ТЕЗИ IX МІЖНАРОДНОГО СЕМІНАРУ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ПРИСВЯЧЕНОГО ВСЕСВІТНЬОМУ ДНЮ БОРОТЬБИ З РАКОМ

IX INTERNATIONAL STUDENTS' AND YOUNG SCIENTISTS' SEMINAR DEDICATED TO THE WORLD CANCER DAY

1-2 лютого 2018 р.

м. КИЇВ

AN ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF NEOPLASMS CAUSED BY THE INFLUENCE OF THE WORKING ENVIRONMENT ON THE WORKERS OF INDIA

Kannappan Vignesh Chenna, O.V. Solyeyko

National Pirogov Memorial University, Vinnytsya, Ukraine

Background: The history of the study of environmental carcinogens and the epidemiology of occupational cancer begins with its description by an English physician P. Pott in 1775, who discovered a high incidence of scrotal cancer among the chimney sweepers. In 1895 there were reports of the development of bladder cancer in the workers of the aniline-paint industry, and in the late 19th and early 20th centuries, lung cancer in mining industries. India is one of the largest and the most important developing countries of the world. Today majority of the population is working in industrial sector. In this regard, the analysis of the prevalence of occupational cancer among Indian workers is of considerable interest as it is one of the leading causes of mortality.

Aim: Analyzing the incidence of occupational cancer among industrial workers in India

Materials and Methods: Analysis of literature and reports of the International Agency for Research on Cancer(IARC), 13th European Pathology Congress (2017), data and statistics of WHO and National Institute of Occupational Health of India for the last 10 years.

Results: According to data of WHO 18% of the population in Europe suffers from oncopathology. In India, as of 2017, 10% of the population suffers from oncological pathology according to the Occupational Health and Safety Profile, India 2017. Analysis of the incidence of occupational cancer in India shows that lung cancer is dominated by exposure to asbestosis, organochlorine pesticides and benzene derivatives. Lungs exposed to asbestos appeared very much enlarged in size. There was diffuse irregular hyperplasia of alveolar epithelium and tumours observed were mainly medium sized oat cell carcinoma and adenocarcinoma metastasizing in other organs. Exposure to DDT reveals significant increase in tumours of lymphoreticular tissue, lungs and liver. Lindane was more toxic in acute exposures but the chronic toxic effect was relatively less, suggesting that its long term use is safer and tumour incidence is delayed.

According to IARC, the degree of carcinogenicity for a person is divided into 3 groups depending on the chemical compounds, their groups and production processes. By this classification, asbestos cancer can be attributed to group 1 and DDT and Lindane to the 2nd group.

When establishing the connection between the onset of a tumour and the profession, there are difficulties due to a long latent period from the onset of the carcinogenic effect of the occupational factor to the detection of neoplasm (an average of 15 years).

Conclusion: In modern conditi ons, a program for the prevention of malignant neoplasms is being developed and adapted according to the country's capabilities in three main areas: primary (prevention), secondary (early detection and treatment), anti-cancer education.

INFECTIONS: ONE IN SIX CAUSES FOUND OF ALL CANCERS WORLDWIDE

Arooj Ashraf

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Background: One of the recent researches made by WHO: International Agency for Research on Cancer in 2012 proposed that Worldwide, 2 million of the total 12.7 million new cancer cases in 2008. Roughly 20% of cancers worldwide are induced by infectious agents. This proportion is even higher in low-resource countries. As part of its epidemiological and biological studies, the International Agency for Research on Cancer has classified six viruses* associated with the origin of certain types of cancer: Epstein-Barr virus (EBV); Kaposi sarcoma associated herpesvirus / human herpesvirus 8 (KSHV/HHV8); human papillomavirus (HPV); hepatitis B virus (HBV); hepatitis C virus (HCV); and human Tlymphotropic virus type 1 (HTLV-1), as well as the bacterium Helicobacter pylori (H. pylori). HPVs are high-risk etiological agents in the cervix, responsible for about 5% of all virus-induced cancers. Every year, they cause the death of about 250,000 women worldwide. A new infectious agent was recently isolated: the human polyomavirus (MCV), which appears to be associated with a rare tumour, Merkel cell carcinoma. Viruses are widespread in the population, and persistent (chronic) infection affecting a minority of individuals causes cancer to develop. **Aim:** As yet little is known about infection persistence factors, and identifying them is key in preventing the disease and decreasing the rate of cancer growth. The results are expected to lead to new approaches in the prevention, diagnosis and treatment of cancer. **Results:** As I already stated Of the 7.5 million deaths from cancer worldwide in 2008, an estimated 1.5 million were from cancers due to infections. "But the application of existing public-health methods for infection prevention, such as vaccination, safer injection practice, or antimicrobial treatments is not enough and could have a substantial effect on future burden of cancer worldwide".

Focus and improvements on the following oncological areas:

1. **Virus-induced cancer diagnosis and therapy:** Oncolytic virotherapy exploits live viruses with selective tropism for cancerous cells and tissues to treat cancer. As discussed here, the field has progressed considerably as a result of both the successes and failures of previous and on-going clinical trials for various cancers. These studies indicate that oncolytic viruses are remarkably safe and more efficacious when virus replication stimulates sustained antitumor immune responses.

2. **Molecular mechanisms in carcinogenesis:** Cancer is a disease of abnormal gene expression, and these genetic abnormalities contribute to cancer pathogenesis through inactivation of negative mediators of cell proliferation

(including tumor suppressor genes) and activation of positive mediators of cell proliferation (including proto-oncogenes).

3. **Viral strategies to escape immune response:** During the ongoing education of the viruses in the body they have developed countless mechanisms to escape from the host's immune system. To illustrate the most common strategies of viral immune escape I have focused on two murine models of persistent infection, lymphocytic choriomeningitis virus (LCMV) and murine cyto-megalovirus (MCMV). LCMV is a fast replicating small RNA virus with a genome prone to mutations. Therefore, LCMV escapes from the immune system mainly by two strategies: 'speed' and 'shape change'. At the opposite extreme, MCMV is a large, complex DNA virus with a more rigid genome and thus the strategies used by LCMV are no option. However, MCMV has the coding capacity for additional genes which interfere specifically with the immune response of the host. These escape strategies have been described as 'camouflage' and 'sabotage.

Conclusions: In the conclusion I would like to say that the aim is to systematically investigate the mechanisms of cancer development and the need for cancer control priorities to be set on a national as well as the regional basis to light the burden of infection-related cancers and of course focus should be made more on the fact that Viruses are widespread in the population of the undeveloped low income countries and persistent infection affecting these minority of individuals causes cancer to develop more and more . And although cancer is considered a major non-communicable disease, a sizable proportion of its causation is infectious so simple non-communicable disease paradigms will not be sufficient to describe it.

BASOSQUAMOUS CARCINOMA. CASE REPORT

M. Chokas, D. Avierin, V.Zavizion, M. Hojouj

State Establishment "Dnipropetrovsk medical academy" of Health Ministry of Ukraine

Department oncology and medical radiology, Dnipro, Ukraine

Relevance: over the past year, more people have had *skin cancer* than *all* other cancers combined. Basal cell and squamous cell carcinomas are the most commonly occurring and characterized by rapid spread and significant destruction of tissues up to the base of skull. The annual incidence of nonmelanocitic skin cancer is ~ 129.3 in men, and 90.8 in women per 100,000 and it appears to be increasing.

Aim: to study the tactics of treatment of inoperable patient with combined skin cancer. To determine the incidence of skin cancer with bone-destructive processes.

Materials and methods: recommendations from ESMO, NCCN, NICE, clinical case of a patient with combined skin cancer.

Results: The patient was a 76-year-old male who attended consultation due to a painful progressively increasing swelling, sore with a sunken area in the middle on the nasal ala and the left side of the superior maxilla with an evolution of 3 years.

He was examined in Dnipro state oncological health center. An excision of the lesion confirmed a diagnosis consistent with basal cell carcinoma with deep infiltration. It was reexcised with a generous margin to ensure complete removal. There has been no recurrence for 12 months. The year after, patient applied for help with lesions suspicious for recurrent basal cell carcinoma (open sores with oozing areas that do not heal on left side of nose and nasolabial fold). The biopsy results showed mixed histopathological characteristics of both basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. Chemotherapy with 5-fluorouracil and docetaxel was administered. A positive dynamics was seen after 2 courses (drying of the wound, decreasing of the amount of discharge from the wound, peripheral scarring - tissue defect decreased by 4 mm in diameter, granulation tissue appeared). But the patient refused to undergo any further chemotherapy.

Conclusion: chemotherapy with 5-fluorouracil and docetaxel may be valuable mean of treatment, given in case of recurrence after surgical excision of basosquamous cell carcinoma. About 35% of cases of skin cancer are 3rd and 4th stages. The percentage increases from the north to the south.

REDUCTION OF LYMPHORRHOEA AFTER LYMPHADENECTOMY IN PATIENTS WITH CERVICAL CANCER 1B-2A STAGES

V.L. Kozhakov, A.L. Dobrovolskiy

Scientific supervisor: assistant prof. V.L. Kozhakov

Odessa State Medical University, Ukraine, Odessa

The implementation of lymphadenectomy remains the most discursive method for the correct treatment of patients with cervical cancer of 1b-2a of FIGO-stage. After lymphadenectomy quite severe complications such as lymphorrhea with the formation of lymphocyte emerge. There are numerous variants of techniques for removing lymphatic tissue, presented in international publications. To prevent and relief the course of these complications, we had proposed and perform lymphadenectomy in reverse order, starting from iliac group of nodes.

The purpose of the study: to improve the method of lymphadenectomy for lymphorrhea prophylactics.

Materials and methods: 124 patients with cervical cancer 1b-2a stage at the age of 32 to 68 years old who had undergone lymphadenectomy according to standard and modified methods were observed on the basis of the department of invasive methods of treatment of MMC ONMedU UC No. 1 in 2016-2018.

Progress: During the study, it was found that the duration of lymphorrhoea in patients after the modified lymphadenectomy decreased from 10 to 7 days, the incidence of lymphocytes growth decreased by 20.6% compared with the results of standardized lymphadenectomy.

Conclusion: After a detailed analysis of operative methods, evaluation of the condition of operated patients and according to the findings of instrumental studies, an optimal algorithm for lymphadenectomy was determined, which greatly reduced the incidence of post operative complications, in particular, facilitating the course of lymphorrhea and lowering the frequency of lymphocyte formation.

HEMATOLOGIC COMPLICATIONS OF GASTRIC CANCER THERAPY BY THE HIPEC METHOD

A. Fartushnyi, D. Avierin, V.Zavizion, M. Hojouj

State Establishment "Dnipropetrovsk medical academy" of Health Ministry of Ukraine

Department oncology and medical radiology, Dnipro, Ukraine

Relevance: Stomach cancer is one of the most terrible neoplastic diseases and remains the second cause of cancer death worldwide. Patients who develop peritoneal carcinomatosis have a poor prognosis. The five-year survival rate is as follows: 1A stage-94%, 1B stage-88%, 2A stage-82%, 2B stage-68%, 3A-54%, 3B-36%, 3C-18%.

Aim: Based on a retrospective analysis of 38 case histories, to reveal hematological complications of gastric cancer therapy by the HIPEC method, to determine the mean values and compare them with early postoperative indices and the first course of chemotherapy without this method.

Materials and Methods: The first group included 38 histories of patients with gastric cancer, who were treated at the Dnipro Regional Multifield Clinical Hospital No.4 with application of HIPEC technology between May 2015 and September 2017, 73 stories without cytoreductive methods (operation in the volume of gastroectomy or subtotal resection + chemotherapy according to the 5-fluorouracil regimen in mono mode, which was the 2nd group).

Results: The average age of the patients was 51 years (from 44 to 67). The ratio of women and men was 64% and 36%, respectively. Perioperative mortality in the first group was 8% (n = 3), and in the second 7% (n = 2). Anemia: in the first group 1 st. in 47%, 2 st. 36%, 3st. 17%, in the second group 1 st. 50%, 2st. 36%, 3st. 14% (this parameter did not change after the application of cytoreductive therapy or chemotherapy). Leukopenia was observed in 76% of the first group and 91% in the second group. Neutropenia was observed in 34% in the first group and 64% in the second group. Thrombocytopenia 11% in the first group and 8% in the second.

Conclusions: Hematological toxicity of the HIPEC method is comparatively lower than in systemic chemotherapy, which is manifested in a lower incidence of leukopenia and neutropenia. This method shows a higher level of perioperative cytoreduction.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ У ДІАГНОСТИЦІ МЕЛАНОМИ ШКІРИ

Кравець К.І., Богомолець О.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Обґрунтування. З кожним роком захворюваність на меланому (ММ) шкіри зростає. Оскільки зберігається тенденція до посилення урбанізації, застосування методів телемедицини здатне забезпечити населення віддалених регіонів консультацією спеціаліста в даній області.

Мета. Дослідити ефективність діагностики меланоми шкіри за допомогою методів телемедицини.

Матеріали та методи. Для дослідження були відібрані 47 випадків новоутворень шкіри з попереднім теледерматологічним діагнозом ММ шкіри. Всі пацієнти звернулись на дистанційну діагностику за допомогою платформи Telederm, застосовувався метод «Store-and-Forward». Після отримання заключення з попереднім діагнозом, всі пацієнти пройшли очний огляд дерматолога із застосуванням дерматоскопії та були направлені для проведення діагностичної біопсії до Національного інституту раку або онкодиспансера.

Результати. За допомогою телемедицини було попередньо виставлено діагноз ММ шкіри у 47 випадках. Клінічно із застосуванням дерматоскопії діагнози ММ були встановлені у 44 випадках, гістологічно діагноз ММ шкіри був підтверджений у 40 (85,1%) випадках, діагноз диспластичного невусу – у 5 (10,6%) випадках, діагноз змішаного невусу – у 2 (4,3%) випадках.

Висновки. За допомогою методів телемедицини були встановлені діагнози ММ шкіри у 85,1% гістологічно підтверджених випадках. Ефективність такої діагностики залежить не тільки від якісної фотофіксації новоутворення та анамнестичних даних, але і від досвіду роботи лікаря в області новоутворень шкіри.

VARIANTS OF PANCREATIC EMBRYONIC DEVELOPMENT AS RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT OF MALIGNANCIES OF HEPATO-PANCREATIC SPHERE

Liza Mirkovskaya

Scientific Adviser: Prof. Holovatskyi A.S., Doctor of Medical Sciences

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Keywords: pancreas, embryology, malignancies, hepato-pancreatic sphere

Background. There is a number of variants of ontogenetic pancreatic development, including annular pancreas and complete/incomplete pancreas divisum. These variants have a potential to either stay silent clinically or become symptomatic and associate with a number of pathologies (including malignancies) of hepato-pancreatic sphere. The uniqueness of pancreas as an organ of both internal and external secretion mandates further

understanding of the influence of pancreatic development on various pathologies of hepato-pancreatic sphere.

Aim. Based on literature, to analyze a correlation between variations of development of human pancreas in prenatal period of ontogenesis and development of malignancies in hepato-pancreatic sphere.

Materials and Methods. We conducted a literature analysis of 281 medical articles available in English. Out of them, 79 articles described clinical cases of patients presenting with both a variant of pancreatic embryonic development and a malignancy of hepato-pancreatic zone. Cases were analyzed for the type of variants of pancreatic embryonic development and the location of hepato-pancreatic malignancy.

Results. We found a significant difference in proportion of malignancies associated with annular pancreas and pancreas divisum when these malignancies are located in papilla duodeni major et minor. There were 24% more malignancies found around major papilla in patients with annular pancreas, in patients with pancreas divisum, there were 19% more malignancies found around minor papilla. However, the study also found that across all literature-described malignancy locations, the site of malignancy and the type of pancreatic embryonic development are independent of each other.

Conclusions: Literature suggests that variants of pancreatic embryonic development may serve as a factor in development of malignancies of hepato-pancreatic sphere. This study demonstrates that there is a significant difference in the number of malignancies at some possible malignancies sites (papilla duodeni major et minor), depending on the variant of pancreatic embryonic development.

THE TREATMENT OF CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER AT THE PRESENT STAGE

D. Nazarov

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Background. Prostate cancer (PC) is the most common neoplasm among men of North America, Europe and several regions of Africa. Every year this pathology is diagnosed in more than 500 000 people. It is one tenth of all oncological diseases among men. In Europe PC is the second malignant cause of death after lung cancer. But the prevalence is more higher than it is registered. PC is revealed in 60-70% of men, who died because of other diseases. In the case of metastatic PC hormonal therapy (HP) is traditionally used as the most effective method of palliative treatment. Despite the possibility of HT to increase survival and to decrease symptoms. Nevertheless 5 year survival of men with metastatic PC is 28%. It highly differs from 5 year survival of PC without metastases, which makes practically 100%.

Aim. To find and analyze data about treatment of Castration-resistant PC (CRPC), which is the most effective at the present stage.

Materials and methods. Analysis and summing up of European Urology Association and National Library of USA Medicine literature of last 5 years.

Results of research. The diagnosis Castration-resistant PC (CRPC) is established, when there is a growth of prostate specific antigen (PSA) in blood and/or other signs of disease progression on condition of adequate testosterone blockade with confirmed castration level of testosterone. Unfortunately, the problem of effective treatment of CRPC is not solved nowadays and length of live of such patients is about several monthes. The mechanisms of CRPC development are complicated and not studied enough. Today docetaxel, enzalutamid, abiraterone, sipulucel-T, cabazitaxel are recommended to treat hormonal resistance. Docetaxel is one of the most widely used drug for CRPC. The treatment with these drugs can increase the life only on 3-4,4 monthes, even despite of its high value. It is recommended to use targeted therapy, when the organism is resistant to enzalutamid and abiraterone therapy.

Conclusions. Today the main problems of CRPC treatment can be distinguished:

– the optimal sequence of drug use is not defined
– there is no data of its use in combination
– the decision of doctor and value of drugs influence the future therapy
– diagnosis of resistance type is very complicated
– there is no individual markers of disease

GASTRIC CANCER COMPLICATED BY BLEEDING, STENOSIS, PERFORATION: SURGICAL TREATMENT EXPERIENCE

Y. Nazarov, O. Prudnikova, A. Kurbanov

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Background. Gastric cancer (including gastric carcinomas, sarcomas) is malignant neoplasia which remains a common cause of cancer death worldwide, despite the recent steady decline in both the incidence and mortality of the disease. Gastric cancer complicated by bleeding, stenosis and perforation. For today the incidence and mortality rate of gastric cancer in Ukraine (National Cancer Registry of Ukraine, 2016) is 20,6 per 100,000 and 15,8 per 100,000 accordingly. The main method of treatment is surgical, the adequacy of its volume, affects the prognosis of the disease. Unfortunately, due to late diagnosis and manifestation of complications – radical treatment becomes impossible and then resort to a palatial and symptomatic treatment.

Aim: to evaluate the surgical treatment of gastric cancer complicated by bleeding, stenosis and perforation in the early postoperative period.

Object and methods. Retrospective analysis of urgent surgical treatment of 101 patients with malignant tumor lesion of different parts of the stomach. The patients were treated in the Kiev City Clinical Hospital №12 from 2011 to 2015.

Results. 101 patients with gastric cancer (carcinoma – 78, sarcomas – 23) complicated by bleeding (84), perforation (6) or stenosis (19) underwent urgent surgical treatment, 71 (70,3%) – radical surgical treatment and 30 (29,7%) palatial and symptomatic surgical treatment. In 51 (50,5%) patients, gastric cancer was first diagnosed. Total post-operative lethality is 5,9%, which were caused in 72,7% by surgical and in 27,3% non-surgical complications.

Conclusions. Gastric cancer is still actually serious oncology problem which is need surgical treatment, however, due to the presence of complications and the progression of the disease, it is not possible for all patients to complete radical surgical treatment. Most often, gastric cancer is complicated by bleeding. Many patients (50,5%) are first diagnosed after the manifestation of these complications.

PILOT STUDY ON USE OF CANNABINOIDS IN CHILDREN DURING PALLIATIVE CARE

Vimala Anthony

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Background: Given all the differing opinions, whether they be in politics, medicine, religion, or economics, the one upon which we can all agree is that the children are our future. All that we are, and all that we accomplish in our life is nothing if not for the children as they are our successors. For our successors, cannabinoids may prove to be the new agent available that can slow or even cure them of cancer.

Aim: Main purpose of this study was to investigate the role of cannabinoids in inhibiting cell proliferation of cancer cells which then result in the cell death (apoptosis) of cancer cells.

Methods: Cannabinoids that are produced from plants are known as phytocannabinoids. The best studied is Д9-tetrahydrocannabinol (THC), which is also the component with the most psychotropic properties. The second most common plant cannabinoid is cannabidiol (CBD). Its main difference from THC is that it has no psychoactive effects. In 1975, it was shown that cannabinoids reduced tumor growth. Due to the political arena, further work was not done until the 2000's. In subsequent studies, cannabinoid receptors were found in several adult tumors, such as glioma, prostate, breast, leukemia, lymphoma, pancreas, melanoma, thyroid, colorectal, and hepatocellular. When the receptors on these tumors were activated by cannabinoids, the result was a suppression of tumor growth, inhibition of tumor invasion into blood vessels, and prevention of tumor metastasis. However, these studies were done in a laboratory – they were not performed on human test subjects.

Results: Children, by the nature of their young age, possess a developing brain. As THC exerts its greatest effects on the brain, one must be extremely vigilant in the act of prescribing such an agent to one whose brain is not yet fully formed. Though it is agreed upon in the medical arena that cannabis has benefits in treating patients with cancer, we do not yet know what, if any, long-term side effects it has on the child's brain.

Studies currently underway in children use cannabinol (CBD), as this type of cannabinoid does not act upon the brain and consequently lacks any psychoactive effects. Thus, this proposed treatment is felt to be safer for use with the pediatric population.

Conclusion: As yet, there have been no reliable studies on the use of cannabinoids in children. At best, there are only anecdotal case reports that demonstrated regression of tumor during cannabinoid treatment. These children were terminally ill and the cannabinoids were used during palliative care treatment.

It is my opinion, cannabinoids have a role in the treatment of children with cancer. The main reason is because there are cannabinoids that exist that completely lack the central effects which are the primary concern in a child's developing brain. Its use in children presently would be premature. Well-controlled studies have yet to be done. This may prove impossible as the emotional effects of the healthcare personnel when treating a child suffering with cancer may preclude him or her from enrolling the child in a study "just to see". However, this may also be the primary motivating factor to do just that – give each child any opportunity available to have a chance to live a life free of pain and as well, free of cancer.

RISK BASED STRATIFICATION TREATMENT OF PEDIATRIC ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA BY GENE THERAPY

Vishnupriya Krishnamoorthi

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Introduction. Acute lymphoblastic leukemia (ALL) serves as the most widespread pediatric oncologic diagnosis. Survival rates among children with timely treatment has achieved 90% cure rate. The four main components of therapy includes remission induction, consolidation, maintenance and central nervous system directed therapy. Risk stratification allows treatment intensity to vary based on age, initial leukocyte count, immunophenotype, cytogenetics and its response to treatment. Immunotherapy using chimeric antigen receptor-modified T cells shows high rates in patients with B cell malignancies. Chimeric antigen receptor (CAR) T cells are generated by removing T cells from patient's blood and engineering cells to express the CAR.

Objective. To show that modified T-cells which attack leukemic cells with high yield in pediatric remission along with chemotherapy and to reveal CAR T-cells which have been called a living drug where specifically the harvested T cells genetically engineered to produce new surface proteins called Chimeric Antigen Receptors that allow to recognise and kill leukemic cells.

Materials and Methods. We recruited children with relapsed ALL as it is difficult to treat among other forms of ALL. We infused autologous T cells transduced with CD19-

directed CAR (CTL019) lentiviral vector in patients with relapsed ALL at dose of 0.76Ч106 to 20.6Ч106CTL019 cells per kilogram of body weight. Patients were monitored for a response, toxic effects, and the expansion and persistence of circulating CTL019 T cells and tested leukemia cells for those children for sensitivity in vitro to prednisolone vincristine, asparaginase, daunorubicin. Assessment of gene expression with the use probe sets to identify differentially expressed genes in drug-sensitive and drug-resistant ALL with these cells.These were the data gathered by article based researches

Results. Complete remission was achieved (90%) including drug resistant kids with blinatumomab-refractory disease. CTL019 cells proliferated in vivo and were detectable in the blood, bone marrow and CSF. Sustained remission was achieved with a 6-month event-free survival rate of 67% (95% confidence interval [CI], 51 to 88) and an overall survivComplete remission was achieved in 27 patients (90%), including 2 patients with blinatumomab-refractory disease and 15 who had undergone stem-cell transplantation. CTL019 cells proliferated in vivo and were detectable in the blood, bone marrow, and cerebrospinal fluid of patients who had a response. Sustained remission was achieved with a 6-month event- free survival rate of 67% (95% confidence interval [CI], 51 to 88) and an overall survival rate of 78% (95% CI, 65 to 95). At 6 months, probability that a patient would have persistence of CTL019 was 68% (95% CI, 50 to 92), probability would have relapse-free B-cell aplasia was 73% (95% CI, 57 to 94).

Conclusion. Unlike usual type of ALL, relapsed form is associated with poor prognosis along with chromosomal abnormalities like philadelphia positive also could be treated with great efficacy by CAR T-CELL GENE THERAPY and with intensive chemotherapy. Not only CD19 CAR T but also CD22 Also mediate our needs thereby producing 95% cure rate accordingly with timely actions at the site of relapse and time of remission in children with ALL.

TUMOR ASSOCIATED IMMUNE REACTIONS AT THE MELF-POSITIVE AND MELF-NEGATIVE ENDOMETRIOID ENDOMETRIAL ADENOCARCINOMAS

Zinovkin D.A., Savchenko O.G., Zmushko A.P

Establishment of education "The Gomel state medical university",

Gomel, Republic of Belarus

Introduction. MELF pattern is a term used for description of the unusual morphology of myometrial invasion in endometrial endometrioid adenocarcinomas (EA). MELF-pattern commonly associated with lymphovascular invasion, lymph node metastasis and progression of EA.

Aim. In this study, we hypothesize that MELF-pattern could have interactions with peritumoral inflammation immune response.

Materials and methods. 96 patients were divided into two groups according presence or absence of MELF-pattern. The first group included 45 subjects who had the EA with stromal changes specific MELF-pattern (MELF positive group). The second group consisted of 51 patients who had no MELF-pattern changes of stroma (MELF negative group). Immunohistochemically all cases were stained for the following markers: CD3- T-lymphocytes, CD20- B-lymphocytes, CD68- macrophages, S100- dendritic cells, CD57- NK-cells. Statistical analysis was performed for: Shapiro-Wilk's test, Mann-Whitney test, ROC analysis, Spearman correlation test. A $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results. Mann-Whitney test reveals statistically significant differences in CD3 and CD68 expression in both groups ($p <0.001$). There wasn't any statistically significant differences in other cells in both groups. A presence of CD3 in peritumoral infiltrate less than threshold criteria increased risk of MELF-pattern (OR = 2.9; 95% CI 1.7 to 7.2; p=0.002) Also decrease of the CD68-cells in peritumoral infiltrate was associated with presence of MELF-pattern (OR= 5.3; 95% CI 1.6 to 17.6; p=0.007).

Conclusions. Tumor-associated T-lymphocytes and macrophages are playing key roles in antitumor immune response in cases of EA with specific changes of desmoplastic reactions.

МАЛОІНВАЗИВНИЙ ХІРУРГІЧНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ВИСОКОГО РИЗИКУ

С.Л. Семко, О.Е. Стаховський

Національний інститут раку, Київ, Україна

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) є актуальною проблемою сучасності. Згідно останнім даним Національного канцер-реєстру смертність від РПЗ в Україні залишається стабільно високою з невеликою тенденцією до прогресування. Відмічається збільшення діагностики нових випадків кожного року, а виявлення на занедбаних стадіях сягає 30%. У світовій практиці РПЗ високого ризику частіше всього підлягає оперативному лікуванню, тоді як в Україні більше виняток, ніж правило.

Враховуючи активне впровадження малоінвазивних технологій в хірургічну практику, **метою** нашого дослідження було вивчення ефективності та доцільності лапароскопічної простатектомії у пацієнтів з РПЗ високої ризику.

Матеріали та методи. У групу дослідження увійшло 40 пацієнтів з РПЗ високого ризику (ПСА>20ng/ml або ступінь диференціювання пухлини за Глісоном >8, або стадія Т >2) . Середній вік пацієнтів складав 61,4 ± 8,3 років. Середній доопераційний ПСА 24±8нг/мл. Всі пацієнти проходили оперативне лікування в умовах НІР в період з 06.2016 по 12.2017р.

Результати. В ході дослідження розподіл за стадіями був наступним: найбільш частими стадіями після

фінального гістологічного висновку стали T3a і T3b (60%). У 6 випадках було відзначено ураження лімфовузлів. Збільшення стадії захворювання в нашому дослідженні відзначалося в 40% випадках, збільшення гістологічного статусу пухлини за шкалою Глісон – у 9 хворих (23,8%). На доопераційному етапі 7 (33%) пацієнтів отримували на гормональну терапію (від 1 міс до 6 міс), в яких зниження PSA визначалося з 21 ng/ml до 2,5 ng/ml. За характеристиками операції: тривалість в середньому склала 212±67,4 хв, крововтрата - 245,4±191,3мл. В одному випадку враховуючи поширеність захворювання та високу (>500 ml) крововтратою була проведена конверсія. Післяопераційний ліжко день в середньому склав 3±1,3 дні. 7 пацієнтів направлені на післяопераційну ПТ, у зв'язку з наявністю позитивних лімфовузлів після гістологічного дослідження. Біохімічний рецидив мали 7 пацієнтів (17,4%), яким у подальшому була призначена гормональна та променева терапія. 2 (5%) пацієнти спрогресували ураженням кісток, і отримували ад'ювантну гормональну та хіміотерапію. Зниження ПСА нижче 0,04 через 3 місяці після операції відмічалося 30 пацієнтів (75%).

Висновки. Лапароскопічна радикальна простатектомія має досить обнадійливі первинні результати і не поступається відкритим оперативним втручанням з позицій онкологічного контролю і функціонального результату серед пацієнтів з РПЗ високого ризику. Необхідні подальші дослідження з тривалим періодом спостереженням за хворими в післяопераційному періоді. Хірургічне лікування повинно бути першим кроком мультимодального підходу в лікуванні пацієнтів з РПЗ високого ризику.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЛАНОМА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ю.В. Сысоева, Д.И. Аверин, М.И. Ходжуж, В.Ф. Завизион, И.Н. Бондаренко

Актуальность: Злокачественная меланома (ЗМ) является одной из наиболее распространенных злокачественных новообразований, влияющих на молодых женщин (Bradford et al., 2010). Примерно одна треть женщин с диагнозом ЗМ имеют детородный возраст, и, согласно недавнему шведскому популяционному исследованию, является наиболее распространенным злокачественным новообразованием, сообщаемым во время беременности (Andersson et al., 2015, Lens and Bataille, 2008). Изменения в невусах во время беременности не должны считаться физиологическими и в каждом случае требуют немедленной биопсии. Обычные невусы не меняются в процессе беременности, и доказать их изменения можно только с помощью биопсии. Скорость же так называемых физиологических изменений в пигментных невусах при диспластическом невусном синдроме с беременностью значительно увеличивается. Следовательно, риск развития меланомы возрастает.

Цель: Изучить частоту встречаемости ЗМ в группе пациенток женского пола (1-ая группа), группе детородного возраста (2-ая группа) и группе беременных (3-я группа), а также сравнить клиническое течение между данными группами.

Материалы и методы: Изучить архив Городской Многопрофильной Больницы №4 г. Днипро, отобрать всех пациенток со ЗМ с 2010 года по 2014 и разделить на 3 группы.

Результаты: Было отобрано 548 историй пациенток с диагнозом меланома, из них 46,17 (n=253) составила группа женщин со ЗМ. Средняя глубина инвазии IV по Кларку. Более частая стадия в первой группе IIB, во второй IIA, в третьей III. В группе с интересующим нас диагнозом 6,75% (n=37) пациенток с более частой III стадией заболевания (n=24). Пациентки, у которых диагноз ставился во время беременности имели двухлетний безрецидивный прогноз хуже на 21% в течении 2-лет, чем другие пациентки (43% против 22%).

Выводы: Беременные имеют более худшие прогнозы безрецидивной выживаемости, а также более агрессивное течение заболевания. Значительно повышенный риск меланомы возникает у женщин с поздним возрастом при первой беременности. Для женщины в детородном возрасте с диагнозом меланома вопрос о будущей беременности должен решаться с учетом всех прогностических факторов. При высоком риске рецидива женщине следует избегать беременности в течение последующих нескольких лет.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТРАНСЛОКАЦІЇ T(3;14)(Q27;Q32) ГЕНА BCL6 У ХВОРИХ НА ДИФУЗНІ В-ВЕЛИКОКЛІТИННІ ЛІМФОМИ

Мартинчик А.В.

Національний інститут раку, Київ, Україна

Актуальність: Перебудова гена BCL6 на плечі хромосоми 3q27 є найчастішою цитогенетичною поломкою при ДВКЛ, що нараховує близько 35% всіх випадків (68). Прогностичний вплив перебудови гена BCL6 на клінічний перебіг та результати терапії залишається не до кінця з'ясованим. За даними Offit et al., реарранжування BCL6 асоціювалося з хорошим прогнозом (69). За результатами більшості наступних досліджень не було виявлено будь-якого впливу перебудови BCL6 на перебіг захворювання у пацієнтів з ДВКЛ, що отримували терапію за CHOP-подібними схемами (70,71). У більш пізніх дослідженнях було продемонстровано негативний прогностичний ефект даного маркера, а також кореляцію з підтипом non-GCB (72).

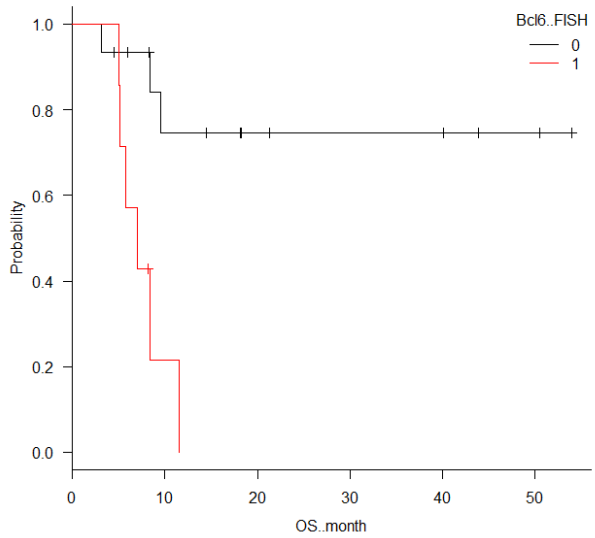
Мета: Порівняти вплив t(3;14)(q27;q32) гена BCL6 при ДВКЛ у пацієнтів з дифузною В-великоклітинною лімфомою на віддалені результати лікування.

Матеріали та методи: Проведено проспективне когортне дослідження, до якого були включені пацієнти з дифузною В-великоклітинною лімфомою, що отримували стандартну терапію у відділенні онкогематології Національного інституту раку з 2013 по грудень 2017 років. Аналіз виживання в групах хворих проводили за методом Kaplan-Meier з побудовою кривих вижива-

ності. Для кожної з виділених груп розраховували показники виживаності. Порівняння кривих виживаності проводили за допомогою логрангового критерію.

Результати: t(3;14)(q27;q32) гена BCL6 було визначено у 22 хворих з дифузною В-великоклітинною лімфомою. Наявність транслокації зареєстровано в 7 хворих, що складає 31,8 %. Групи з наявністю та відсутністю t(3;14)(q27;q32) не відрізнялися за такими клінічними характеристиками, як вік > 60 років, пізні стадії захворювання, підвищений рівень ЛДГ, наявність більше 2 екстранодальних уражень та стан хворого > 2 за шкалою ECOG та наявністю хворих з групи високого ризику за МПІ.

Для оцінки прогностичного значення молекулярно-генетичних маркерів оцінювалася 12-місячна безподійна та загальна виживаності. Зареєстровано достовірно більшу загальну та безподійну виживаності у разі відсутності t(3;14)(q27;q32) (74,7 % проти 21,4 %, p=0,000875 та 68,9 % проти 21,4 %, p=0,00312 відповідно).



Висновки: Наявність t(3;14)(q27;q32) гена BCL6 має негативне прогностичне значення при оцінці загальної виживаності пацієнтів з дифузною В-великоклітинною лімфомою.

NEUROENDOCRINE TUMORS OF PANCREAS: PLACE, JUSTIFICATION AND ELIGIBILITY FOR ORGAN-SPARING SURGERY

Yusifova S.

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Introduction. Pancreatic neuroendocrine tumors (pNETs) comprise only 1-2% of all pancreas neoplastic lesions being predominantly difficult to recognize, especially in the absence of specific symptoms. Surgical radical removal remains the primary therapy for localized tumors and only option to cure the disease completely. However, the majority of patients already have metastatic disease at the time of examination. In these cases, chemotherapy and targeted therapy are applied, nevertheless, cytoreductive surgery is also applicable for advanced stages providing symptom control in functioning tumors and higher overall survival in both functioning and non-functioning pNETs. Palliative surgery is indicated only if more than 90% of the mass of malignancy can be removed, otherwise, surgery is not performed as there is no difference in survival rates between patients that receive sub-optimal debulking compared to patients that undergo no surgery at all.

When selecting between pancreatic enucleation and resection for pNETs, the following factors should be considered: tumor is functioning or not, presence of metastases or local invasion, tumor size less than 2 cm, malignant potential, number of tumors (in 70% of MEN1 syndrome cases the lesion is multiple), location (distance to Wirsung duct). To assess the eligibility of tumor to be enucleated, not only thorough preoperative workup (CT, MRI, SRS, PET, EUS), but also intraoperative ultrasound examination are essential. However, enucleation is associated with challenging evaluation of regional lymph nodes. Additionally, although the majority of studies report similar rates of pancreatic fistula development after enucleation compared to resections, a higher severity of the above complication following enucleation is evidenced. Therefore, pNET enucleation should be limited to highly selected patients with insulinomas with carefully proved benign potential.

ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭККРИННОЙ АКРОСПИРОМЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛИМФОУЗЛЫ И КОСТИ

Д. Аверин, М. Ходжуж, В. Завизион, И. Бондаренко

ГУ Днепропетровская Медицинская Академия Министерства Охраны Здоровья Украины, Городская многопрофильная клиническая больница №4 ДОР

Актуальность: Акроспирома-это группа опухолей, которые имеют дифференцировку из потовой железы (син. нодулярная гидраденома, светлоклеточная гидраденома, сирингоэпителиома, солидно-кистозная гидра-

денома, эккринная аденома светлоклеточного типа), которые иногда связаны с кожей, от одиночных бляшек до экзофитный папул или узлов. Клиническое течение чаще доброкачественное и редко сообщается о злокачественных формах (син. злокачественная узелковая / прозрачная клеточная гидраденома, злокачественная прозрачная клеточная акроспирома, карцинома ящеристой клетки, первичная мукоэпидермоидная кожная карцинома). Локализуется в любой части тела, но чаще на лице, волосистой части головы и шее. Клинически они проявляются, как и другие кожные поражения, и первичное лечение чаще всего-это широкое локальное удаление с или без лимфодиссекции. По данным Pubmed и MedScape эффективность адьювантной химиотерапии и лучевой терапии требует дальнейшего изучения, так как результаты данных видов лечения ограничены.

Цель: Изучить данные доказательной медицины, касательно злокачественной акроспиромы диагностика и терапия. Оценить клинические случаи диагностики и терапии данного заболевания.

Материалы и методы: Мы оценивали 11 случаев злокачественной акроспиромы с локализацией в паховой области у мужчин от 47 до 73 лет. Изучали 26 статей (с PubMed) терапии данной опухоли.

Результаты: Жалобы при первичном обращении были на новообразование в данной области без травм и повреждения в анамнезе, масса новообразования постепенно увеличивалась и причиняла дискомфорт. Язв кожи и патологических выделений не было выявлено. При осмотре было установлено новообразования с размерами от 3 до 7 см (средний размер 5,2 см). При пальпации мягкое не спаянное и подлежащими тканями. Также в некоторых случаях были выявлены похожие новообразования на расстоянии от 2 до 7 см ниже первичного очага, как правило, меньшего размера, что клинически было похоже на лимфоузлы. Все пациенты были прооперированы (удаление первичного очага с паховой лимфодиссекцией) без показаний к химиотерапии или лучевой терапии. При патоморфологическом исследовании: новообразование кожи, акроспирома типа гидраденомы. С митотическими фигурами, без некроза. Узловая ткань – метастаз из той же опухоли. Тем не менее все пациенты были утеряны из наблюдения. Повторное обращение пациентов через 1-4 года (в среднем 2,3 года) с опухолью с той же локализацией. Жалобы на рецидив опухоли от 2 мес. до 1 год (в среднем 8 мес.) после операции с постепенным увеличением в размерах и дискомфортом. При осмотрах: твердая, гладкая, не спаянная с кожей, округлой формы новообразование от 4 до 8 см (в среднем 5 см) в паховой области (7 пациентов- правая). Была проведена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки, брюшной полости и полости таза, которая выявила четко выраженное поражение мягких тканей бедра в паховой области с умеренным гетерогенным усилением у 9 больных. У 1 больного КТ показало инвазию в бедренную кость, эрозией бедра и 8 ребра. Еще 1 больной с эрозией бедра и 7, 8 и 9 ребра. Пациентам с локальными рецидивами (подтверждено трепанбиопсией) было показано лучевое лечение в суммарной дозе 45 Гр в 20 фракциях. У 4 пациентов лечение было эффективно (рецидив не наблюдался в течении 2 лет). У 3 пациентов развилось изъязвление области облучения. Пациентам с метастазами в кости была проведена резекция ребер, паховая лимфаденэктомия, с последующим гистологическим исследованием. Оставшимся 5 больным (с метастазами и изъязвлением после лучевой терапии) была назначена адъювантная химиотерапия в объеме: паклитаксел 175 мг/м2, цисплатин 80 мг/м2 каждые 3 недели и длительностью цикла 4-6 месяцев. Пациенты регулярно наблюдались в стадии ремиссии в течении 1 года, и продолжают наблюдаться. Во всех случаях химиотерапия оказалась полностью эффективна. Рецидива заболевания у пациентов не наблюдается 1 год.

Выводы: Источники доказательной медицины не владеют достаточными материалами терапии злокачественной акроспиромы. Мы изучили влияние комплексной терапии, пациентов с рецидивом заболевания. Данные опухоли достаточно хорошо поддаются комплексному лечению.

ПОГРАНИЧНА МУЦИНОЗНА ЦИСТАДЕНОМА ЯЄЧНИКА ЯК ПРИЧИНА ВИНИКНЕННЯ ПСЕВДОМІКСОМИ ОЧЕРЕВИНИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Дронова В.Л., Дронов О.І., Бублієва О.І.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМНУ»

Науковий керівник проф. Дронова В.Л.

м. Київ, Україна

Актуальність: Псевдоміксома очеревини – це рідкісний клінічний стан, що характеризується локалізованим або генералізованим накопиченням желатиноподібного вмісту, пов'язаним, в більшості випадків, із муцинозними пухлинами органів шлунково-кишкового тракту, рідше - яєчників.

Мета: На підставі презентації клінічного випадку псевдоміксоми очеревини, обумовленої пограничною неоплазією яєчника, проаналізувати вплив циторедукції як самостійного методу лікування, на подальший перебіг хвороби.

Матеріали та методи: загальноприйняті клініко-лабораторні,інструментальні, радіологічні методи дослідження та визначення показників рівня онкомаркерів.

Результати: Пацієнтка І., 52 роки, поступила у відділення оперативної гінекології з діагнозом : Suspitio Ca правого яєчника. Асцит. Хронічний калькульозний холецистит. В анамнезі апендектомія 20 років тому. Рівень онкомаркерів: CA 125 –36, 41 од/мл, HE 4 –33,71 пмоль/л. КТ-ознаки вираженого асциту, ущільнення та набряку парієтальної очеревини, утворення правої яєчникової ямки (Ca?). Проведено оперативне лікування в об'ємі: хірургічна лапароскопія. Двобічна тубоваріоектомія. Холецистектомія. Ексфузія асциту. Особливістю

операції було накопичення желатиноподібного вмісту в об'ємі до 2 літрів, що розцінено як асцитична рідина. Оцінка об'єму циторедукції проводилась за індексом, запропонованому P.Sugarbaker. CC – 0. За даними ПГД виявлена погранична муцинозна цистаденома яєчника, з ознаками порушення цілісності стінки кістозних утворень. Враховуючи дані результати, проведена хірургічна лапароскопія. Оментумектомія. Ексфузія асцитичної рідини. Пацієнтка з'явилась на плановий огляд через 6 місяців після останнього оперативного лікування. Онкомаркери в межах референтних значень. За даними УЗД органів малого тазу – вільної рідини в порожнині малого тазу не виявлено. Відбулося покращення загального стану пацієнтки.

Висновки: Вказаний клінічний випадок відображає рідкісне поєднання пограничної пухлини яєчника з псевдоміксомою очеревини. Доведено ефективність виконання циторедуктивної операції, яка ставить під питання доцільність проведення хіміотерапії у пацієнтів з пухлинами потенційно низького ступеня злоякісності.

ВПРОВАДЖЕННЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ FAST TRACK SURGERY У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА В НАЦІОНАЛЬНОМУ ІНСТИТУТІ РАКУ

Кіркілевський С.І., Кондрацький Ю.М., Крахмальов П.С., Фридель Р.І.,

Колесник А.В., Мініч А.В.

Національний інститут раку, Київ, Україна

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

В нашій практиці для покращення безпосередніх результатів хірургічного лікування хворих на рак шлунка ми впроваджуємо програми FTS.

Матеріали та методи. За мультимодальною програмою FTS нами було проліковано 30 хворих на РШ. Контрольну групу склали 30 хворих на РШ, у яких періопераційне ведення проводилось за стандартними протоколами (СП).

У дослідній групі виконано 24 гастректомій, з них 4 – лапароскопічно, 13 – з верхньо-серединної лапаротомії, а 7 – з лівосторонньої тораколапаротомії. Виконано 6 проксимальних резекції шлунку з резекцією нижнього відділу стравоходу, з них 3 – з верхньо-серединної лапаротомії, 2 – з лівосторонньої тораколапаротомії, 1 - лапароскопічно.

У контрольній групі виконано 22 гастректомій, з них 14 – з верхньо-серединної лапаротомії, а 8 – з лівосторонньої тораколапаротомії. Виконано 8 проксимальних резекції шлунку з резекцією нижнього відділу стравоходу, всі з лівосторонньої тораколапаротомії.

Результати. Результати показали, що післяопераційний час відновлення пацієнтів був значно зменшений в протоколах ERAS, незалежно від мінімально інвазивної хірургічної техніки. При застосуванні лапароскопічних хірургічних методик, може бути досягнуто скорочення післяопераційного стаціонарне лікування приблизно на 1-у добу (ЛО + FTS 6,4 доби проти ВО + FT 7,4 доби). Незважаючи на значне зниження терміну післяопераційного перебування в стаціонарі у пацієнтів груп FTS, показник післяопераційних ускладнень не показав істотної різниці між групами (p>0,05).

Висновки. На основі наших даних, реабілітаційна програма FTS відіграла важливу роль у процесі відновлення хворих після операцій сприводу раку шлунку, що дозволило значно прискорити відновлення функції шлунково-кишкового тракту та скоротити час перебування в лікарні.

PECULIARITY OF KI-67 EXPRESSSION IN CERVICAL CANCER OF HIV INFECTION WOMEN

Dehtiar K., Lytvynenko M., Gargin V.*

Kharkiv National Medical University, Odessa National Medical University, Ukraine*

Background: Cervical cancer represents one of the most challenging public health problems in developing countries. Simultaneously, HIV-infected women have a higher risk of cervical cancer which is an AIDS defining cancer and evidence of increased level of proliferation in cervical cancer by immunohistochemical study of protein Ki67 on early stage can be used as prognostic factor with possible decrease of morbidity.

Aim: detection of proliferative activity in cervical cancer in women with HIV infection with Ki-67 immunohistochemical examination.

Materials and methods: 12 patients with HIV and in 12 patients without HIV infection have been selected for the study with histologically confirmed cervical cancer; averaged age was 35.5. Immunohistochemical examination (IHC) has been performed with detection of Ki-67 expression which was diagnosed with nuclear stain in the intermediate and superficial cells.

Results: As a result of IHC it was detected that positive Ki-67 expression have been revealed in 100%, but percentage of cell with positive staining was uneven in investigated groups. So, percentage of cell with positive staining Ki67 was ranged from 11.32 to 85.4 % (averaging

48.8%) in group without HIV. But it was ranged from 27.41 to 93.4 (averaging 62.5%) in HIV group.

IHC localization and intensity of response to Ki-67 have been depending of invasive growth varies on the degree of differentiation. Thus, in poor differentiated squamous cell carcinoma positive nuclear reaction for Ki-67 was detected in the majority of cells without a particular pattern. Level of Ki-67 is progressively increased in both investigated groups, but level of proliferation is significantly higher in group with HIV. So, averaging level for all histological types in group without HIV was 48.8±5.2% with 62.5±5.6% in group with HIV. Level of proliferation was more pronounced in group with HIV and in all histological types of cervical cancer.

Conclusion: Depend of histological type, expression of Ki-67 increased from 4.7±3.8% in well-differentiated squamous cell carcinoma till 89.2±5.1% in poor differentiated squamous cell carcinoma for group with HIV 21.3±2.4% till 79.4±3.7% in group without HIV accordingly. Patients with HIV are characterized by more pronounced level of proliferative activity.

ДІАГНОСТИКА КАРДІОТОКСИЧНОСТІ ПРИ ПОЗАСИСТЕМНОМУ ЛІКУВАННІ ПОВЕРХНЕВОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА АНТРАЦИКЛІНАМИ.

Годован Н.Л., Костюк О.Г., Машевська О.В., Таран І.В.

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

Актуальність: Основним методом лікування поверхневого раку сечового міхура (ПРСМ) є трансуретральна резекція стінки сечового міхура з пухлиною (ТУР) та ад'ювантна локальна хіміотерапія, що дозволяє значно знизити смертність хворих. Препарати антрациклінового ряду (доксорубіцін) є одними з най ефективніших. Відомо, що застосування доксорубіцину обмежене, кардіальною токсичністю, яка може призводити до застійної серцевої недостатності та дилатаційної кардіоміопатії. Порушення клітинних структур і функцій призводить до зниження скоротливої здатності міокарда, і цей ефект посилюється при збільшенні тривалості дії препарату. Діагностуватовано субклінічні пошкодження серця у пацієнтів, можна за - допомогою ЕКГ, ехокардіографії, аналізу концентрації серцевих ферментів та біохімічних маркерів пошкодження міокарда.

Ціль роботи: дослідити прояви кардіотоксичності при лікування поверхневого раку сечового міхура за допомогою антрациклінів.

Матеріали та методи: обстежено 24 хворих, які були розділені на 2 групи: група 1 – хворі з поверхневим раком сечового міхура, після (ТУР), що будуть отримувати доксорубіцин підслизово; група 2 - хворі з поверхневим раком сечового міхура, після (ТУР), що будуть отримувати доксорубіцин з димексидом шляхом внутрішньоміхурового введення

Для оцінки проявів кардіотоксичності визначаюли: рівень АсТ, креатинфосфокінази, лактатдегідрогенази та рівень топоніну І, також проводили 12 канальну ЕКГ та ехокардіографії. Оцінка даних показників проводилась до початку та на 7 день після лікування.

Результати: отримані нами дані показали, що інтенсивність розвитку ознак гостроі карідотоксичності в групі 1 показали: незначні зміни лаботаротних даних: підвищення рівня АсАТ та креатинфосфокінази (близько 13%) , а в групі 2 - були виявлені значно більший приріст показників: креатинфосфокіназа (збільшення КФК на 65,1 %), лактатдегідрогеназа (збільшення активності ЛДГ на 52,5%), зростання активності АсАТ в середньому на 46,5 % інших маркерів пошкодження міокарда, зокрема тропоніну (на 17%). На ЕКГ були виявлені більш виражені зміни у в 2 групі порівнянно з 1 групою: зниження амплітуди зубців R на 59,6 % та P на 48,9 %, подовження інтервалу Q-T на 20 %. А при ехокардіографії визначалась: систолічна дисфункцієя лівого шлуночка, зі зменшення фракції викиду до 48% у 37,8% пацієнтів, збільшення кінцево-діастолічного і кінцево-систолічного об'єму (КДО і КСО) серця на 34,3%.

Висновки: при позасистемно лікуванні поверхневого раку сечового міхура антрациклінами, було виявлено, що розвиток гострої кардіотоксичності розвивається повільніше і проявляється незначними коливаннями показників у групі 1, порівняно з групою 2.

ВИБІР ТАКТИКИ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Звірич В.В., Колеснік О.О., Шудрак А.А., Махмудов Д.Е., Безносенко А.П.

Національний інститут раку, Київ, Україна

Актуальність. За даними Національного канцер-реєстру та провідних світових баз даних, місцево-поширений рак прямої кишки (МРРПК) становить до 20% всіх первинно виявлених пухлин. Дана форма характеризується несприятливим прогнозом перебігу. На сьогодні відсутні загальноприйняті стандарти діагностики, стадіювання та лікувальної тактики МРРПК.

Мета роботи. Дослідити ефективність основних способів комбінованого лікування МРРПК.

Матеріали і методи. В період з 2008 по 2013 роки комбіноване лікування МРРПК проведене 123 пацієнтам. До основної групи увійшли 43 пацієнти, яким неоад'ювантне лікування проводилось у вигляді телегаматерапії СОД 50-60Гр на фоні 2-3 курсів поліхіміотерапії на основі оксаліплатину та фторпіримідинів із подальшим оперативним втручанням через 8-10 тижнів. До групи порівняння увійшли 80 пацієнтів, яким неоад'ювантне лікування проводилось у вигляді телегаматерапії 30-40Гр із призначенням фторпіримідинів в якості радіомодифікаторів із подальшим оперативним втручанням через 4-6 тижнів.

Результати. В цілому було зафіксовано 12 (29%) проявів гематологічної токсичності у пацієнтів основної групи, 20 (25%) - в контрольній групі, 16 проявів гастроинтестинальной токсичності у 6 (42%) пацієнтів основної групи, 19 у 12 (38%) - в контрольній групі, 7 інших прояви токсичності у 4 (29%) і 11 у 8 (25%) пацієнтів відповідно. У переважної більшості пацієнтів основної та контрольної групи відповідь на ХПТ проявилась стабілізацією процесу (64 і 72% відповідно). Часткова регресія була відзначена в 29 і 22%, повна регресія (урТ0) - у одного пацієнта основної та двох пацієнтів контрольної групи. Статистично достовірних відмінностей між групами не отримано. Інша тенденція спостерігається при оцінці відповіді на ХПТ в залежності від критеріїв mrTRG: так, 36% пацієнтів основної групи продемонстрували ступінь регресу mrTRG-2, а 60% пацієнтів контрольної групи - mrTRG-3, що свідчить про досить високий рівень ефективності ХЛТ, не дивлячись на відсутність зменшення ступеня поширеності первинної пухлини відповідно до критеріїв RECIST. Загальна п'ятирічна виживаність склала 55 ± 12,3% з медіаною в 24 міс., в основній групі і 39 ± 9,7% з медіаною в 27 міс. в контрольній; загальна п'ятирічна безрецидивної виживаність склала 34 ± 11,4% з медіаною в 11 міс. в основній групі і 28 ± 11,7% з медіаною в 14 міс. в контрольній групі ($p<.05$).

Висновок. Проведення неоад'ювантної хіміопроменевої терапії 50-60Гр на фоні поліхіміотерапії на основі оксаліплатину не викликає значного підвищення рівня токсичності, призводить до збільшення частоти регресії пухлин та дає можливість підвищити загальну та безрецидивну виживаність у хворих на МРРПК.

РЕЗУЛЬТАТИ БІОМЕХАНІЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ У ХВОРИХ ПУХЛИНАМИ ТАЗОВОЇ КІСТКИ

Костюк В.Ю., Лазарев І.А., Дєдков А. Г., Остафійчук В.В., Бойчук С.І., Максименко Б.В., Дєдков С.А.

Національний інститут раку, Київ, Україна

Актуальність: Реконструкція тазового кільця та дослідження біомеханічної поведінки у хворих пухлинами тазової кістки, яким виконано органозбережне хірургічне втручання, залишається важливим питанням сучасної онкологічної ортопедії та вимагає подальшого вивчення.

Мета: Вивчити поведінку біомеханічної системи «кістка-фіксатор-ендопротез» при застосуванні різних методик хірургічного лікування хворих на пухлини тазової кістки.

Матеріали і методи: В комп'ютерному програмному пакеті «SolidWorks» створено імітаційні 3-D моделі таза з 4 основними варіантами резекції тазової кістки з пухлиною (I-III типів за Enneking) та реконструкції дефекту металлопластмасовим спейсером з металевих гвинтів, балки для транспедикулярної фіксації, кісткового цементу та ендопротеза кульшового суглоба. Методом скінченних елементів (СЕ) досліджено деформування та поведінку системи при вазі пацієнта 75 кг.

Результати. Максимальне навантаження системи сконцентровано на спейсері з поліметилметакрилата. На гвинтах навантаження зосереджені під голівкою та мінімальні в їх дистальних частинах, тому довжина та положення гвинтів в тазовій кістці не буде суттєво впливати на стабільність конструкції. Мінімальний ризик нестабільності імплантата, перенавантаження контрлатеральної стегнової кістки виявлено при збереженні крижово-здухвинного та лонного зчленувань як важливих механічних структур. Навантаження на металевій балці в основному концентруються в місцях контакту з кріпленням на гвинтах та мінімальні в середній частині спейсера, тому встановлення балки для об'єднання контрлатеральних голівок гвинтів потребує дослідження та корекції методики реконструкції.

Висновки. Проведені біомеханічні дослідження демонструють нерівномірні навантаження на різних елементах моделі та встановлюють правила введення гвинтів та розуміння функціонування системи, що може покращити стабільність конструкції.

МОДЕЛЮВАННЯ ЗЛОЯКІСНОЇ МЕЛАНОМИ З МЕТАСТАЗАМИ У ПЕЧІНКУ ТА ТАКТИКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ЛАБОРАТОРНИХ УМОВАХ

Телегузова О.В.

Науковий керівник: проф., д.м.н. Гаврилюк А.О.

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

Вступ: лікування прогресуючих та рецидивуючих неоперабельних метастатичних уражень злоякісної меланоми у печінку залишається основною клінічною проблемою. Будь-яке лікування, яке впливає на метастатичні ураження печінки потенційно продовжує життя пацієнта. Варіанти лікування включають хірургічне втручання, місцеву органозберігаючу терапію, хіміотерапію, імуно-хіміотерапію, ізольовану печінкову перфузійну терапію, трансартеріальну хіміотерапію (ТАС) і трансартеріальну хіміоемболізацію (ТАХЕ). ТАХЕ була запропонована як метод паліативного лікування. Інтерлейкін-2 (ІЛ-2) - цитокін,який природно секретується активованими дендритними клітинами і моноцитами / макрофагами, відомий як ключовий протипухлинний засіб у багатьох моделях пухлин, в тому числі з моделями печінкових метастазів.

Мета: оцінити протипухлинну дію поєднання внутрішньоартеріальної ІЛ-2 генної терапії з транскатетерною хіміоемболізацією на моделі метастазів печінки кроликів з увеальною меланомою.

Матеріали і методи: кролики з метастазами в печінку при увеальній меланомі були рандомізовані на чотири групи, по вісім у кожній групі. Після лапаротомії і

введення голки 30-го калібру в власну печінкову артерію, були застосовані наступні інтервенційні протоколи процедури: 0,9% фізіологічний розчин (група А, контрольна), ТАХЕ (група В, поодинці ТАХЕ, ліпіодол і мітоміцін), внутрішньо- артеріальна терапія інтерлейкін-2 геном (група с, ІЛ-2), і внутрішньоартеріальне введення інтерлейкін-2 гена в поєднанні з ТАХЕ (група D, ІЛ-2 плюс ТАХЕ). Співвідношення росту оцінювали за допомогою комп'ютерної томографії. Для аналізу індексу апоптозу , пухлинні тканини експлантували для маркування за допомогою термінального кінця дезоксинуклеотидилтрансферази(дУТФ) (TUNEL) та фарбування через 14 днів після проведеної терапії. **Результати:** значні зміни індексу апоптозу спостерігалися в групі D у порівнянні з іншими трьома групами (P, 0.05). Різниця між групою С і групою А не була статистично значущою.

Висновки: внутрішньоартеріальна інтерлейкін-2 генна терапія в поєднанні з ТАХЕ володіє потужним протипухлинним ефектом при метастазах печінки кроликів з увеальною меланомою в порівнянні з використанням тільки ТАХЕ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Клименко В.Н., Клименко А.В., Николаев М.В.

Научный руководитель: д. мед. н. А.В. Клименко.

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

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

Цель: оценить эффективность и безопасность лапароскопической гастрэктомии при раке желудка и определить преимущества ЛапГЭ перед открытыми вмешательствами.

Материалы и методы: С 2011 по 2015 г. в клинике факультетской хирургии ЗГМУ радикальные операции при РЖ выполнены у 41 больного. Средний возраст составил 62,6 ± 14,7 г. Мужчин было 20 (48,8%), женщин – 21 (51,2%). Лапароскопическая гастрэктомия была выполнена 7 (17,1%) пациентам из них в тотальном варианте – 2 (4,8%), субтотальном – 5 (12,2%). Лапаротомная гастрэктомия (ЛтГЭ) – 34 (82,9%) больным, из них в тотальном варианте – 26 (63,4%) и в субтотальном – 8 (19,5%). У 37 (90,0%) пациента на момент операции определена T4N2M0 стадия онкопроцесса, у 4 (10,0%) – T3N1M0. Сопутствующая патология выявлена у 13 (32,5%) больных. Все пациенты обследованы согласно современных стандартов, включая ФГДС, КТ, УЗИ, до и послеоперационное патогистологическое исследование.

Результаты и обсуждение: ЛапГЭ имеет все основные преимущества ЛтГЭ, а именно полное удаление опухоли согласно онкологических стандартов, лимфодиссекция в объеме D2 с удалением всех видимых по КТ пораженных лимфоузлов и большого сальника, наложение классического ручного анастомоза. Отмечено, что у больных группы ЛапГЭ не было значимых интраоперационных 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 отсутсвием послеоперационной пневмонии и пареза кишечника.

Выводы: Лапароскопическая гастрэктомия при раке желудка характеризуется хорошим профилем эффективности и безопасности, позволяет выполнять требуемый радикальный объём вмешательства, что, в итоге, определяет благоприятное течение послеоперационного периода при сравнении с традиционной лапаротомной гастрэктомией.

КРОВОЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ ОБ'ЄМНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ПЕЧІНКИ

Пісецька М.Е. Осокін А.Е.

КНП «Обласний центр онкології», Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Актуальність. Резекція печінки є операцією вибору у хворих з об'ємними утвореннями. Масивна крововтрата під час резекції печінки була у минулому та залишається і сьогодні однією з головних проблем хірургічної гепатології. Застосування судинної оклюзії печінки, малотравматичних методів диссекції печінкової паренхіми та принципів малооб'ємної інфузійної терапії під час операції – ось три основні шляхи подолання цієї проблеми.

Мета. Поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з об'ємними утвореннями печінки.

Матеріали та методи. У досліджені приймали участь 103 хворі, яким було виконано резекцію печінки з приводу об'ємного утворення. Хворі були розподілені на дві групи: група порівняння (n=52), хворим якої виконували резекції без застосування кровозберігаючих технологій, та основна група (n=51), хворих якої оперували із виконанням судинної оклюзії у режимі 5-10-15, дисекцію паренхіми виконували методом Clamp-crash із прецизійною обробкою трубчастих структур, застосовували принципи малооб'ємної інфузійної терапії під час резекції. Досліджували рівень інтраопераційної крововтрати, тривалість оперативного втручання, рівень трансаміназ, білірубіну, протромбінового індек-

су та альбуміну на 1-у, 3-ю та 8-у добу після операції, кількість хворих, яким не проводилась гемотрансфузія, наявність ускладнень у післяопераційному періоді.

Результати та їх обговорення. При порівнянні результатів лікування хворих обох груп виявилось, що застосування кровозберігаючих технологій при резекціях печінки істотно не позначилося на тривалості оперативного втручання. Медіани даного показника в групі порівняння і основній групі були ідентичними і становили 179 хв. Проте суттєво зменшилася крововтрата під час операції. Медіана даного показника в групі порівняння становила 902 мл (135–3500 мл), а в основній групі – 478 мл (128–950 мл). Відмінності між показниками статистично достовірні (p = 0,007). Безумовно це позначилося і на кількості пацієнтів, яким не проводилася трансфузія еритроцитарної маси в інтра- та післяопераційному періодах. Даний показник в групі порівняння становив 23,07%, а в основній групі він і становив 47,1%. Як видно з представлених даних, застосування розробленого технологічного підходу дозволило зменшити не тільки обсяг крововтрати, а й необхідність у трансфузії еритроцитарної маси. Загальна кількість хворих з післяопераційними ускладненнями зменшилася з 32,7% в групі порівняння до 19,6% в основній групі за рахунок зниження як специфічних, так і загальнохірургічних ускладнень. Щодо післяопераційної летальності, то даний показник у групі порівняння становив 5,8%, в основній групі – 1,96%.

Висновки. Таким чином, застосування кровозберігаючих технологій в хірургії печінки дозволяє поліпшити результати лікування хворих з об'ємними утвореннями печінки головним чином за рахунок зменшення крововтрати.

ЗНАЧЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ ТОПОІЗОМЕРАЗИ 2Б У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

А.А. Самусєва, Р.В. Любота, О.С. Зотов, Р.І. Верещако

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

Рак молочної залози (РМЗ) є гетерогенним захворюванням, прогноз, перебіг і тактика лікування, якого залежить від морфологічних і молекулярних особливостей будови клітин пухлини. У ряді випадків у пацієнтів з однаковими клінічними і молекулярнобіологічними характеристиками РМЗ ефективність однієї і тієї ж тактики лікування різна, що вказує на недосконалість стандартних прогностичних факторів, які використовуються в рутинній клінічній практиці та диктує необхідність більш поглибленого вивчення молекулярних механізмів канцерогенезу з метою персоніфікації лікування.

Більшість програм хіміотерапії РМЗ включають принаймні один цитостатик, дія якого спрямована на пошкодження молекул ДНК, а процеси репарації пошкодженої хіміотерапією ДНК визначають життєздатність клітин пухлини. Ключова роль у процесах репарації ДНК належить топоізомеразі (ТОР). Топоізомерази – група ядерних ферментів, які каталізують топологічні зміни кільцевої молекули ДНК шляхом створення тимчасового одноланцюгового або дволанцюгового розриву в молекулі ДНК. Інгібітори ТОР мають велике клінічне значення, так як блокування цих ферментів призводить до зупинки клітинного циклу і ініціації апоптозу. В залежності від механізму дії ТОР поділяються на 2 групи, які в свою чергу поділяються на підгрупи б та в. У канцерогенезі РМЗ більше значення має саме ТОР 2б, що робить її логічною ціллю медикаментозної терапії РМЗ, а саме протипухлинних антибіотиків. Механізм цитостатичної дії яких пов'язаний з пригніченням синтезу нуклеїнових кислот на рівні ДНК-матриці.

Найбільш широке застосування в клінічній практиці отримали антрациклінові антибіотики. Механізм їх дії полягає у інтеркаляції та ковалентному зв'язуванню (ланцюгів) ДНК, гальмування ТОР 2, формування вільних радикалів. Існує багато досліджень метою яких було вивчення впливу експресії ТОР 2б на прогноз перебігу захварювання у хворих на РМЗ. Проте, результати цих досліджень суперечливі.

Висновки: сучасні стандарти лікування РМЗ ґрунтуються на аналізі не тільки гістологічної будови пухлини, але й її молекулярних особливостей. Однак, незадовільні результати лікування певної категорії хворих на РМЗ при використанні існуючих прогностичних факторів обумовлює актуальність пошуку нових прогностично значущих маркерів, які впливатимуть на ефективність терапії. Тому важливим є більш детальне розуміння значення ТОР в якості мішеней антибактеріальних агентів, та вплив цих ферментів на прогноз перебігу та тактику лікування хворих на РМЗ.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ АНТИГЕНУ HLA КЛАСУ II У РІЗНИХ ТИПІВ СОЛІДНИХ ПУХЛИН ЯК МАРКЕР ПРОГНОЗУ ЗАХВОРЮВАННЯ

О.Є. Маєвський, А.М. Бобр

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

Актуальність: колоректальний рак займає друге за частотою місце за причиною смерті у світі. За данними літератури останніх років, простежується зв'язок між імунним інфільтратом та відповіддю на традиційну терапію, а також можливістю комбінування її з активною імунотерапією при різних типах солідних пухлин. У пацієнтів з колоректальним раком, раком ободової та прямої кишки наявність інфільтрованих імунними клітинами пухлин корилює з кращим прогнозом. Проте для отримання позитивного результату лікування необхідно знати фенотип та розташування інфільтрату імунних клітин в пухлині.

Мета: визначення частоти експресії антигену HLA класа II в пухлинах колоректальної карциноми (CRC). Причиною ризику успадкування спадкової CRC-пухли-

ни є дефекти в системі ДНК (MMR), що призводить до мутації клітин. Антигени HLA класу II грають ключову роль в стимулюванні запальної відповіді проти пухлинних антигенів. Вони не виражені у нормі, але можуть бути виявлені в клітинах CRC. Антигени HLA класу II були виявлені приблизно в 95% запальних інфільтруючих клітин проаналізованих пухлин CRC. Частота експресії антигену HLA класу II збільшувалася з прогресуванням захворювання. Експресія HLA класу II становила 5% в зразках нормальної слизової оболонки, близько 19% при колоректальній аденомі і близько 25% в пухлинах CRC. Різниця в експресії антигену HLA класу II підтверджує те, що в колоректальній слизовій оболонці антигенна експресія пов'язана з прогресуванням захворювання. Пухлини пацієнтів без рецидиву мали значно вищу щільність до таких маркерів як CD3 +, CD8 +, Т-клітинні ефектори і CD45RO + в центрі пухлини та в інвазійній ділянці. Експресія антигенів HLA класу II може бути результатом активації запальної реакції, опосередкованої імунними клітинами, проникаючими в мікрооточення пухлини.

Окрім експресії на антигенпрезентуючих клітинах, В-лімфоцитах і активованих Т-лімфоцитах, антигени HLA класу II визначаються при карциномі молочної залози (частота експресії 74,5%), при нирково-клітинній карциномі (частота 100%), а також у первинних меланомах (частота 60%).

Висновок: Дослідження вказує на важливість оцінки імунного інфільтрату в пухлині для прийняття рішення про тактику ведення пацієнтів з використанням терапевтичних імунних вакцин у поєднанні з більш звичайними методами терапії для покращення прогнозу пацієнта.

ОНКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИБОРУ ТАКТИКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ

Колеснік О.О., Махмудов Д.Е., Ганченко Я.А., Задоріжний Б.І.

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

Актуальність: В Україні маніфестація раку прямої кишки через гостру кишкову непрохідність складає близько 40% від всіх зареєстрованих.Лікувальна тактика на першому етапі, не дозволяє виконати радикальну операцію, а лише симптоматичну (колостому), тому хочу звернути увагу на послідовність та техніку хірургічних втручань при данній проблемі, щоб дати змогу виконати як онкологічну так і реконстуктивну операцію

Мета: Метою нашої роботи було визначити оптимальні методи хірургічного лікування, та тактику,при лікуванні раку прямої кишки, ускладненого гострою кишковою непрохідністю.

Матеріали та методи: був проведенний ретроспективний аналіз лікування хворого,огляд літератури,анатоміних атласів,оцифрованого КТ і МРТ.

Результати: У данного пацієнта внаслідок техніки виконання першої операції (з приводу ГКН), прогрессування пухлини, неспроможності сформованної петльової стоми, чисельного канцероматозу,абсцесу та нориці (яки були виявлені внаслідок після встановлення стоми) ,дозволяє припустити що тактика лікування пацієнта була хибною, оскільки на останньому етапі оперативного втручання, клінічний стан пацієнта не дозволив зробити реконструктивну операцію, а обмежитися, лише пластикою стоми.

Висновки:

1. В Україні маніфестація РПК через ГКН частіша ніж у Европі та США.

2.При виконанні симтоматичної операції слід враховувати, тактику наступного лікування.

3. Планування симтоматичної операції з " презупцією радикалізму" та "преузмпцією реконструкції".

ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ПУХЛИН

Колеснік О.О. Махмудов Д.Е., Задоріжний Б.І., Ганченко Я.А.

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

Актуальність. Гастро-ентеро-панкреатичні нейроендокринні пухлини (ГЕП-НЕП) являють собою рідкісний підтип злоякісних новоутворень, що походять з дифузної кишкової ендокринної системи, 3-4% з яких - колоректальні. Результати хірургічного лікування колоректальних НЕП залишаються недооціненими.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 56 хворих, в яких було проведено хірургічне лікування колоректальних НЕП. Оцінено: середній вік, місце первинної локалізації пухлини, ступінь злоякісності (класифікація ВООЗ-2010), частота локальної та поширеної форми, загальні показники виживання 5 років.

Результати. Середній вік хворих становив 58 ± 13 років, розподіл за чоловічою та жіночою статтю був однаковим. Жоден з пацієнтів серед обраної популяції досліджуваних, не проявляв карциноїдного синдрому - у всіх були загальні симптоми. НЕП-G1 (Ki-67 d" 2%) спостерігали у 23 пацієнтів (40%), НЕП-G2 (Ki-67 - 3-20%) - у 13 (24%) і НЕК-G3 (нейроендокринні карциноми - Ki -67 e"20%) були присутні у 20 пацієнтів (36%). Первинна локалізація пухлини в товстій кишці спостерігалася у 36 пацієнтів (64%), у прямій кишці - 20 (36%). Нейроендокринні пухлини товстої кишки в основному мали локлізацю в апендиксі та сліпій кишці - 15 (26%), ректальні НЕП - у нижній частині прямої кишки - 9 (16%). Первинні метастази були у 12 пацієнтів (22%) - 10 (18%) мали метастази у печінку, 2 (4%) - позапечінкові. До січня 2013 року 17 пацієнтів (31%) померли – у 11 (20%) спостерігалось прогресування пухлини, в

тому числі у 6 (11%) - з причин, не пов'язаних з пухлиною. Рецидив пухлини спостерігався у 7 пацієнтів (13%) - переважно після проведення операції передньої резекції прямої кишки. Загальна 5-річна виживаність та медіана виживання пацієнтів з I- II стадією TNM становили 76 ± 11,4% та 140 місяців, III стадії TNM - 81 ± 9% та 120 місяців, IV стадія THM - 63 ± 7,5% та 90 місяців. Загальна 5-річна виживаність та медіана виживання пацієнтів з стадією G1 за ВООЗ становили 100% та 260 місяців, G2 - 87 ± 8% та 135 місяців, G3 - 46 ± 8% та 50 місяців.

Висновки. Колоректальні ГЕП-НЕП являють собою рідкісну групу злоякісних пухлин, які демонструють велику відмінність від аденокарциноми клінічно та біологічно з сприятливими прогностичними ознаками.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПУХЛИНАХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Квасівка О.О., Копчак К.В., Васильєв О.В., Копецький В.І., Чевердюк Д.О.

Національний інститут раку, Київ, Україна

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

Матеріали і методи. В цій роботі представлено досвід виконання резекційних операцій на підшлунковій залозі з лапароскопічного доступу, виконаних в Національному інституті раку в 2017 році. Нами виконано 5 дистальних резекцій підшлункової залози з лапароскопічного доступу та 4 панкреатодуоденальні резекції у пацієнтів з новоутвореннями підшлункової залози. Чоловіків було 5 (57,1%), жінок – 4 (42,9%). Середній вік пацієнтів склав 48,7±10,7 років (від 34 до 62 років). Критеріями включення були доброякісні та злоякісні пухлини підшлункової залози. Відносним протипоказанням до виконання лапароскопічного оперативного втручання були злоякісні резектабельні пухлини підшлункової залози, що мали щільний контакт з магістральними артеріальними та венозними судинами, а також виражена лімфаденопатія.

Результати. Остаточна морфологічна верифікація новоутворень у пацієнтів даної групи була наступна: 2 (22,2%) нейроендокринні пухлини, 2 (22,2%) муцинозні кістозні пухлини та 5 (55,6%) аденокарциноми – 2 голівки підшлункової залози і 1 тіла. Конверсій не було. В 1 випадку (20,0%) проведено дистальну резекцією зі збереженням селезінки та селезінкових судин за Kimura. При периампулярних новоутвореннях в обох випадках виконували пілорус-зберігаючу методику ПДР з виконанням реконструктивного етапу з мінідоступа на одній петлі за Child та виконанням панкреатоентероанастомозу на зовнішньому дренажі головної панкреатичної протоки. В одному випадку ПДР виконано з крайовою резекцією верхньої брижової вени з мінідоступа. У 2 пацієнтів (1 при виконанні дистальної резекції та 1 при виконанні ПДР) оперативне втручання виконували після раніше виконаного великого оперативного втручання на верхньому поверсі черевної порожнини (правобічна геміколектомія та лапаротомна апендектомія з приводу розлитого перитоніту)

Тривалість оперативного втручання коливалася від 90 до 210 хвилин (середня - 174,0±48,0 хвилин) при виконанні дистальної резекції, крововтрата коливалась від 30 до 100 мл (середнє значення 76,0±30,0 мл). Панкреатодуоденальні резекції тривали по 420 хвилин, крововтрата склала 100 та 500 мл.

Післяопераційні ускладнення виникли у 2 пацієнтів після дистальних резекцій (40,0%) та у 1 після ПДР; з боку кукси підшлункової залози – у 2 пацієнтів після дистальних резекцій. Летальних випадків в даній групі не було.

Тривалість перебування у стаціонарі після операції у пацієнтів з лапароскопічними резекціями підшлункової залози коливалась від 5 до 14 діб. Середня тривалість перебування в стаціонарі після операції склала 7,4±2,9 діб.

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

РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА САРКОМУ М'ЯКИХ ТКАНИН ВИСОКОГО СТУПЕНЮ РИЗИКУ

Остафійчук В.В., Коровін С.І., Палівець А.Ю., Кукушкіна М.М., Костюк В.Ю., Кротевич М.С., Палій М.І.

Національний інститут раку, Київ, Україна

Ключові слова: Саркома м'яких тканин, хірургічне лікування, променева терапія, хіміотерапія

Вступ: Метою даного дослідження була оцінка передопераційної та післяопераційної хіміотерапії, променевої терапії та їх комбінації при саркомах м'яких тканин кінцівок та тулуба 3 стадії.

Матеріали : Проаналізовані підсумки комплексного лікування 81 хворих на СМТ IIIст., що проходили лікування в Національному інституті раку в період з 2011 по 2016 р., в залежності від використання в передопераційному та післяопераційному періоді поліхіміотерапії (ПХТ), променевої терапії (ПТ) чи їх комбінації.

Методи дослідження: Всі пацієнти були розподілені на 2 групи. Першу групу склали 40 хворих, які отримували: 2 курси неоад'ювантної (НА) системної ПХТ за схемою CyVADIC (вінкристин – 1,4 мг/м^2; циклофосфан – 500 мг/м^2; доксорубіцин – 50 мг/м^2; дакарбазин – 1200 мг/м^2;) з інтервалом 3 тижні та наступним хірургічним лікуванням, в післяопераційному періоді хворим проводилось 2 курси ПХТ за схемою VAC(1-й день: вінкристин – 1,5 мг/м^2; доксорубіцин - 60 мг/м^2; циклофосфан – 1200мг/м^2;) та курс променевої терапії (ПТ) на ложе видаленої пухлини в сумарній вогнищевій дозі

(СОД) 50 Гр . Група 2 складалась із 41 хворих, які отримали лікування: курс НА системної ПХТ за схемою CyVADIC та ПТ в СВД 35-40 Гр з наступним хірургічним втручанням, в післяопераційному періоді пацієнтам проводилось 2 курси системної ПХТ за схемою VAC та курс ПТ СВД 20 Гр з наступним хірургічним втручанням.

Результати: При оцінці відповіді на неоад'ювантну терапію за системою RECIST 1.1 прогресія захворювання в 1 групі склала – 17,5%, в 2-й групі - 7,3% (p=0,16), стабілізація захворювання в 1 групі відмічалась – 77,5% в 2-й групі -73,9%(p=0,65), об'єктивна відповідь в об'ємі часткової та повної регресії в 1 групі відбулась в– 5,0%, в 2-й групі -19,4% (p=0,04). Загальна 3 -річна виживаність в групі 1 склала 75,6 ± 6,3%, в групі 2 - 70,7±7,7% (p=0,32). Локальна 3 -річна безрецидивна виживаність дорівнювала відповідно 87,2 ±5,2%, 89,5±4,6% (p=0,32), а безметастатична 3 –річна виживаність 75,0±6,8% та 58,5±7,1% (p=0,04) відповідно.

Висновки: Комбінація ПТ та ПХТ в НА режимі достовірно покращує ефективність щодо ПХТ в монорежимі.

Застосування протоколу лікування в групі 1 достовірно покращує показники 3-х річної безметастатичної виживаності порівняно із методикою лікування використаної в групі 2.

ПАТОМОРФОЗ ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Савенков Д.Ю., Шпекторовский И.Я.

Коммунальное учреждение «Клинический онкологический диспансер»

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

Заболеваемость колоректальным раком занимает третье место среди мужчин и второе - среди женщин в мире. Лечение рака прямой кишки является актуальной темой на сегодняшний момент. Хирургические методы лечения изучены достаточно хорошо. Достижение отрицательных краев резекции R0 при местно-распространенном раке прямой кишки влияют на частоту безрецидивной выживаемости пациентов. С появлением химиолучевой терапии процент локорегиональных рецидивов при местно-распространенном раке прямой кишки снизился почти на 90%. Неоадъювантная химиолучевая терапия улучшила местный контроль и общую выживаемость пациентов с раком прямой кишки за последние несколько десятилетий. Адекватный патоморфологический аудит дает возможность оценить «down staging» и «down sizing» опухоли прямой кишки после проведенного неоадьюватного лечения.

Цель исследования. Изучение и оценка патоморфоза идиопатических, не метастазирующих опухолей прямой кишки после неоадъювантной терапии.

Материалы и методы. Для исследования были взяты материалы ESMO guidelines, NCCN guidelines, PubMed, Cochrane Library, UpToDate. Ретроспективно проанализированы данные 60 пациентов с 2015-2016гг. пролеченных на базе хирургического отделения №2 «Клинического онкологического диспансера» в городе Днепр с местно-распространенными, не метастатическими опухолями прямой кишки, получавших предоперационную лучевую терапию в объеме СОД 43 Гр., одному пациенту - СОД 28 Гр на прямую кишку и параректальную клетчатку. 4 пациентам была проведена неоадъювантная химиотерапия по схемам: «PLF», «XELOX», «FOLFOX», Мейо. Всем пациентам было проведено радикальное оперативное вмешательство придерживаясь критериям тотальной мезоректумэктомии.

Морфологический аудит опухолевого патоморфоза был произведен по шкале Лавниковой: I степень — более 50% опухолевой паренхимы сохранено; II степень — сохранено 20–50% опухолевой паренхимы; III степень — до 20% паренхимы опухоли сохранилось в виде отдельных очагов; IV степень — полное отсутствие опухолевой паренхимы.

Результаты. Пациенты получившие предоперационную лучевую терапию в объеме СОД 43 гр. - патоморфоз опухоли по Лавниковой : 1 стадия наблюдалась у 12 (19,7%) пациентов, 2-3 стадия у 37 (60,7%) пациентов, а 4 стадия у 6 (9,8%) пациентов. Один пациент получил предоперационную лучевую терапию в объеме СОД 28 Гр., после чего наблюдался патоморфоз опухоли 1-2 стадии. Предоперационную химиотерапию получили 4 пациента : первый пациент получил 6 курсов «PLF» - 1 стадия патоморфоза, второй пациент получил 2 курса Мейо - 1 стадия патоморфоза, третий пациент получил 4 курса «XELOX» - 2 стадия патоморфоза и четвертый пациент получил 2 курса «FOLFOX-6» - 1 стадия патоморфоза.

Выводы. Таким образом использование одного из методов предоперационного воздействия не дает положительного результата полного патологического ответа опухоли (стадия 4 по Лавниковой). Внедрения_мультидисциплинарного_подхода в лечение рака прямой кишки с использованием неоадъювантной химиолучевой терапии и хороший патоморфологический аудит влечет за собой уменьшение количества рецидивов и достижение R0 краев резекции.

ПРОГРАМА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРИТОНІАЛЬНИМ КАРЦИНОМАТОЗОМ: ПЕРШІ ПІДСУМКИ

Копецький В.І., Чевердюк Д.О., Квасівка О.О., Васильєв О.В.

Національний інститут раку, Київ, Україна

Вступ: Метастази пухлини в очеревину – перитоніальний карциноматоз – гетерогенної природи, але об'єднують їх песимістичні погляди що до можливості лікування серед більшості онкологів. Значний прогрес

у лікуванні за останні дві декади, який включає циторедуктивну хірургію комбіновану із гіпертермічною внутрішньочеревною хіміоперфузією, дозволив досягти значних успіхів у лікуванні таких хворих.

Мета: Дослідити безпосередні результати лікування хворих із перитоніальним карциноматозом.

Матеріали та методи: За результатами аналізу проспективної бази даних з вересня 2017 по грудень 2017 року включно, було прооперовано 10 хворих із перитоніальним карциноматозом, 8 із них була проведена внутрішньочеревна гіпертермічна хіміоперфузія (HIPEC). Було проаналізовано епідеміологічні дані, показники перитоніального канцер індексу (PCI), ранні та пізні хірургічні ускладнення, 30-денну летальність.

Результати: Нозології розподілились наступним чином: рак яєчників – 5 (50%), колоректальний рак – 2 (20%), псевдоміксома очеревини – 2 (20%), мезотеліома – 1 (10%). Середній вік хворих склав 53 роки (від 37 до 70); жінок було 9 (90%). Середній показник PCI склав 14.8 (від 4 до 30), одній пацієнтці була проведена профілактична HIPEC. Двом хворим планується інтервальна завершальна циторедукція із HIPEC. Ускладненя виникли у 30% пацієнтів: в тому числі, які потребували медикаментозної корекції у 1 пацієнтки (10%), хірургічної корекції у двох пацієнтів (20%). 30-денної летальності не було.

Висновки: Правильне планування хірургічного втручання та селекція хворих дозволили отримати задовільні безпосередні результати, налагодити логістику та взаємодію між хірургічною та анестезіологічною службами, оптимізувати роботу служби лабораторної діагностики та рентгенологічного відділення.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ (ВТС) ЛОБЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКОГО

Шилина М.В.

Харьковский национальный медицинский университет (ХНМУ), Харьков, Украина

Актуальность. Ежегодно в Украине от рака умирают около 90 тыс. человек, из них 35% люди трудоспособного возраста. Ежедневно в Украине заболевают раком 450 людей, из них погибают 250. У мужчин в возрасте 30-74 лет наиболее распространены злокачественные новообразования легких. Широкое внедрение видео эндоскопических технологий расширяет диапазон хирургического вмешательства при раке легких у онкологических больных в Украине.

Цель работы. Оценить эффективность ВТС лобэктомий с периферической бронхокарциномой для больных 1,2 стадии.

Объекты и методы. Сравнительный анализ послеоперационного течения у 10 больных, оперированных по поводу периферической бронхокарциномы на стадиях T1-T2, N0-N1; для 5 больных были выполнены ВТС лобэктомии, для 5 - открытым методом.

Результаты. Особенности хирургической техники при выполненных ВТС лобэктомиях сводились к обработке основных структур корня легкого эндоскопически сшивающими аппаратами ETHICON endo-surgery с обязательной регионарной лимфодисекцией. Т.е., были выполнены лобэктомии с соблюдением всех онкологических принципов. Две лобэктомии были выполнены по поводу периферической BrCa верхней доли левого легкого, две - правого легкого и одна -нижней доли легкого. Открытые операции выполнялись при точно такой же локализации опухолевого процесса.

Анализ послеоперационного течения. У больных операция традиционным способом показала стандартное средне-тяжёлое течение. Плевральные дренажи в среднем были удалены на 5–7е сутки. У всех пациентов наблюдался экссудативный плеврит от 5 до 12 дней, потребовавший дополнительного пункционного лечения с обязательной внутриплевральной инсталляцией антисептиков.

В среднем швы с раны были сняты на 10–14е сутки, у всех больных участки торакотомных ран зажили вторичным натяжением. Все пациенты были выписаны на 12–14е сутки после операции.

У всех пациентов, перенесших ВТС лобэктомии, течение послеоперационного периода протекало значительно легче, двигательная активность практически полностью восстанавливалась на 1-е сутки, наркотические анальгетики не применялись, у всех больных плевральные дренажи удалены на 3-е сутки после рентгенологических констатаций полного расправления легкого. Экссудативный плеврит наблюдался у одного больного. Швы с торакопортных ран снимались на 7-е сутки, все раны зажили первичным натяжением. Все пациенты были выписаны на 5-е сутки после операции.

Выводы. ВТС лобэктомия - высокоэффективный и в тоже время малоинвазивный метод хирургической карциномы рака легкого на начальных стадиях заболевания. Сокращение послеоперационного периода вдвое, снижение травматичности операции, а также выраженный косметический эффект позволяет рекомендовать данный вид операции в качестве приоритетного.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Ширналиев Н.М., Андреева Н.Л.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь

Ключевые слова: беременность, осложнения беременности, злокачественные заболевания шейки матки.

Резюме. Изучено течение беременности при раке шейки матки, определены оптимальные сроки родоразрешения беременных с раком шейки матки.

В настоящее время участились случаи регистрации заболевания у первородящих и случаи выявления инвазивного РШМ во время желанной беременности, когда больные настаивают на сохранении плода, несмотря на риски прогрессирования заболевания.

Цель: оптимизация ведения пациентов с новообразованиями шейки матки при беременности, изучение

исходов заболевания и беременности, оценка прогноза рака шейки матки.

Задачи исследования: определить средний возраст беременных с РШМ и структуру заболеваний шейки матки у беременных; определить оптимальные сроки и методы родоразрешения беременных при наличии у них онкологических заболеваний; оценить течение и исходы беременности у женщин при РШМ.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач, в экспериментально-клиническом исследовании приняло участие всего 88 беременных женщин в возрасте от 18 до 40 лет из отделений патологии беременности № 1 и № 2 ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» и ГУ РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» г. Минска за период 2011-2017 годы.

Всем беременным, принявшим участие в исследовании, проводилась оценка частоты основных осложнений гестационного процесса. Частота возникновения основных акушерских осложнений сравнивалась между тремя группами беременных: Группа А (основная группа); Группа В (группа сравнения); Групп С (группа контроля).

Превалирующее количество обследуемых приходилось на возрастную группу от 31 до 35 лет, именно на этот возрастной период приходилось максимальное число пациентов. Средний возраст всех пациенток составил 30,57±0,5 года.

Результаты. По результатам гистологического исследования биоматериала, полученного от пациенток основной группы и группы сравнения выявлено, что в 86,4% (38) всех случаев РШМ (44) обнаруживается плоскоклеточная карцинома, в 11,4% (5) - аденокарцинома и в 2,2% (1) - нейроэпителиальная опухоль.

Родоразрешение в группе А проводилось путем кесарево сечения, за исключением 5 пациенток с РШМ in situ, которые первоначально были допущены к самостоятельным родам, но потом возникла необходимость проведения кесарево сечения. В итоге, все пациентки группы А родоразрешались операцией кесарева сечения.

Беременные женщины группы В, у которых обнаружен РШМ в анамнезе родоразрешение путем планового кесарева сечения в 100 %.

Среди сопутствующих заболеваний по выборке преобладала сопутствующая акушерско-гинекологическая патология всего 29 случаев, патология эндокринной системы (заболевания щитовидной железы преимущественно) – в 14 случаях, а также патология сердечно-сосудистой системы – в 13 случаях и патология мочевой системы – в 10 случаях.

Выводы. Клиническое обследование пациенток способствует более качественному выявлению склонности к РШМ, в том числе учитывая анамнестические данные. У большинства пациенток группы В с момента обнаружения онкологии и ее лечения до наступления беременности прошло более трех лет.

МЕЖПОКОЛЕННЫЕ РАЗЛИЧИЯ ДИЕТАРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Никонов М.Л.

Институт геронтологи НАМН Украины, Киев, Украина

Питание считается фактором риска рака молочной железы (РМЖ), поскольку в значительной степени модулирует гормональный статус. Этот статус, так же, как и состояние тканей молочной железы, варьируют на разных этапах жизни под воздействием многих факторов риска (раннее менархе, поздняя менопауза, бездетность, поздняя первая беременность и т.п.), включая изменения объема и состава питания. Важной особенностью жизни современных женщин является ускорение смены диетарных привычек и образцов питания, что существенно влияет на перспективы уровня и структуры заболеваемости РМЖ.

Цель данного исследования – изучение образцов питания женщин предменопаузального и постменопаузального возраста с дальнейшим выявлением межпоколенной дифференциации по предпочтительным диетам и важнейшим алиментарным факторам риска РМЖ.

Материалы и методы. В 2016-2017 гг. было проведено комплексное обследование женщин в возрасте 50 - 85 лет – посетительниц поликлиники и пациенток клиники Института геронтологии НАМН Украины (n=101). Использовались традиционные методы замера антропометрических показатели (роста, веса, объем талии). Для оценки состава питания использовался опросник Dietary Questionnaire for Epidemiological Studies v.2 (DQESv2), учитывающий частоту и объем потребления 78 продуктов питания. Энергетическая ценность и содержание макро- и микронутриентов в потребляемых продуктах рассчитывались в среде NutriSurvey. Сравнение характеристик обследованных по возрасту, антропометрическим показателям и переменным состава питания осуществлялось с применением *t*-критерия Стьюдента и однофакторного дисперсионного анализа - для непрерывных переменных; и хи-квадрат теста - для категориальных переменных. Ввиду относительной малочисленности выборки значимость межгрупповых различий принята $P < 0,1$. Статистический анализ выполнен в пакете *Statistica* v.10 для *Windows*.

Результаты. По мнению экспертов WCRF, избыточный вес является одним из немногих доказанных факторов риска рака молочной железы у женщин в постменопаузе, тогда как в пременопаузе ожирение может защитить женщин от этого заболевания. Известно, что распределение ожирения (абдоминальное против общего) также влияет на риск РМЖ: связанная с абдоминальным ожирением повышенная концентрация мужских гормонов снижает этот риск. Между 2-мя возрастными группами обследованных женщин (группа 1 - женщины в пременопаузальном и менопаузальном возрастном периоде (до 54 лет), n=33; и группа 2 - женщины в постменопаузальном возрастном периоде (55 лет и старше),

Таблица 1.

Возрастные и антропометрические характеристики обследованных женщин

	Женщины до 55 лет	Женщины 55 лет и старше	χ^2	p
Возраст, лет	43,94±10,72	68,19±7,58		0,000
Индекс массы тела, кг/м^2	26,61±6,87	29,58±5,34	-	0,020
Объем талии, см	85,81±15,15	93,85±12,20		0,006
% обследованных с общим ожирением (ИМТ ≥30,0)	33,33	49,25	2,27	0,131
% обследованных с абдоминальным ожирением (объем талии ≥80 см)	54,84	86,15	11,30	0,001

Таблица 2.

Структура выборки по диетарным предпочтениям и сопряженность диетарных привычек с возрастом

	Вегетарианская диета	Средиземно-морская диета	Индустриаль-ная диета	χ^2	R
Женщины до 55 лет	3,23%	67,74%	29,03%	7,86*	-0,24*
Женщины 55 лет и старше	27,42%	53,23%	19,35%		

* - p<0,05

Таблица 3.

Среднесуточное потребление макро- и микронутриентов, регулирующих риск РМЖ, женщинами разного возраста

	Женщины до 55 лет	Женщины 55 лет и старше	p
Жиры, g	178,06±56,34	155,39±53,23	0,052
Углеводы, g	187,00±48,12	161,75±48,00	0,015
Фолаты, mg	178,83±56,59	157,96±50,25	0,050
Каротиноиды, mg	166,99±65,77	140,94±62,16	0,032
Витамин D, mg	143,71±0,62	111,86±70,66	0,063
Алкоголь, ml	21,33±12,82	10,62±11,88	0,077

n=68) существуют достоверные различия по возрасту, индексу массы тела и объему талии. Выявлена достоверная позитивная сопряженность с возрастом абдоминального ожирения, в то время как общее ожирение в данной выборке с возрастом не сопряжено (табл.1).

По предпочтительной диете выборка была разделена на 3 группы в порядке нарастания потребления мяса: (1) вегетарианцы (не употребляющие мяса), (2) сторонники средиземноморской диеты (в суммарном потреблении мяса, фруктов и овощей доля мяса составляет менее 3,5%) и (3) сторонники индустриальной диеты (в суммарном потреблении мяса, фруктов и овощей доля мяса равна или превышает 3,5%) (табл.2).

Как показывает талбл. 2, средиземноморскую диету предпочитают женщины обеих возрастных групп. В то же время, судя по отрицательному значению к-нта ранговой корреляции Спирмена R, женщины в возрасте до 55 лет менее склонны ограничивать себя в потреблении мяса и алкоголя, из-за чего эта группа чаще попадает в зону риска РМЖ.

Диетарные привычки женщин разных поколений детерминируют разный состав потребляемых ими макро- и микронутриентов. Данные табл.3 показывают, что женщины в возрасте до 55 лет потребляют больше нутриентов, повышающих риск РМЖ (жиры, углеводы, алкоголь), чем те, кому 55 лет и больше. В то же время, потребление продуктов, снижающих этот риск (фолаты, каротиноиды, витамин D) в группе обследованных до 55 лет также выше, чем среди тех, кому 55 лет и больше.

Выводы. Среди женщин, пребывающих в настоящий момент в пременопаузальном периоде, потребление алкоголя, процессированного и красного мяса, продуктов с высоким содержанием жиров и углеводов, способствующих развитию и поддержанию ожирения, значимо выше, чем среди женщин старшего поколения, перешедших в постменопаузальный период. Это обстоятельство сочетается с другими изменениями стиля жизни современных женщин, существенно повышающими риск РМЖ (сдвиги в интенсивности и структуре профессиональной нагрузки, распространенность курения, низкая физическая активность, пользование антиперспирантами, грудными имплантами и т.п.). Все это позволяет сделать вывод, что при замещении поколения женщин, родившихся до 1960-х гг., поколением родившихся в 60-х гг. и позже, вступающих в настоящий момент в постменопаузу, заболеваемость и смертность от РМЖ имеет серьезный потенциал для дальнейшего роста. Кроме того, недостаточность потребления женщинами, в настоящий момент пребывающими в постменопаузальном периоде, витамина D, фолатов и каротиноидов, снижающих риск РМЖ, также грозит дальнейшим ростом заболеваемости и смертности от РМЖ в когортах старых (75-84 года) и очень старых (85+) женщин.

СПАДКОВИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ: СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

Мотузюк І.М., Сидорчук О.І., Костюченко Є.В.

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

Актуальність. Головними загальновизнаними напрямками зниження смертності від онкологічних захворювань, що досягається ранньою діагностикою та своєчасним лікуванням, є проведення скринінгу здорового населення та дотримання правильної тактики ведення пацієнтів високого ризику, зокрема носіїв генів спадкового раку. За умов наднизького рівня фінансування системи охорони здоров'я України та недостатньої ефективності роботи онкологічних скринінгових програм все більш актуальним стає питання покращення ведення пацієнтів групи високого ризику виникнення раку. Зокрема, важливим є проведення повного обстеження пацієнтів з метою виявлення хворих на спадковий рак грудної залози та їх родичів, що є носіями мутацій генів спадкового раку.

Мета. Покращити показники ранньої діагностики, виживаності та якості життя хворих на спадковий рак грудної залози в Україні.

Матеріали та методи. Проаналізовано світові тенденції діагностики та ведення хворих на спадковий рак грудної залози та їх родичів.

Результати. За даними ESMO, у близько 5% випадків рак грудної залози є спадковим, і понад 90% з них є результатом мутації генів BRCA1/2. Однак останні світові дані говорять, що рівень поширеності мутацій генів спадкового раку у населення є вищим, ніж оцінюється, та різниться у багатьох країнах. Так, у дослідженні 6 країн Латинської Америки загальний показник носійства мутацій спадкового раку склав 18,7%. Дослідження проводилося методом секвенування ДНК (панель із 30 генів), та мутації виявлені у 16 генах. Близько половини з досліджених мали в анамнезі рак грудної залози: показник спадкового BRCA1/2-асоційованого раку грудної залози склав 14%. Найбільш часті варіанти мутацій значно різнилися у різних країнах: в Аргентині – MUTYH c.1187G> A і BRCA2 c.2806_2809delAAAC; в Бразилії – MUTYH c.1187G> A; в Колумбії – MLH1c.1459C> T та BRCA1 c.4484 + 977_4986 + 708del; в Мексиці – BRCA1 c.4327C> T та BRCA1 c.3759_3760delTA; в Перу – MUTYH c.934-2A> G; в Уругваї – BRCA1 c.5266dupC і MUTYH c.536A> G.

Висновки. В Україні на сьогодні доступні лише генетичні дослідження методом ПЛР, що найчастіше дає змогу виявити лише 8 варіантів мутацій генів BRCA1/2. Однак, оскільки генетика спадкового раку в Україні не досліджувалася і достовірно невідомі найбільш поширені варіанти генних мутацій, даний метод дослідження є неприйнятним. Тому терміново необхідно розпочати дослідження поширеності та варіабельності мутацій генів спадкового раку в Україні методом секвенування ДНК 30 генів та впровадити стандарти тактики ведення таких пацієнтів, що є завданням нашої подальшої роботи.