

- K.Geisinger //Am. J. Clin. Pathol.- 2004.- Vol.121.- P.117-121.
- Bigotti G. Primary small cell neuroendocrine carcinoma of the breast /G.Bigotti, A.Coli, A.Butti //J. Exp. Clin. Cancer. Res.- 2004.- Vol.23.- P.691-696.
- Endocrine cells in human. An immunocytochemical study / K.Sjolund, G.Sander G., R.Hakanson [et al.] //Gastroenterology.- 1985.- №5.- P.1120-1130.
- Eriksson B. Chromogranins - new sensitive markers for neuroendocrine tumors / B.Eriksson, H.Arnberg, K.Oberg // Acta onco.- 1989.- Vol.28.- P.325-329.
- Erlandson R.A. Tumors of the endocrine / neuroendocrine system an overview / R.A.Erlandson, I.M.Nesland // Ultrastruct. Pathol.- 1994. (Jan.- Apr.)- №1-2.- P.149-170.
- Ferguson D.J.P. An ultrastructural study of lactation in the human breast / D.J.P.Ferguson, T.J.Anderson // Anat. Embryol.- 1983.- Vol.168.- P.349-359.
- Fernandes B.J. Mucus producing medullary cell carcinoma of the thyroid / B.J.Fernandes, Y.C.Bedart, I.Rosen // Am. J. Clin. Pathol.- 1982.- Vol.78.- P.536-540.
- Fetissov F. Argyrophilic cells in mammary carcinoma / F.Fetissov, M.P.Dubois, B.Arbeille-Brassart // Hum. Pathol.- 1983.- Vol.14.- P.127-134.
- Feyerter F. Über die peripheren endokrinen (parakrinen) Drüsen des Menschen / F.Feyerter.- Wien: Dusseldorf.- 1953.- 231p.
- Fujimato Y. A case of solid neuroendocrine carcinoma of the breast in a 40-year old woman / Y.Fujimato, R.Yagyu, K.Murase // Breast Cancer.- 2007.- P.250-253.
- Joshems L. Primary small cell neuroendocrine tumour of the breast / L.Joshems, W.Tjalma // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.- 2004.- Vol.231.- P.233.
- Kim J. Extrapulmonary small-cell carcinoma: a single-institution experience / J.Kim, S.Lee, J.Park // Jpn. J. Clin. Oncol.- 2004.- P.250-254.
- Sridhar P. Primary carcinoma of breast with small-cell differentiation / P.Sridhar, P.Matey, N.Aluwihare // Breast.- 2004.- P.149-151.
- Upalakalin J. Carcinoid tumors in the breast / J.Upalakalin, L.Collins, N.Tawa // Am. J. Surg.- 2006.- P.799-805.

Курик О.Г., Гаврилюк А.О., Стратийчук А.С.

APUD-СИСТЕМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НОРМЕ И ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССАХ

Резюме. В статье представлены данные анализа APUD-системы молочной железы с использованием литературных источников украинских и иностранных издательств. Описаны последовательные этапы изучения проблемы морфологии APUD-системы молочной железы в норме и ее влияние на развитие различных опухолевых и дисгормональных процессов в молочной железе.

Ключевые слова: клетки APUD-системы, молочная железа, апудоциты, опухоль, дисгормональные процессы.

Kuryk O.H., Gavrilyuk A.O., Stratiychuk A.S.

APUD-SYSTEM BREAST IN NORMAL AND NEOPLASTIC PROCESSES

Summary. The paper presents the data analysis APUD-system of the mammary gland with the use of the literary sources of the Ukrainian and foreign publishers. The successive stages of studying the problem of the morphology of APUD-system in normal of the mammary gland and its impact on the development of various cancer and dysgормонаl processes in the mammary gland are described.

Key words: APUD-cell system, mammary gland, apudotsity, tumor, dysgормонаl process.

Стаття надійшла до редакції 13.11.2012р.

© Дроненко В.Г.

УДК: 616-089.86:616.341/.345.004.13:616-089.087

Дроненко В.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра онкології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ОБОДОВОЇ КИШКИ, ЯКА ПОТРЕБУЄ РАДИКАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Резюме. Проведений аналіз захворюваності ободової кишки онкологічного і неонкологічного характеру, яка потребує радикального оперативного лікування. Встановлено тенденцію стрімкого росту захворюваності різними нозологічними формами вказаної локалізації травної трубки, особливо неопроцесами злоякісного характеру. Хірургічний метод у лікуванні таких хворих, поки що, є найбільш ефективним та домінуючим поряд із консервативними заходами в розрізі доказової медицини.

Ключові слова: бластоматозні захворювання ободової кишки, хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, геміколектомія, резекція кишки.

Згідно з повідомленнями різних клінік світу, незалежно від географії розташування, найбільша частка оперативних втручань на ободовій кишці виконується з приводу новоутворень. Вказаний факт набуває особливої актуальності в останній період часу, оскільки спостерігається постійний ріст захворюваності на злоякісні новоутворення в усьому світі, як результат збільшення чисельності населення планети та його старіння

[Алиев, 2007; Humes, 2012]. Про назриваючу глобальну епідемію раку тепер говорять як про майже здійснене явище [Alberti, 2001]. Так, за даними і прогнозами Міжнародного агентства по вивченню раку (МАВР) (Ліон, Франція) в 2020 році число нових випадків раку сягне 16 мільйонів, що на 6 млн. більше у порівнянні з 2000 роком [Parkin, 2001].

Рак ободової кишки в Україні займає четверте місце

в структурі загальної онкологічної захворюваності, а щорічний приріст складає близько 2,2%. Так, за останні 30 років захворюваність зросла майже в 4 рази [Євтушенко, Хоутон, 2008;]. Ріст захворюваності на рак товстої кишки спостерігається в усьому світі [Malcolm et al., 2010; Taflampas, Moran, 2012]. Особливо високе зростання відмічено в країнах Північної Америки та Західної Європи (США, Канада, Великобританія, Австрія, Чехія, Росія). Тільки в США щорічно виявляється близько 150 тисяч хворих з колоректальним раком [Humes, 2012].

Скринінгові програми економічно розвинених країн світу спрямовані на виявлення раннього раку товстого кишечника [Мартинюк 2004; Шальков и др., 2006; Svobodova et al., 2011]. Ранній рак - це виявлення пухлини, коли відбувається реалізація канцерогенезу на молекулярному та клітинному рівнях. Діагностика раннього раку є досить важливим аргументом на користь проведення радикальних операцій в повному змісті представленого терміну, коли віддалені періоди виживання не обмежуються 3,5,10 річним безрецидивним перебігом. Так, в країнах Європейського союзу відбувається втілення в життя програми "Європа проти раку" з рекомендаціями скринінга Америкаської академії сімейних лікарів. Вона сприятиме ранній діагностиці злоякісних новоутворень, що неминуче призведе до зростання кількості працездатних хворих у віковому сенсі, яким буде виконана операція на ободовій кишці [Захараш, 2011; Takagawa et al., 2008].

Особливе місце в групі злоякісних пухлин займають місце неепітеліальні пухлини - саркоми. За останні десятиліття зросла частота цих новоутворень, що складає 2-3% від числа всіх пухлин ободової кишки [Болюх та ін., 2012].

Метою роботи стало вивчення стану захворюваності ободової кишки, основним методом в лікуванні якої, є радикальне хірургічне втручання.

Сьогодні основним радикальним методом лікування бластоматозних процесів ободової кишки є хірургічне втручання в об'ємі геміколектомії або резекції кишки, а наявність резектабельної пухлини та відсутність ознак перитоніту створює об'єктивні передумови для виконання первинно відновлювальної радикальної операції з відновленням кишкової безперервності шляхом накладання анастомозу [Матвеев, 2003 та ін.; Iipuma et al., 2011].

Значно рідше оперативні втручання на ободовій кишці виконують при карциноїдах. Вони відносяться до рідких пухлин, які походять з клітин APUD системи. На долю товстого кишечника припадає від 15 до 38% карциноїдів всього шлунково-кишкового тракту. На сьогодні доведена злоякісність карциноїдів будь-яких локалізацій шлунково-кишкового тракту. Тому виявлення такої пухлини є абсолютним показанням для проведення хірургічного лікування [Петров, 1996; Болюх та ін., 2012].

В останнє десятиріччя відмічено зростання і неонкологічної захворюваності ободової кишки: травматичні

та вогнепальні пошкодження, дивертикуліт, хвороба Крона та інших запально-дистрофічні захворювання, що не підлягають консервативній терапії, а потребують оперативного лікування. Також хірургічне лікування ободової кишки виконується при доброякісних пухлинах [Захараш и др., 2005; Сафронов, Богомоллов, 2005; Новожилов и др., 2006; Murray et al., 1999; Khaikin et al., 2013; Wolff, Boostrom, 2012].

Розглядаючи пацієнтів у віковому сенсі, а це переважно хворі за 50 років, які займають певний суспільний статус і мають повноцінний інтелектуально-трудо-вий ресурс, щонайменше на 10-15 років. І оскільки, процес старіння населення планети відбувається доволі інтенсивно [Воробьев и др., 2008; Помазкин, Мансуров, 2008], тому з кожним роком з'являється все більше хворих, яким виконаний даний тип оперативного втручання.

Існують повідомлення про запальні утворення різних відділів ободової кишки, які в заключному діагнозі трактуються, як пухлини "псевдозапального" характеру. Вони зустрічаються доволі рідко [Черкасов, Срыбных, 1999]. "Псевдозапальні" пухлини виникають в результаті продуктивного запалення навколо лігатур після апендектомії, або ж сторонніх тіл, що потрапили з продуктами харчування: риб'яча, куряча кістка, нерідко при хронічному рецидивуючому апендициті, коли запальний процес переходить на стінку кишки [Лопатко, 1986]. Вбільшості випадків такі пухлини мають клінічні ознаки злоякісного процесу. Проте, правильний кінцевий діагноз встановлюється після оперативного втручання з морфологічним дослідженням препарату, оскільки вид пухлини практично неможливо встановити навіть під час операції [Kreis et al., 2012].

Не дивлячись, що при неускладнених формах хвороби Крона (ХК) сьогодні відсутній чіткий алгоритм хірургічного лікування, нерідко має місце видалення вражених відділів кишки, в той час як 70-80% пацієнтів потребують такого лікування в перші 15 років від початку захворювання [Maartense et al., 2006].

Зважаючи на епідеміологічні дослідження, які вказують на постійний ріст захворюваності на ХК проблема медичної і соціальної реабілітації серед таких пацієнтів набула особливої актуальності. Частині з них встановлюється група інвалідності. У більшості випадків - це хворі молодого віку: 18-40 років [Lowney et al., 2006]. Тобто, з кожним роком збільшується число хворих і відповідно число операцій у пацієнтів молодого і середнього віку [Гюльмамедов и др., 2005].

Нерідко геміколектомію або резекцію кишки виконують при дивертикулярній хворобі. Захворюваність на дивертикульоз товстої кишки в різних країнах досягає 30 % всієї популяції. Особлива висока захворюваність відмічається в економічно розвинених країнах світу, що пояснюється характером харчування, старінням населення, покращенням діагностики [Khaikin et al., 2012; Puylaert, 2012].

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Таким чином, сьогодні відмічена тенденція неухильного росту захворюваності ободової кишки онкологічного і неонкологічного характеру, яка потребує радикального хірургічного лікування.

2. Існуючі методи операцій на ободовій кишці дозволяють досягти повного одужання у курабельних хворих.

Перспективою подальших розробок є створення високоефективних скринінгових методів діагностики раннього раку та можливість застосування щадних, органозберігаючих операцій.

Список літератури

- Алиев С.А. Колоректальный рак: заболеваемость, смертность, инвалидность, некоторые факторы риска/С.А. Алиев, Э.С.Алиев //Вестник хирургии им.И.И.Грекова.- СПб, 2007.- №4.- С.118-122
- Ангиофибролиптома поперечной ободочной кишки /В.Н.Новожилов, У.Р.Долідзе, Д.Б. Дегтярев [и др.] //Вестник хирургии им. И.И. Грекова.- 2006.- Т.165, №2.- С.102-103.
- Воробьев Г.И. Лапароскопически-ассистированные операции при лечении опухолей ободочной кишки у больных старших возрастных групп / Г.И.Воробьев, С.И.Ачкасов, Э.А.Степанова //Клин. геронтология: научно-практ. журнал.- 2008.- Т.14, №4.- С.39-43.
- Євтушенко О.І. Ретроспективний (10-річний) аналіз віддалених результатів комбінованого лікування хворих на рак ободової кишки з передопераційною інтенсивною гамма-терапією /О.І.Євтушенко, Д.Хоугтон // Онкологія: Науч.-практ. журн.- Інтер-експерим. патології, онкології і радіобіології ім.Р.Е.Кавецкого НАН України, ООО "Морион". - Киев, 2008.- Т.10, №1.- С.133-136.
- Захараш М.П. Проблема скринінга колоректального рака в Україні / М.П.Захараш //Здоров'я України: Медична газета.- 2011.- №2(5).- С.22-23.
- Липома восходящей ободочной кишки, симулировавшая острый аппендицит /М.П.Захараш, Т.О. Павленко, С.Б. Шевелюк [и др.] //Клін. хірургія.- 2005.- №2.- С.53-54.
- Клінічна онкологія: посіб. для студ. ВМНЗ ІV рівня акредитації та лікарів-інтернів: присвяч. 200-річчю з дня народж. видатного вченого М.І.Пирогова/Б.А.Болюх, В.В.Петрушенко, А.А.Ткач [та ін.]; ред. Б.А.Болюх.- Вінниця: ДКФ, 2012.- 704с.
- Лопатко И.В. Хирургическая тактика при воспалительных псевдоопухолях илеоцекального отдела кишечника/ И.В.Лопатко //Вестник хирургии им. И.И.Грекова.- 1986.- №11.- С.76-77.
- Мартинюк В.В. Рак толстой кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) /Мартинюк В.В.- Киев, 2004.- С.151-161.
- Новый подход к формированию онкологического скрининга /Ю.Л.Шальков, Л.М.Герасимова, А.Г.Ворожко [и др.]: Матер. XI-го з'їзду онкологів України: Судак, 29 травня - 02 червня 2006 р.- Київ, 2006.- С.17-18.
- Онкология: нац. Руководство /Ассоциация онкологов России; ред. В.И.Чиссов, М.И.Давыдов.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008.- 1072с.
- Петров В.П. Карциноіди товстої кишки / В.П.Петров //Вестник хирургии им. И.И.Грекова.- 1996.- № 1.- С.38-40.
- Первинно-відновлювальні резекції ободової кишки в екстремій хірургічній практиці /В.О.Матвеев, О.М.Черіпко, О.С.Матеха [та ін.] //Шпитальна хірургія.- 2003.- №3.- С.112-113.
- Помазкин В.И. Хирургическая реабилитация пациентов с двустольными кишечными стомами /В.И.Помазкин, Ю.В.Мансуров //Росс. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопрокт.- 2008.- Т.8, №4.- С.69-73.
- Реконструктивные восстановительные операции по поводу неспецифического язвенного колита и болезни Крона толстой кишки /Ф.И.Гюльмамедов, П.Ф.Гюльмамедов, В.И.Волоков [и др.] //Клін. хірургія.- 2005.- №1.- С.15-18.
- Сафронов Д.В. Хирургическое лечение заболеваний и травм ободочной кишки /Д.В.Сафронов, Н.И.Богомолов // Вестник хирургии им. И.И.Грекова.- СПб, 2005.- Т.164, №2.- С.21-25.
- Черкасов В.А. Два наблюдения воспалительных опухолей илеоцекального отдела кишечника /В.А.Черкасов, С.И.Срыбных //Вестник хирургии им. И.И.Грекова.- 1999.- Т.158, №3.- С.81-82.
- Alberti G. Noncommunicable diseases: tomorrow's pandemics/G.Alberti //Bull. WHO.- 2001.- Vol.79, №10.- P.907.
- Cancer Epidemiology and Control in North-Western and Central Asia - Past, Present and Future /Malcolm A Moore¹, Sultan Eser, Nurbek Iqisov [et al.] //Asian Pacific J. of Cancer Prevention.- 2010.- Vol.11.- P.17-32.
- Clinical significance of circulating tumor cells, including cancer stem-like cells, in peripheral blood for recurrence and prognosis in patients with Dukes' stage B and C colorectal cancer /H.linuma, T.Watanabe, K.Mimori [et al.] //J. Clin. Oncol. 2011.- Vol.29, №12.- P.1547.
- Humes D.J. Changing Epidemiology: Does It Increase Our Understanding? / D.J.Humes //Dig. Dis.- 2012.- Vol.30.- P.6-11.
- Is there any difference in recurrence rates in laparoscopic ileocolic resection for Crohn's disease compared with conventional surgery? A long-term, follow-up study /Lowney J.K., Dietz D.W., Birnbaum E.H. [et al.] //Dis. Colon. Rectum.- 2006.-Vol.49.- P.58-63.
- Kreis M.E. Hartmann's Procedure or Primary Anastomosis? /M.E.Kreis, M.H.Mueller, W.H.Thasler //Dig. Dis.- 2012.- Vol.30.- P.83-85.
- Laparoscopic-assisted versus open ileocolic resection for Crohn's disease: a randomized trial /Maartense S., Dunker M.S., Slors J.F. [et al.] //Ann. Surg.- 2006.- Vol.243.- P.143-149.
- Murray J.A. Colon resection in trauma: colostomy versus anastomosis / J.A.Murray, D.Demetriades, M.J.Colson //Trauma.- 1999.- Vol.46.- P.250-254.
- Parameters of biological activity in colorectal cancer /S.Svobodova, O.Topolcan, L.Holubec [et al.] //Anticancer Res.- 2011.- Vol.31.- P.373-378.
- Parkin D.M. Global cancer statistics in the year 2000 /D.M.Parkin //The Lancet.- Oncology.- 2001.- Vol.2, №9.- P.533-543.
- Perforated giant sigmoid diverticulum / M.Khaikin, A.P.Zbar, V.Mezhibovsky [et al.] //Tech. Coloproctol.- 2013.- №2.- P.251-252.
- Preoperative serum carcinoembryonic antigen level as a predictive factor of recurrence after curative resection of colorectal cancer /R.Takagawa, S.Fujii, M.Ohta [et al.] //Ann. Surg. Oncol.- 2008.- Vol.15, №12.- P.3433.
- Puylaert J. Ultrasound of Colon Diverticulitis /J. Puylaert //Dig. Dis.- 2012.- Vol.30.- P.56-59.
- Taflampas P. Extraperitoneal resection of the right colon for locally advanced colon cancer /P.Taflampas, B.J.Moran // Article first published online: 20 DEC

Дроненко В.Г.**ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, КОТОРАЯ ТРЕБУЕТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Резюме. Проведен анализ заболеваемости ободочной кишки онкологического и неонкологического характера в лечении которой, главным методом является радикальное оперативное вмешательство. Установлена тенденция стремительного роста заболеваемости разными нозологическими формами указанной локализации пищеварительной трубки, особенно неопроцессами злокачественного характера. Хирургический метод в лечении таких больных, пока что, есть наиболее эффективным и доминирующим рядом с консервативными мероприятиями в разрезе доказательной медицины.

Ключевые слова: бластоматозные заболевания ободочной кишки, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, гемиколэктомия, резекция кишки.

Dronenko V.G.**CHARACTERISTIC OF INCIDENCE OF COLON DISORDERS REQUIRING RADICAL SURGERY**

Summary. The incidence of oncological and non-oncological colon disorders which require radical surgical treatment was analyzed. The tendency to rapid increase in nosological disorders of the indicated portion of alimentary canal, particularly in malignant neoplasms, was established. Surgical treatment of patients with these disorders is so far the only effective and predominant method along with conservative measures in the light of evidence-based medicine.

Key words: Blastomatous colon diseases, Crohn's disease, nonspecific ulcerative colitis, hemicolectomy, colon resection.

Стаття надійшла до редакції 13.11.2012р.

© Герич О.Х., Григоренко А.П., Фещенко Н.Г.

УДК: 612.64; 618.29; 57.044; 577.15

Герич О.Х., Григоренко А.П., Фещенко Н.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, факультет післядипломної освіти, кафедра акушерства та гінекології (вул. Хотовицького, 6, м.Хмельницький, 29000, Україна)

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНІ ЕНЗИМНІ СИСТЕМИ МЕТАБОЛІЗМУ КСЕНОБІОТИКІВ

Резюме. В огляді розглянуті ксенобіотик-метаболізуючі ензимні системи фетоплацентарного комплексу. Оскільки на ранніх термінах вагітності плід та плацента мають досить малі розміри, то їх функціонування суттєво не впливає на метаболізм хімікатів в організмі матері, але експресія цитохром Р450-залежних ензимів (переважно ізоформ СYP3A), а також UDP-глюкурозилтрансферази та сульфатази в плаценті та органах плода забезпечують їх метаболічний захист від шкідливих впливів зовнішнього середовища. Оскільки відомо, що майже всі лікарські засоби проходять через плацентарний бар'єр, знання про залежну від терміну вагітності експресію ензимів 1 та 2 фази метаболізму ксенобіотиків стануть основою раціонального застосування медикаментозного лікування матері та плода.

Ключові слова: плід, плацента, ксенобіотик, цитохром Р450.

На вагітних впливає велика кількість різноманітних хімікатів. Їх вплив обумовлений лікуванням матері, факторами стилю життя, звичками, наприклад вживанням алкоголю, наркотиків, паління, професійними та екологічними факторами, вживанням лікарських засобів (вітамінів, гіпотензивних препаратів, гормонів та ін.) [Бабанов, Агаркова, 2010; Mullynen et al., 2005]. Всі вони можуть несприятливо впливати на розвиток та функціонування плаценти, внутрішньоутробний розвиток плода.

З метою вивчення сучасних літературних даних щодо фетоплацентарних ензимних систем метаболізму ксенобіотиків зроблений огляд вітчизняних та зарубіжних повідомлень.

Чужорідна суміш може порушувати функцію плаценти на багатьох рівнях, зокрема синтезу гормонів та ензимів, транспорту поживних речовин, диференціювання, поділу та дозрівання клітин та, в кінцевому результаті, призводити до руйнування та загибелі плаценти [Mullynen et al., 2005].

Твердження про те, що плацента є непроникним бар'єром для чужорідних речовин сьогодні є помилковим. Більшість хімікатів проходять плацентарний бар'єр. Майже всі ксенобіотики, що потрапляють до материнського організму під час вагітності, потрапляють у кровоток плода шляхом пасивного транспорту, пасивної дифузії, піноцитозу, фагоцитозу, деякі потрапляють шляхом активного транспорту - завдяки транспортним протеїнам, що найчастіше локалізуються в мікроворсинках сінцитотрофобласта чи в ендотелії капілярів ворсинки і забезпечують транспорт ендогенних речовин чи ксенобіотиків через клітинні мембрани. Ці протеїни або переносять субстрати від ембріональних тканин в материнський кровоток, або навпаки сприяють накопиченню їх в ембріональній тканині [Серов и др., 1997; Syme et al., 2004; Mullynen et al., 2005, 2007; W?och et al., 2009].

Більшість ксенобіотиків транспортується транспортними протеїнами через плаценту. Крім того плацента,