Тодор<sup>2</sup>, Н.Ю. Лук'янова<sup>2</sup>, В.Ф. Чехун<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний інститут раку, Київ, Україна

<sup>2</sup>Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології імені Р.Є. Кавецького НАН України, Київ, Україна

**Вступ.** Тричі негативний рак грудної залози (ТН РГЗ) характеризується відсутністю експресії рецепторів стероїдних гормонів (естрогенів та прогестерону) та епідермального фактора росту II типу (Erb-B2/EGFR-2, HER2/neu), що суттєво ускладнює лікування при цьому захворюванні, яке набуває агресивного перебігу з раннім метастатичним потенціалом та високою проліферативною активністю. У зв'язку з відсутністю мішеней для традиційної протипухлинної терапії, єдиною опцією для цього підтипу пухлини є хіміотерапія (ХТ), проте на сьогодні ефективність лікування із досягненням стабільно позитивної відповіді продовжує залишатися низькою.

**Мета:** підвищення ефективності лікування хворих на ТН РГЗ шляхом визначення індивідуальної чутливості пухлини до платиновмісних режимів поліхіміотерапії (ПХТ).

**Об'єкт і методи.** Проліковано 73 пацієнтки з метастатичним ТН РГЗ віком 33–76 років, середній вік 53,43±9,79 року. I-шу групу становили 37 хворих, які отримали ХТ за схемою CAP (циклофосфамід 500 мг/м<sup>2</sup>, доксорубіцин 50 мг/м<sup>2</sup>, цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup>); 2-гу групу — 36 пацієнток, які проходили лікування за схемою TP (паклітаксел 175 мг/м<sup>2</sup>, цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup>). До початку терапії у всіх хворих визначали рівень сумарної протеолітичної активності плазми крові (СПАПК) за допомогою електрофотометрії з використанням флуоресцентної мітки FITC. Математичну обробку виконували з використанням програми Statistica 10.0.

**Результати.** Визначено, що середній ініціальний рівень СПАПК у всіх хворих становив 0,24 мг/м (довірчий інтервал 0,0–1,7) та в обох досліджуваних групах достовірно не відрізнявся (0,37±0,40 мг/м проти 0,31±0,48 мг/м відповідно;  $p=0,063$ ). У хворих, які досягли повної або часткової регресії пухлини, середній рівень СПАПК був достовірно вищим (1,05±0,07 мг/м;  $p<0,001$ ), у разі стабілізації процесу — достовірно нижчим (0,43±0,058 мг/м;  $p<0,001$ ), а за прогресування захворювання визначали найнижчий його рівень (0,03±0,05 мг/м;  $p<0,001$ ).

**Висновок.** Результати досліджень свідчать про взаємозв'язок між ініціальним рівнем СПАПК та ефективністю платиновмісної ПХТ у хворих на ТН РГЗ. Ця методика дозволяє *ex tempore* визначати чутливість пухлин хворих на РГЗ до ПХТ ще до введення препаратів в організм, потребує менших затрат часу та не вимагає наявності високошвидкісного обладнання.

## Результати ендопротезування у хворих зі злоякісними пухлинами кісток

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

Національний інститут раку, Київ, Україна

**Вступ.** Прогрес у терапії хворих із первинними злоякісними пухлинами кісток (ЗПК) розширив можливості виконання успішних реконструктивних органозбережних втручань. Ендопротезування у дорослих пацієнтів зі злоякісними пухлинами довгих кісток стало золотим стандартом заміщення післяопераційних дефектів.

**Мета дослідження** — порівняти функціональні результати у хворих із різними локалізаціями ЗПК та частоту ускладнень після ендопротезування.

**Об'єкт і методи.** Проведено аналіз результатів ендопротезування у 493 хворих у період з 2001 по 2016 р. Довжина резекції 8–28 см. Середній вік хворих становив 20,4 року. Чоловіків і жінок було приблизно порівну. Функціональні результати у хворих оцінювали за шкалою MST5 через 1 рік після втручання. Аналізували ускладнення як септичного, так і асептичного характеру протягом 1 року спостереження.

**Результати.** Ендопротезування тазостегнового суглоба після резекції проксимального відділу стегна виконано у 119 хворих. Середній показник функції за MST5 становив 84,6±2,19%. Ендопротезування плечового суглоба — 63 хворих (середній показник за MST5 74,26%). Ендопротезування гомілковостопного суглоба — 7 пацієнтів (MST5 87,3±1,24%). Тотальне ендопротезування стегнової кістки — 8 хворих (MST5 79,4±1,62%). Ендопротезування колінного суглоба — 288 осіб, із них після резекції проксимального відділу великогемілкової кістки — 124 пацієнти (MST5 81,13±1,32%), після резекції дистального відділу стегнової кістки — 164 хворих (MST5 93,29±1,21%). Ендопротезування ліктьового суглоба — 8 пацієнтів (MST5 83,4±2,46%). Загалом інфекційні ускладнення відмічено в 43 (8,72%) випадках, із них: у 2 (1,68%) хворих при ендопротезуванні тазостегнового суглоба, в 1 (1,58%) пацієнта — плечового суглоба, 3 (42,58%) — гомілковостопного суглоба, 36 (12,7%) — колінного суглоба та ще в 1 (12,5%) — при ендопротезуванні ліктьового суглоба. Явища асептичного розриву виникли у 32 (6,58%) пацієнтів після резекції колінного суглоба з дистальним відділом стегна.

**Висновки.** Функціональні результати ендопротезування, а також ускладнення залежно від локалізації ЗПК суттєво різняться, що слід враховувати в подальшому спостереженні за хворими. Потребують розробки заходи профілактики ускладнень.

## Можливості органозбережної хірургії при пухлинах кісток таза

А.Г. Дедков, В.Ю. Костюк, В.В. Остафійчук, С.І. Бойчук, Б.В. Максименко, С.А. Дедков  
Національний інститут раку, Київ, Україна

**Актуальність.** Виконання хірургічних втручань зі збереженням нижньої кінцівки



у хворих із пухлинами тазової кістки (ПТК) залишається важливим питанням сучасної онкологічної ортопедії. Симбіоз високих функціональних результатів та якості життя пацієнтів потребує подальшого вивчення.

**Мета** — провести порівняльний аналіз якості життя та функціональних результатів кінцівки після органозбережних хірургічних втручань із реконструкцією тазового кільця та ампутації у хворих із ПТК.

**Об'єкт і методи.** Хворих із ПТК розподілено на 2 групи: 35 пацієнтів, яким виконано міжздухвинно-черевну ампутацію, та 15 хворих, в яких проведено хірургічне втручання зі збереженням кінцівки (міжздухвинно-черевну резекцію) та реконструкцію тазового кільця металопластмасовим спейсером. Оцінено якість життя за шкалою функціональної незалежності (FIM) в обох групах та функціональний результат нижньої кінцівки у групі після органозбережних операцій (шкала MSTs).

**Результати.** Функціональний результат нижньої кінцівки за шкалою MSTs становив 26,66–86,66% (у середньому 53,44%), якість життя за FIM — 34,92–93,65% (середній показник 65,07%). У групі хворих після ампутацій якість життя за FIM становила 31,74–89,68% (середній показник 61,63%). Суттєвих відмінностей у показниках функціональної незалежності у хворих із ПКТ обох груп не виявлено.

**Висновки.** У хворих із ПТК збереження кінцівки не має бути самоціллю навіть при досягненні необхідного радикалізму резекції. Значна кількість ускладнень та низька функція збереженої кінцівки потребують розробки методики відбору пацієнтів на реконструктивні хірургічні втручання при цій локалізації.

### Быстрая морфологическая верификация онкологического заболевания методом цитологического исследования

Л.С. Болгова

Национальный институт рака, Киев, Украина

Известные онкологи утверждают, что они могут радикально прооперировать опухоль в любой области человеческого тела, но главный вопрос состоит в ранней диагностике. Именно разработка подходов к своевременной и ранней морфологической диагностике онкологических процессов постоянно является актуальной, так как без таковой нельзя начинать специальное лечение.

Цель — представить возможность адекватного забора материала из опухоли для обоснованного цитологического заключения.

Освещены способы получения диагностического материала в зависимости от локализации и размера опухоли.

Существует эксфолиативный и пункционный способы. Эксфолиативный способ основывается на свободном отторжении клеток опухоли, которая сообщается с внешней средой. К ним относятся опухоли так называемых визуальных локализаций: опухоли кожи, слизистых оболочек полости рта, глотки, бронхов, шейки матки, прямой кишки и др. С поверхности указан-

ных новообразований можно получить соскоб, приготовить препарат на предметном стекле, и в цитологической лаборатории он будет окрашен и оценен цитопатологом. При этом необходимо учитывать, что на поверхности опухоли, как правило, имеются некротические массы, которые необходимо убрать салфеткой и только после этого поскоблить опухоль, что будет гарантией получения материала из опухоли.

В настоящее время сконструировано множество специальных длинных пункционных игл, благодаря которым можно получать диагностический материал из опухоли любой локализации и расположенной на любой глубине залегания в органе. Этот пункционный метод позволяет достать информативный материал для цитологической и гистологической диагностики. Цитопатолог на основании полученных клеток может установить характер поражения, то есть доброкачественный или злокачественный, а также определить гистологический тип опухоли, ее гистогенез и пролиферативную активность клеток опухоли. Окраска препаратов длится 30–40 мин, после этого цитопатолог устанавливает морфологический диагноз. Такое срочное исследование возможно на любом этапе обследования пациента.

### Критерії доцільності проведення скринінгу злоякісних новоутворень у популяції України

Ю.Й. Михайлович<sup>1</sup>, А.В. Журбенко<sup>1</sup>,  
В.В. Журбенко<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Национальный институт рака, Киев, Украина

<sup>2</sup>Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, Киев, Украина

Проблема рака — najważливіша проблема охорони здоров'я України, актуальність якої визначається стійким зростанням захворюваності, труднощами своєчасної ранньої діагностики, значною вартістю та складністю лікування, високим рівнем інвалідизації і летальності хворих.

За даними епідеміологічних досліджень, поширеність онкологічних захворювань серед населення характеризується стійкою тенденцією до зростання, до 2020 р. очікується підвищення рівня захворюваності на 26% у чоловіків і на 20% у жінок. Залишається актуальною проблема ранньої діагностики злоякісних новоутворень. Використати всі можливості для раннього виявлення раку — це актуальне завдання в організації протиракової боротьби. Отже, сьогодні необхідно знайти шляхи розв'язання проблеми раннього виявлення преклінічних форм ракових захворювань. Особливе значення у вирішенні цього питання мають скринінгові програми. Скринінг спрямований на виявлення передракових станів у категорій осіб з відсутністю будь-яких ознак чи проявів захворювання.

На підставі даних доказової світової медицини та даних медичного аудиту сформульовано основні вимоги до популяційного скринінгу онкологічних захворювань у нашій державі, встановлено нозологічні форми найбільш поширених злоякісних новоутворень, які повинні підлягати про-

веденню популяційного та рутинного скринінгу. Визначено критерії скринінгу:

- захворювання має бути досить поширене і мати велике соціальне значення;
- у клінічній практиці повинен існувати діагностичний тест (технологія або методика діагностики), що дозволяє надійно виявляти захворювання в доклінічній стадії;
- виявлене захворювання можна вилікувати за допомогою наявних у клінічній практиці методів;
- скринінг повинен сприяти зменшенню смертності від цього захворювання в обстежуваній популяції;
- скринінг повинен бути економічно вигідний, тобто витрати на своєчасну діагностику мають бути нижчими за витрати на лікування хворих, які звертаються за медичною допомогою з клінічними симптомами цього захворювання.

Необхідною умовою реалізації скринінгової програми є розробка медико-економічного протоколу з відповідної нозологічної одиниці та визначення тестів для оцінки ефективності впровадження програми: охоплення населення чи виділеної когорти скринінгом, кількість виявлених випадків раку, в тому числі у ранній та занедбаній стадії, з подальшим визначенням впливу скринінгової програми на рівень та темпи приросту захворюваності, смертності та виживання.

### Поліморфізм A313G та експресія GSTP1 в пухлині при нейробластомі: прогностичне значення

М.В. Інодістова, Н.М. Храновська,  
О.В. Скачкова, Г.І. Клинюк, Е.В. Шайда,  
С.В. Демидов

Национальный институт рака, Киев, Украина

Нейробластома (НБ) — злоякісна пухлина симпатичної нервової системи дитячого віку, характеризується значною клінічною гетерогенністю. НБ з агресивним перебігом часто супроводжуються ампліфікацією гена *MYCIN* (MNA). Дослідження системи детоксикації ксенобіотиків (наприклад *GSTP1* — глутатіон-S-трансфераза P1), що впливають на ефективність хіміотерапії, допоможуть зрозуміти молекулярні механізми прогресування НБ.

Досліджено біологічний матеріал 144 пацієнтів з НБ та 158 практично здорових людей. Поліморфізм A313G гена *GSTP1* досліджували методом алельспецифічної полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) у зразках ДНК з периферичної крові пацієнтів з НБ та практично здорових людей. Рівень експресії мРНК *GSTP1* визначали за допомогою методу ПЛР зі зворотною транскрипцією з детекцією результатів у режимі реального часу в зразках пухлинної тканини з використанням специфічних TaqMan праймерів та зондів.

Розподіл поліморфного варіанта гена *GSTP1* серед пацієнтів з НБ (A/A — 51,4%, A/G — 38,9%, G/G — 9,7%) статистично не відрізнявся від показників за законом Харді — Вайнберга ( $p=0,46$ ). Генотип G/G гена *GSTP1* найчастіше реєстрували

у пацієнтів з пізніми стадіями захворювання (8,8% — III і 12,2% — IV стадії) та раннім віком на момент виявлення НБ (медіана — 18 міс, А/А — 28 міс, А/Г — 34 міс). Більшість пацієнтів із МНА мали А/А генотип (63,1%), тоді як для пацієнтів з G/G варіантом більш характерною була відсутність МНА (77,0%).

Найвищі рівні експресії *GSTP1* встановлено в пухлинах із несприятливими клінічними характеристиками (ранній вік виникнення захворювання, III та IV стадії, метастатичні та рецидивні пухлини), проте нижчі — в пухлинах із МНА. Крім того, нижчий рівень експресії *GSTP1* виявлено у пацієнтів з поліморфним варіантом дикої типу.

У пацієнтів з генотипом G/G 3-річна загальна виживаність (ЗВ) була достовірно нижчою (11,4% проти 45,8% — А/А,  $p=0,03$ ; проти 37,0% — А/Г,  $p=0,04$ ). У пацієнтів з високим рівнем експресії *GSTP1* поліморфізм 313-го кодона не впливав на ЗВ. Проте у пацієнтів з низьким рівнем експресії *GSTP1* ЗВ визначалася цим поліморфним варіантом — у пацієнтів з наявністю мутантного алеля в генотипі ЗВ була достовірно вищою порівняно з іншими групами ( $p<0,05$ ).

Генотип G313G гена *GSTP1* асоційований із несприятливим прогнозом захворювання при НБ, у пацієнтів з низьким рівнем експресії *GSTP1* прогноз перебігу захворювання визначається поліморфним варіантом гена — особи, гомозиготні за алелем дикої типу, належать до груп високого ризику.

### Вопрос о доступах в хирургии рака пищевода: опыт Национального института рака

В.О. Рожкова, Р.И. Фридель

Национальный институт рака, Киев, Украина

**Актуальность.** Рак пищевода занимает 8-е место среди причин смерти от онкологических заболеваний, наиболее радикальным методом лечения при этой патологии считается хирургическое вмешательство. Доступ, который при этом выбирает хирург, имеет большое значение не только с точки зрения онкологических результатов, но и последующих возможных осложнений. **Цель** — проанализировать ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных раком пищевода в период 1982–2012 гг.

**Объект и методы.** В клинике Национального института рака (НИР) при раке пищевода наиболее часто используются два доступа — по Гарлоку и по Льюису. В первом случае выполняется комбинированный косой левосторонний торакоабдоминальный доступ в модификации профессора В.Л. Ганула, во втором — одномерная верхнесрединная лапаротомия и правосторонняя торакотомия. Больные, включенные в исследование, получали комбинированное лечение в виде лучевой и химиотерапии в неoadъювантном режиме.

**Результаты.** В отделении реконструкции опухолей пищевода и желудка НИР в период 1982–2012 гг. проведено 1166 ра-

дикальных оперативных вмешательств: 877 операций типа Льюиса и 289 типа Гарлока. Общая послеоперационная летальность составила 3,6%, несостоятельность анастомоза — 2,5%, послеоперационные осложнения — 17,5%, при этом частота рубцовых сужений и послеоперационного рефлюкс-эзофагита составила соответственно 8,3 и 9,4% для операции типа Гарлока и 6,5 и 6,7% — при операции Льюиса. При этом 1-летняя выживаемость больных достигла 61,0%, а 5-летняя — 35,0%.

**Выводы.** Таким образом, можно сказать, что хирургическое вмешательство, выполненное по данным доступам, является оптимальным для пациентов с раком пищевода, получавших предварительное комбинированное лечение. Решение по поводу выбора конкретного доступа следует принимать, основываясь на индивидуальных особенностях пациента, предпочтениях хирурга, его опыте, распространении опухоли и требуемой лимфодиссекции, так как ближайшие и отдаленные результаты лечения статистически значимо не отличались в обоих случаях.

### Самарий оксабифор ( $^{153}\text{Sm}$ ) в лечении костковых метастазів

В.В. Даниленко, Г.Г. Сужач

Национальный институт рака, Киев, Украина

**Вступ.** Незважаючи на широке використання біофосфонатів, таргетних та гормональних препаратів, лікування на стадії кісткового метастазування і далі залишається складною в багатьох відношеннях проблемою. Радіонуклідна терапія досить широко застосовується в розвинених країнах при множинних кісткових метастазах як лікування останньої лінії.

**Об'єкт і методи.** Для аналізу знеболювального впливу різних радіофармацевтичних препаратів (РФП) при метастатичному ураженні кісток в нашій роботі ми використовували шкалу оцінки інтенсивності болю (ЛАКО-МЕД). Радіонуклідну терапію проводили відповідно до стандартизованих протоколів лікування РФП у відкритому вигляді (Nuclear Medicine Resources Manual, 2006). Серед пролікованих хворих було 58 з раком грудної залози, 30 — раком передміхурової залози, 6 — раком легень, 4 — раком нирки, 1 — раком шийки матки і 1 — раком ректосигмоїдного кута товстого кишечника. Із них 64 жінки і 36 чоловіків. Вік пролікованих — 32–78 років. Середній вік — 55,0±11,6 року. У 94 (90%) пацієнтів наявність кісткових метастазів визначали за допомогою остеосцинтиграфії з  $^{99\text{m}}\text{Tc-MDP}$ . У 6 хворих діагноз кісткового ураження верифікували іншими методами променевої діагностики.

У порівняльний аналіз включено результати лікування  $^{32}\text{P}$  ( $n=30$ ),  $^{89}\text{Sr}$  ( $n=30$ ) та  $^{153}\text{Sm}$  ( $n=40$ ). Проведено аналіз протибольової ефективності  $^{153}\text{Sm}$  залежно від кількості курсів терапії. Оцінювали переносимість  $^{153}\text{Sm}$  за шкалою CTCNCA(v)4.3.

**Результати.** Встановлено, що інтенсивність болю до та після лікування різними РФП змінювалася таким чином:  $^{32}\text{P}$ : до лікування — 7,1±1,5 бала, після лікування — 5,0±3,1 бала ( $p<0,05$ );  $^{89}\text{Sr}$ :

до лікування — 8,0±2,2 бала, після лікування — 4,8±1,5 бала ( $p<0,05$ );  $^{153}\text{Sm}$ : до лікування — 8,4±1,3 бала, після лікування — 3,5±1,8 бала ( $p<0,05$ ). Отже, під впливом радіонуклідної терапії відбувалося зниження рівня болю до 3–5 балів, що становило в середньому 47,0%. Відмічено, що найвищий бальний показник протибольової дії препарату досягався після 3-го курсу лікування і становив 3,5 бала проти 1,9 бала після 1-го курсу. Пріоріт дорівнював 45,7%.

Виявлено, що за бальною оцінкою найкраща переносимість характерна для  $^{153}\text{Sm}$  і відповідає рівню «хороша» за шкалою CTCNCA(v)4.3. При використанні  $^{89}\text{Sr}$  переносимість препарату була дещо нижчою, але теж не потребувала відміни препарату. Найгірша переносимість характерна для  $^{32}\text{P}$  і наближалася до «задовільної». У 5 хворих відмічали побічні ефекти, які потребували додаткових лікувальних заходів.

Встановлено, що переносимість препарату  $^{153}\text{Sm}$  знижувалася залежно від кількості курсів терапії. Так, показник переносимості після 1-го курсу лікування становив 3,5±1,6 бала, тоді як після 3-го курсу він дорівнював 1,5±0,8 бала, що становило статистично достовірну різницю ( $p<0,05$ ).

**Висновки.** Радіонуклідна терапія може бути застосована в комплексному лікуванні при метастатичному ураженні кісткової системи при злоякісних пухлинах різної локалізації.

Найбільш ефективним порівняно з  $^{32}\text{P}$  і  $^{89}\text{Sr}$  в лікуванні кісткових метастазів за знеболювальною дією та переносимістю препарату є  $^{153}\text{Sm}$  оксабифор ( $p<0,05$ ).

$^{153}\text{Sm}$  оксабифор характеризується високим рівнем накопичення РПФ у метастатичному вогнищі при мінімальних побічних ефектах.

### Сучасні аспекти неoad'ювантної системно-селективної хіміотерапії з використанням магнітотермії у хворих на місцево-поширений рак грудної залози

А.Д. Лобода, І.І. Смолака, В.Е. Орел,

І.В. Досенко, А.А. Ляшенко, О.А. Супруненко

Национальный институт рака, Киев, Украина

**Об'єкт і методи.** У дослідженні оцінено безпосередні результати лікування 66 пацієнток із місцево-поширеним раком грудної залози (МП РГЗ) ІІБ–ІІІА стадії. Основну групу становили 48 хворих на МП РГЗ, яким проводили 4 курси системно-селективної неoad'ювантної поліхіміотерапії (СНПХТ) за схемою CAP з внутрішньоартеріальним введенням карбоплатину 300 мг/м<sup>2</sup> і циклофосфаміду в дозі 600 мг/м<sup>2</sup> та системним введенням доксорубіцину 50 мг/м<sup>2</sup>. Через 30 хв після інфузії хіміопрепаратів хворим проводили сеанс магнітотермії (МТ) на уражену ділянку. Процедура тривала 30 хв за вихідної потужності апарата 50 Вт. Контрольну групу сформували 44 хворі на МП РГЗ, яким проводили СНПХТ за такою самою схемою, але без МТ.



**Результати.** Через 3 тиж після останнього курсу ССНПХТ проводили мамографію з метою оцінки ефективності лікування за критеріями RECIST. У хворих основної групи повну регресію пухлин виявлено у 6 (12,50±4,77%) осіб та у 4 (9,09±4,53%) — контрольної (p>0,05) групи. Часткову регресію пухлини зафіксовано у 21 (43,75±7,16%) хворої основної та у 14 (31,82±7,02%) — контрольної (p>0,05) груп. Стабілізацію процесу відмічено у 18 (37,5±6,99%) пацієнтів основної групи та у 19 (43,18±7,47%) — контрольної (p>0,05). Прогресування пухлинного процесу виявлено у 3 (6,25±3,49%) основної та у 7 (15,91±5,51%) контрольної групи (p>0,05).

Після аналізу відповіді на неoad'ювантне лікування проводили оперативне втручання. Органозберігаючі операції виконано у 26 хворих (54,17±7,19%) основної групи, в контрольній групі — у 19 пацієнтів (43,18±7,47%; p<0,05). Реконструкцію TRAM-клаптом проведено у 3 (6,25±3,49%) хворих основної групи та в 1 (2,27±2,25%) пацієнтки в контролі (p>0,05). Підшкірну мастектомію з одночасним ендопротезуванням застосовано у 4 (8,33±3,99%) хворих основної та у 3 (6,82±3,80%) контрольної групи (p>0,05).

**Висновки.** Визначено, що використання МТ зі ССНПХТ при лікуванні хворих на МП РГЗ дозволяє збільшити кількість випадків повної та часткової регресії пухлини на 15,34%. Доповнення ССНПХТ сеансами МТ дає можливість на 10,98% підвищити відсоток проведення органозберігаючих хірургічних втручань та на 5,49% збільшити проведення реконструктивно-відновних операцій.

### Неoad'ювантна хіміопроменева терапія з внутрішньоартеріальним введенням цитостатиків у хворих на рак стравоходу

Р.І. Фридель

Національний інститут раку, Київ, Україна

Попри досягнення сучасної онкології результати лікування хворих на рак стравоходу залишаються незадовільними. Більшість вчених визнали найбільш ефективним комплексний підхід, який включає доопераційну хіміопроменеву терапію з подальшою операцією. З метою покращення результатів лікування розроблено методіку внутрішньоартеріальної хіміотерапії, яку поєднували з променевою терапією на доопераційному етапі.

**Об'єкт і методи.** Для визначення ефективності неoad'ювантної хіміопроменевої терапії проведено рандомізоване дослідження, в яке залучено 69 хворих на рак стравоходу. У 34 пацієнтів проведено доопераційну хіміопроменеву терапію з внутрішньоартеріальним введенням цитостатиків у 35 — стандартну хіміопроменеву терапію.

**Результати.** Безпосередні результати не відрізнялися за частотою токсичних та післяопераційних ускладнень. Однорічна виживаність в основній групі становила 81,0±6,7%, у контрольній —

55,8±9,0%. Дворічна виживаність в групі внутрішньоартеріальної хіміотерапії сягала 58,3±11,8%, в групі стандартної хіміопроменевої терапії — 33,1±12,1%. Медіана виживаності в контрольній групі становила 15 міс, а в основній ще не досягнута.

**Висновки.** Застосування внутрішньоартеріального введення цитостатиків в комплексному лікуванні хворих на рак внутрішньогрудного відділу стравоходу достовірно підвищує однорічну виживаність з 55,8 до 81,0% (p<0,05) порівняно зі стандартною хіміопроменевою терапією.

### The frequency of BRCA1 gene mutation 5382insC in ovarian cancer patients from Ukraine

I. Gorodetska<sup>1</sup>, S. Serga<sup>1</sup>, T. Lahuta<sup>1</sup>, L. Ostapchenko<sup>1</sup>, S. Demydov<sup>1</sup>, N. Khranovska<sup>1</sup>, O. Skachkova<sup>1</sup>, M. Inomistova<sup>1</sup>, O. Kolesnik<sup>2</sup>, V. Svinskiy<sup>3</sup>, N. Tsip<sup>4</sup>, A. Peresunko<sup>4</sup>, N. Kmira<sup>4</sup>, O. Manzhur<sup>4</sup>, I. Kozeretska<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Taras Shevchenko National University of Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>National Cancer Institute, Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup>Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

<sup>4</sup>Kyiv Municipal Clinical Oncological Center, Kyiv, Ukraine

Gene *BRCA1* located on chromosome 17 plays an important role in DNA reparation, cell cycle regulation and maintenance of genomic stability (Boulton, 2006). It has been shown that the mutation in this gene lead to chromosome instability and increase the risk of ovarian and breast cancers (Iorfida et al., 2014). Germline mutation 5382insC (c.5266dupC) is the most common mutation among Slavic patients with breast or ovarian cancer (Gaj P. et al., 2012).

The leading cause of death in women from gynecological malignant diseases has been ovarian cancer. In 2012 Ukraine was in the list of 20 countries with highest incidence of ovarian cancer. (Ferlay et al., 2015). The frequency of mutation 5382insC in Ukraine unknown but was reported one clinical case where proband's disease was associated with this mutation (Paliychuk et al., 2015).

We screened a total of 96 ovarian cancer patients ages 16 through 83 for the 5382insC mutation. All carriers of the 5382insC mutation were younger than 50 years at the time of detection. A total of three *BRCA1* 5382insC mutations were detected (3.1±1.7%).

The estimate of the 5382insC mutation in the *BRCA1* gene for Ukraine (3.1%) that we obtained is significantly lower than reports for Belarusians, Latvians and the Moscow region (Fischer's test, p<0.05). However, it is similar to estimates from Hungary, the Czech Republic and Siberia. For statistical analysis was used Fisher's exact test for comparison frequencies in different populations. The combined dataset is thus consistent with the hypothesis of north-eastern Slavic origins and spread of the mutation which appears to demonstrate a frequency gradient from North-East Russia and should thus be expected to be rare in Western Europe and countries dominated by population backgrounds from certain parts of Europe.

### Актуальність лапароскопічного стадіювання пухлинного процесу для стандартизації лікування хворих на рак шлунка

А.В. Стожолов, М.В. Несторак  
Національний інститут раку, Київ, Україна

**Вступ.** Рак шлунка (РШ) є поширеним та життєвонебезпечним захворюванням в Україні та світі. Стандарти діагностики цієї патології включають фізикальне обстеження, лабораторні показники, ендоскопічні методи (езофагогастродуоденоскопія, фіброколоноскопія) та комп'ютерне сканування органів грудної, черевної порожнини та малого таза з контрастуванням. Необхідний мультидисциплінарний підхід до планування стратегії лікування. Згідно з рекомендаціями NCCN лапароскопія та перитонеальні змиви слід проводити усім хворим на потенційно резектабельний РШ ІВ–ІІІ стадії для виключення радіологічно прихованих метастазів.

**Об'єкт і методи.** У дослідження включено 108 пацієнтів з РШ, які проходили в нашому інституті обстеження та лікування за останніх 12 міс та у яких при спіральній комп'ютерній томографії не виявлено віддалених та перитонеальних метастазів. Цим пацієнтам виконано лапароскопію, рандомізовану біопсію очеревини та великого чепця, взято змиви з черевної порожнини.

**Результати.** У 36% пацієнтів при лапароскопії вперше діагностовано радіологічно приховані метастази (статус Р1 або СУ1), що дало змогу уникнути нерационального оперативного втручання та зупинитися на хімотерапевтичному лікуванні. У 46% хворих після підтвердження статусу Р0 та СУ0 виконано радикальну гастректомію. У 15% пацієнтів проведено паліативні операції. У 3% пацієнтів після діагностичної лапароскопії, 3 курсів передопераційної поліхіміотерапії, контрольної комп'ютерної томографії органів грудної, черевної порожнини та малого таза проведено ексplorативні оперативні втручання.

**Висновки.** Лапароскопічне стадіювання є цінним та актуальним методом дослідження, яке має бути стандартом при визначенні лікувальної тактики у хворих на РШ. Лапароскопічна діагностика дає змогу обрати оптимальний план лікування цієї категорії хворих, зменшити кількість нерациональних оперативних втручань. Рекомендується для рутинного використання в діагностиці РШ.

### Стратегія вибору лікувальної тактики при гастроінтестинальних стромальних опухолях

А.Ю. Глаголева  
Національна медична академія  
последипломного образования  
имени П.Л. Шупика, Киев, Украина

Гастроінтестинальні стромальні опухолі (gastrointestinal stromal tumor — GIST) — мезенхімальні образования мезодермального походження, складаючи <1% всіх злоякісних і доброякісних опухолей шлунково-кишкового тракту. Чаше всего GIST локалі-

зуються в жовудку (50%), шовневоді, тонкой, толстой, прямой кишке (40%). В 10% случаев возникают внекишечные формы.

Традиційним діагностическим інструментом при данній патології являється імуногістохімічне дослідження с определением экспрессии CD117, CD34, виментина и актина гладких миоцитов, но названные маркеры не позволяют прогнозировать течение заболевания и чувствительность к лечению.

Известно, что GIST полностью резистентны к цитотоксической и в подавляющем большинстве — к лучевой терапии. На сегодня стандартом лечения при резектабельных GIST является оперативное удаление с адьювантной таргетной терапией иматинибом при наличии факторов высокого риска. В отличие от большинства злокачественных опухолей пищеварительного тракта, для GIST оптимальным объемом является атипичная резекция в пределах неповрежденных тканей, а также циторедуктивные оперативные вмешательства, направленные на уменьшение опухолевой массы или на ликвидацию симптомов. Удаление патологически увеличенных лимфатических узлов показано только при СДГ-дефицитных GIST, частота которых относительно невысокая. При неоперабельных или метастатических опухолях препаратом выбора для индукционной медикаментозной терапии является иматиниб. Однако у 15% пациентов выявляется первичная, а у 50% — вторичная резистентность к препарату, что на фоне отсутствия альтернатив является актуальной проблемой современной онкологии.

В ряде случаев медикаментозную резистентность можно прогнозировать путем молекулярного профилирования с анализом мутаций генов *KIT* и *PDGFRA*. Первоначально резистентными зачастую являются опухоли с мутациями 9-го экзона гена *KIT*, 18-го экзона гена *PDGFRA* и GIST дикого типа. Последние составляют около 10–15% и не содержат мутаций *KIT* и *PDGFRA*, что является предиктором как неэффективности таргетной терапии, так и неблагоприятного прогноза в целом.

Следовательно, стратегия лечения при GIST должна базироваться на определении наиболее значимых факторов прогноза, что позволяет оценить целесообразность и потенциальную эффективность и выбрать оптимальный режим дозирования препарата для таргетной терапии.

## Ефективність терапії у пацієнтів з дифузною В-великоклітинною лімфомою групи несприятливого прогнозу

*К.С. Філоненко, І.А. Крячок, А.В. Мартинчик, Я.А. Степанішина*  
Національний інститут раку, Київ, Україна

**Мета дослідження:** порівняти безпосередні результати лікування пацієнтів з дифузною В-великоклітинною лімфомою (ДВВКЛ) групи несприятливого прогнозу за допомогою курсів хіміотерапії (ХТ) R-DA-EPOCH та R-CHOP.

**Об'єкт і методи.** Проведено ретроспективний аналіз безпосередньої ефек-

тивності терапії у пацієнтів з ДВВКЛ групи несприятливого прогнозу. Пацієнти були розподілені на 4 групи відповідно до курсів ХТ, які вони отримували. До 1-ї групи належали хворі, які отримували терапію за СНОР-подібними схемами, до 2-ї — пацієнти, у яких проводили ХТ за схемою СНОЕР, до 3-ї — хворі, які отримували лікування за схемою R-CHOP, до 4-ї — R-DA-EPOCH.

**Результати.** До групи несприятливого прогнозу включено 9 пацієнтів, до 3-ї — 36 пацієнтів, до 4-ї — 5 пацієнтів. Усі групи були зіставними між собою за статевими та клінічними характеристиками.

Позитивну відповідь на терапію одержано у 19 (73,1%) хворих 1-ї групи, 20 (80,0%) 2-ї групи, 29 (80,6%) 3-ї групи та 5 (100%) 4-ї групи ( $p > 0,05$ ). Рефрактерний перебіг та рецидиви захворювання зафіксовано в 11 (42,3%) пацієнтів у 1-ї групі, 10 (40,0%) — у 2-ї, 14 (38,9%) — у 3-ї та в 1 (20,0%) — у 4-ї ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Таким чином, у більшості пацієнтів із ДВВКЛ групи несприятливого прогнозу отримано позитивну відповідь на лікування (79,3% пацієнтів). Не виявлено значущої різниці за статевими та клінічними характеристиками між групами пацієнтів. Не встановлено достовірної різниці у частоті відповіді на терапію та наявності рецидивного або рефрактерного перебігу. Відзначено тенденцію до виявлення найвищої частоти позитивної відповіді в 4-ї групі (100%). Відсутність достовірної різниці може бути пояснена невеликою кількістю учасників у кожній групі та незначним періодом спостереження, особливо у 4-ї групі.

## Прогностичне значення імуногістохімічних маркерів у пацієнтів з дифузною В-великоклітинною експресією

*А.В. Мартинчик, І.А. Крячок, К.С. Філоненко*  
Національний інститут раку, Київ, Україна

**Вступ.** Неходжкінські дифузні В-великоклітинні лімфомы (ДВВКЛ) належать до найпоширенішого виду неходжкінських лімфом. Незважаючи на успіхи терапії при ДВВКЛ, у 10–15% хворих відмічається первинна рефрактерність (відсутність відповіді чи рецидив протягом 3 міс після завершення терапії), а у 20–25% випадків рецидив захворювання виникає після отримання відповіді на ініціальну терапію. Імуногістохімічні (ІГХ) маркери, що використовуються для діагностики лімфом, можуть мати прогностичну цінність для визначення прогнозу захворювання. Проведено декілька досліджень щодо прогностичної ролі експресії Bcl-2 та Bcl-6, однак отримані результати суперечливі.

**Об'єкт і методи.** Проведено ретроспективний аналіз ІГХ експресії Bcl-2 та Bcl-6. У дослідження включено пацієнтів з діагнозом ДВВКЛ, що отримували лікування за СНОР-подібними схемами в Національному інституті раку з 2011 р.

**Результати.** Позитивну експресію Bcl-2 відмічено у 84% пацієнтів, позитивну експресію Bcl-6 — у 63% хворих на ДВВКЛ. У 43 (16%) пацієнтів заре-

стровано первинно-рефрактерний перебіг захворювання, у 224 (84%) відмічали як мінімум часткову відповідь на проведену терапію. Ми проаналізували експресію ІГХ маркерів у пацієнтів, що відповіли на терапію («О»), порівняли з експресією у первинно-рефрактерних пацієнтів («Р»). Не отримано статистично значущої різниці позитивної експресії Bcl-2 між групами «О» та «Р» (84,7% vs 82,1% відповідно;  $p > 0,05$ ). Позитивна експресія Bcl-6 достовірно частіше зустрічалася у групі «О» порівняно з групою «Р» (69,9% vs 38,1%;  $p < 0,05$ ). Групи не відрізнялися за статтю, віком, кількістю пацієнтів групи високого ризику, пацієнтів з лізними стадіями захворювання.

**Висновок.** ІГХ маркер Bcl-6 частіше експресується в групі пацієнтів, чутливих до першої лінії терапії. Відповідно, відсутність експресії Bcl-6 може свідчити про можливу рефрактерність перебігу захворювання у пацієнтів із ДВВКЛ.

## Результати рандомізованого проспективного мультицентрового дослідження: R-da-EPOCH проти R-CHOP у пацієнтів з первинною медіастинальною В-великоклітинною лімфомою

*Я.А. Степанішина, І.А. Крячок, К.С. Філоненко, А.В. Мартинчик*  
Національний інститут раку, Київ, Україна

**Вступ.** Питання стандартної терапії першої лінії при первинній медіастинальній В-великоклітинній лімфомі (ПМВВКЛ) відкрите. Застосовуються різні антрациклінові режими в комбінації з ритуксимабом. Результати лікування рецидиву захворювання є невтішними. Спроби визначити схему поліхіміотерапії (ПХТ), яка є найбільш ефективною та водночас має прийнятний профіль токсичності, достатньо обґрунтовані.

**Мета** — порівняти ефективність та токсичність режимів ПХТ R-da-EPOCH та R-CHOP у пацієнтів із ПМВВКЛ.

**Об'єкт і методи.** З 2011 по 2015 р. 84 пацієнти з вперше діагностованою ПМВВКЛ були включені в дослідження. Середній вік хворих становив  $32,5 \pm 2,3$  року (19–45 років). 63 (75%) жінки та 21 (25%) чоловік. У 63 (75%) хворих діагностовано захворювання у I–II стадії, 52 (61,9%) пацієнти на час встановлення діагнозу мали пухлинну масу в середостінні з поперечним розміром  $> 10$  см. Пацієнтів рандомізували в 2 групи: для лікування за схемою R-CHOP ( $n=40$ ) та R-da-EPOCH ( $n=44$ ). При первинній оцінці та при рестадіюванні захворювання усім пацієнтам проводили ПЕТ-КТ або КТ. Ефективність лікування в обох групах оцінювали за допомогою критеріїв Cheson (1999, 2007) та Deauville. Токсичність терапії оцінювали згідно з NCI-CTC V.3.0. Усі хворі отримували 6 курсів антрациклінових режимів у комбінації з ритуксимабом  $\pm$  променева терапія (сумарна вогнищева доза 30–36 Гр).

**Результати.** Загальна відповідь на терапію становила 97,7% в групі хворих, що отримували режим R-da-EPOCH, та 85,0% — в групі R-CHOP ( $p < 0,05$ ). По-



вної відповіді (у тому числі підтверженої ПЕТ-КТ) досягнуто в 81,8 та 50% випадків відповідно ( $p < 0,01$ ). Максимальний період спостереження становив 62 міс, медіана спостереження — 33,2 міс. Трирічна загальна виживаність в групі лікування за схемою R-da-EPOCH досягла 97,7% проти 70,0% в групі R-CHOP ( $p = 0,05$ ). Трирічна безпрогресивна виживаність у групах становила 96 та 60% відповідно

( $p < 0,05$ ). Нейтропенія III–IV ступеня зафіксована після циклів R-da-EPOCH у 36,4% випадків та у 20,4% після курсів R-CHOP ( $p < 0,05$ ), а фебрильна нейтропенія виникла у 10,9% проти 12,5% випадків відповідно ( $p > 0,05$ ). Анемію III–IV ступеня зафіксовано після курсів ПХТ відповідно у 12,1 та 8,8% пацієнтів ( $p > 0,05$ ). Тромбоцитопенія III–IV ступеня не спостерігали в жодній із досліджуваних

груп. Негематологічна токсичність була переважно I–II ступеня.

**Висновки.** Аналіз результатів дослідження показав значно вищу ефективність режиму R-da-EPOCH порівняно з R-CHOP. Токсичність була прийнятною в обох групах, але рівень нейтропенії III–IV ступеня був вищим в групі хворих, які отримували ПХТ за схемою R-da-EPOCH.

## Алфавитный указатель

Аверин Д.И.	89	Кукушкіна М.М.	89	Ходак В.П.	82
Артеменко М.В.	88	Курик О.Г.	81, 84	Храновська Н.М.	91
Божук І.В.	83	Ластовецька Л.Д.	81	Черноконь М.В.	80
Бойчук С.І.	90	Лобода А.Д.	92	Чехун В.Ф.	90
Болгова Л.С.	91	Лукашенко А.В.	88	Чешук В.Е.	86
Большакова К.О.	83	Лук'янова Н.Ю.	90	Чорний В.С.	90
Бондаренко В.С.	87, 89	Лялькін С.А.	90	Шайда Е.В.	91
Бондаренко І.Н.	89	Ляшенко А.А.	92	Шевченко А.А.	80
Васильчук Т.Р.	83	Мазур В.В.	81	Шевченко А.І.	88
Вербецька В.В.	83	Максименко Б.В.	90	Щерба О.А.	81
Верьовкіна Н.О.	90	Малярчук Е.А.	86	Шмикова О.В.	82
Волков І.Б.	90	Мартинчук А.В.	94	Яковенко В.О.	84
Воробйов М.О.	82	Мельничук А.П.	88		
Воробйов О.М.	82	Митулінська С.Б.	86		
Гарматіна О.Ю.	82, 83	Михайлова В.О.	86		
Гичак П.О.	81	Михайлович Ю.Й.	91	Bakhniuk K.	86
Глаголева А.Ю.	93	Морозова А.Д.	81	Boshkova V.	86
Голованова А.Ю.	82	Мотузюк І.М.	87	Chernyshov P.	85
Головко А.С.	84	Несторак М.В.	93	Demydov S.	93
Головко Т.С.	89	Николаев М.В.	88	Goncharuk-Khomyn M.	85
Готовкіна В.С.	80	Орел В.Е.	92	Gorodetska I.	93
Даниленко В.В.	92	Орел В.О.	90	Humenna I.	85
Демидов С.В.	91	Остафійчук В.В.	89, 90	Inomistova M.	93
Дедков А.Г.	90	Палівель А.Ю.	89	Kaliy V.	85
Дедков С.А.	90	Палій М.І.	89	Khranovska N.	93
Досенко І.В.	92	Пономарь С.В.	87	Kmit N.	85, 93
Журбенко А.В.	91	Прохач А.В.	88	Kolesnik O.	93
Журбенко В.В.	91	Рамазанова Д.М.	81	Kozeretska I.	93
Завизион В.Ф.	87, 89	Рожжова В.О.	92	Krasnov V.	85
Завизион В.Ф.	88	Романенко Г.О.	80	Kryveshko A.	84
Захарчук С.В.	88	Сивак Л.А.	90	Kuryk O.	84
Зотов А.С.	86	Сидорчук О.І.	87	Lahuta T.	93
Іномістова М.В.	91	Скачкова О.В.	91	Mandala Sai Roshni	89
Кабаков А.О.	83	Смакова М.С.	89	Manzhura O.	93
Касап Н.В.	90	Смоланка І.І.	92	Ostapchenko L.	93
Клименко А.В.	88	Степанішина Я.А.	94	Peresunko A.	85, 93
Клименко В.Н.	88	Стоколос А.В.	93	Petrenko O.	86
Клименко М.М.	82	Сторчай Д.М.	90	Savchenko O.	84
Климнюк Г.І.	91	Сукач Г.Г.	92	Serga S.	93
Кобилінський І.А.	81	Супруненко О.А.	92	Shamrayev S.	85
Колеснік О.О.	88	Тарасенко Т.Є.	90	Shamrayeva D.	85
Колеснік О.П.	83, 88	Телегуз Н.О.	80	Skaehkova O.	93
Корнієнко М.А.	81	Ткаченко Р.П.	83, 84	Stus V.	85
Коровін С.І.	89	Тодор І.М.	90	Svintsitsky V.	93
Коровіна А.С.	89	Флоненко К.С.	94	Tsip N.	93
Костюк В.Ю.	89, 90	Фридель Р.І.	92	Vasylieva V.	85
Костюченко Є.В.	87	Фридель Р.І.	93	Yakovenko V.	84
Крячок І.А.	94	Ходак А.С.	82	Zinovkin D.	84