



# ТЕЗИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ  
І ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН»  
(ДЛЯ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ)

28 березня 2013 р.  
Київ

## Опыт лечения при лекарственном повреждении печени в период противоопухолевой терапии

*А.В. Шенцль, Т.И. Бондаренко*

*Луганский областной клинический онкологический диспансер, Украина*

Негативной стороной применения химиотерапии является ее токсичность. Наиболее часто регистрируют гастроинтестинальную (до 90%), гематологическую (85–90%), а в 40–50% — гепато- и нефротропную токсичность. В этой связи несомненный интерес могут представлять препараты, фармакологическое действие которых основано на орнитин-аспаратном комплексе, стимулирующем обезвреживание аммиака.

Целью исследования являлось изучение частоты развития гепатотоксичности при химиотерапии рака грудной железы и эффективности использования в лечении гепатопротектора L-орнитина-L-аспартата.

В исследование включено 47 больных с диагнозом рак грудной железы II–IV стадии. Средний возраст составил 48,6±8,5 года. Все пациентки разделены на 2 группы: 1-я группа — больные (21 женщина) получали химиотерапию с применением препарата L-орнитина-L-аспартата на фоне стандартной сопроводительной терапии; 2-я группа — 26 пациенток — получали химиотерапию с использованием стандартной сопроводительной терапии без применения L-орнитина-L-аспартата. У всех больных проведено от 2 до 6 циклов химиотерапии по схеме FAC. Степень выраженности токсичности противоопухолевого лечения определяли перед каждым циклом химиотерапии, на 7-й и 14-й день после каждого цикла, в соответствии с рекомендациями ВОЗ и критериями NCIC (National Cancer Institute of Canada).

При анализе полученных результатов среди осложнений химиотерапии отмечали проявления печеночной токсичности I–III степени, которые составили 26% у 12 больных, при этом I степени — у 8 (66,8%) пациенток, II степени — у 2 (16,6%), III степени — также у 2 (16,6%).

В группе с применением L-орнитина-L-аспартата гепатотоксичность регистрировали у 14,3% (проявления токсичности I степени — 3 больных), в группе сравнения — у 34,6% (токсичность I степени — 5 пациенток, II степени — 2 больные, III степени — также 2).

На основании приведенных данных можно сделать заключение, что использование препарата L-орнитина-L-аспартата приводит к нормализации биохимических показателей крови, снижению риска возникновения печеночной токсичности более чем в 2 раза.

## Прогнозирование результатов хирургического лечения при раке проксимального отдела желудка у больных старческого возраста

*К.А. Алиев*

*ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», Симферополь*

*КРУ «Онкологический клинический диспансер», Симферополь*

Цель исследования — проанализировать непосредственные результаты хирургического лечения при раке проксимального отдела желудка (РПОЖ) у больных старческого возраста.

В клинике онкологии государственного учреждения «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского» в период 2000–2012 гг. по поводу РПОЖ получили хирургическое лечение 22 пациента в возрасте от 75 до 82 лет (в среднем 76,7±1,7). Для объективной оценки тяжести сопутствующих заболеваний и прогнозирования послеоперационных осложнений использовали индекс коморбидности Charlson, шкалу оценки физиологического статуса ASA. Для прогнозирования послеоперационной летальности применяли шкалу O-POSSUM.

При сопутствующих заболеваниях в стадии суб- и декомпенсации по решению мультидисциплинарной комиссии проводили специальную предоперационную подготовку средней продолжительностью 9,4 дня. Гастрэктомия выполнена у 14 (63,7%) больных, у 5 (22,7%) — гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода, у 3 (13,6%) — проксимальная резекция желудка с резекцией нижней трети пищевода.

Средний показатель индекса Charlson с учетом возраста составил 7,1 (6–11). Большая часть больных (92%) классифицированы по шкале ASA ≥3. Послеоперационные осложнения диагностированы у 3 (13,6%) пациентов. Послеоперационная летальность составила 4,5% (прогнозируемая — 19,1%).

Возраст изолированно не является противопоказанием к радикальному хирургическому лечению при РПОЖ лиц старческого возраста. Использование мультидисциплинарного подхода в оценке степени тяжести сопутствующих заболеваний у данной категории больных позволяет провести соответствующую предоперационную подготовку, добиться приемлемого уровня летальности и удовлетворительных непосредственных результатов.

## Предварительные результаты терапии больных лимфомой Ходжкина промежуточной группы риска в рамках исследовательского протокола BEACOPP-esc/BEACOPP-14

*И.Б. Титаренко, О.И. Новосад, А.А. Амдиев*  
*Национальный институт рака, Киев*

Проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения

больных лимфомой Ходжкина (ЛХ) промежуточной группы риска, которые получили лечение по стандартной схеме по программе ABVD с последующей лучевой терапией в дозе 30 Гр (контрольная группа). Оценены эффективность лечения больных ЛХ промежуточной группы риска по программе BEACOPP-esc/BEACOPP-14 с последующей лучевой терапией (исследуемая группа), а также степень токсичности данной терапии. Проанализированы 1-годовалая и 2-летняя выживаемость больных ЛХ промежуточной группы риска при лечении по программе BEACOPP-esc/BEACOPP-14.

Клиническому анализу подвергнуты 51 больной ЛХ промежуточной группы риска, которые проходили лечение в отделении химиотерапии гемобластозов Национального института рака (НИР) с 2008 по 2012 г. по программе BEACOPP-esc/BEACOPP-14. В группу контроля вошли 48 пациентов с впервые установленным диагнозом ЛХ промежуточной группы риска, которые находились на лечении в отделении гематологии НИР в период с 2000 по 2008 г. и получали специфическую терапию по схеме ABVD.

Эффективность лечения пациентов с ЛХ промежуточной группы риска по программе ABVD составляет 83,33%, безрецидивная 2-летняя выживаемость — 85,00%, что значительно ниже, чем в исследуемой группе. Непосредственная общая эффективность лечения по программе BEACOPP-esc/BEACOPP-14 составила 96,08% ( $p < 0,05$ ). Безрецидивная выживаемость в группе больных ЛХ, которые получали лечение по программе ABVD, ниже, чем в исследуемой группе: 1-годовалая составила 92,50%, 2-летняя — 85% против 97,96 и 93,88% соответственно.

Отмечают высокую токсичность терапии при применении программы BEACOPP-esc и BEACOPP-14, преимущественно — гематологическую (при проведении 250 (81,43%) курсов химиотерапии).

Дальнейшие исследования необходимы для разработки индивидуального подхода к назначению химиотерапии, целью которого является повышение эффективности лечения, выживаемости и качества жизни пациентов.

## Оцінка стану сфінктерного апарату у хворих на рак нижньоампулярного відділу прямої кишки

*І.Б. Шенотін, О.О. Колеснік, В.В. Приймак, С.Б. Балабушко, О.І. Яцига*  
*Национальний інститут раку, Київ*

Метою дослідження була оцінка функціональних резервів сфінктерного апарату прямої кишки (ПК) залежно від виду реконструкції товстого кишечника.

Протягом 4 років виконано 180 сфінктерзберігаючих операцій у хворих на нижньоампулярний рак ПК I–III стадії. Залежно від способу формування анастомозу виділено 3 групи: I — проктектомія (n=55); II — низька передня резекція з формуванням степлерного анастомозу (n=55); III — черевно-анальна резекція ПК (n=75), яку за висотою анастомозу розділено на підгрупу А (колоректальний; n=37) та В (колоанальний; n=38) (таблиця). Непереривну інфузійну анальну профілометрію проводили через 6 та 12 міс після оперативного втручання. У групі низької передньої резекції — через 1 міс після закриття ілеостоми.

**Таблиця.** Стан сфінктерного апарату ПК після сфінктерзберігаючих операцій

	Група II	Група III А	Група I	Група III В
Базальний тиск, мм рт.ст.				
Через 6 міс	42,4±8,4	37,5±8,1	37,8±7,5	22,9±4,1
Через 12 міс	52,3±10,9	43,4±7,1	40,3±5,6	28,5±5,5
Тиск при вольовому скороченні, мм рт.ст.				
Через 6 міс	118,2±17,1	86,5±15,1	96,3±14,2	53,8±5,6
Через 12 міс	131,6±23,7	98,4±21,8	106±20,1	68,1±18,4
Довжина функціонального анального каналу, см				
	2,5±0,4	2,2±0,5	1,2±0,3	1,15±0,3

Функціональні резерви сфінктерного апарату ПК вищі в групах I та II порівняно з групою III. Особливо виражені переваги в групі I при зіставленні з групою IIIВ.

### Порівняльний аналіз впливу високих та низьких доз хіміопрепаратів різних класів на фенотипові властивості пухлинних клітин *in vitro*

*Н.О. Безденежних, К. Шифрін, Н.І. Семесюк, О.О. Лихова*

*Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України, Київ*

Проведено порівняльний аналіз впливу високих та низьких доз (<10–20 разів) хіміопрепаратів (ХП) на фенотипові властивості пухлинних клітин раку грудної залози (клітини лінії MCF-7) та раку легені людини (A-549).

Визначено зміни білків адгезії (Е-кадгерин), системи репарації ERCC1, транскрипційного фактора епітеліально-мезенхімального переходу SLUG та біологічні особливості клітин після дії ХП у різних дозах.

У дослідженні застосовано методи культивування клітин, імуноцитохімічний аналіз, статистичний аналіз.

Встановлено, що після дії флуороурацилу (ФУ) відбувається дозозалежне зниження колонієтворення клітин MCF-7 у напіврідкому агарі. Вінорельбін (ВР) у низьких дозах не впливає, а у високих — підвищує колонієтворення на 20–30%. Отримані результати корелюють зі збільшенням

кількості SLUG+ та зменшенням Е-кадгерин+—клітин після дії високих доз ВР як у MCF-7, так і А-549, що також свідчить про набуття ними інвазивних властивостей, при цьому застосування низьких доз, навпаки, веде до зменшення SLUG+ та збільшення кількості Е-кадгерин+—клітин в обох культурах відносно контролю. При дії ФУ не виявлено змін маркерів епітеліально-мезенхімального переходу, тоді як кількість клітин з експресією ERCC1 суттєво зменшується після застосування препарату в високих дозах; при цьому встановлено, що ВР не впливає на кількість ERCC1+—клітин.

Ефект впливу ХП на фенотип пухлинних клітин суттєво змінюється залежно від дози препарату. Зокрема, встановлено, що високі дози деяких лікарських засобів можуть призводити до селекції клонів з більш злоякісними властивостями.

### Хронічний постхірургічний біль: частота виникнення та фактори ризику у пацієнтів онкогінекологічного профілю

*К.Ю. Бєлка*

*Національний інститут раку, Київ*

За період з квітня 2011 р. по серпень 2012 р. на базі Національного інституту раку проведено проспективне контрольоване дослідження в рамках багаточентрового європейського дослідження PAIN-OUT.

Вивчали стан пацієнтів у віці старше 18 років після онкогінекологічних операцій. Усі досліджувані на 2-й день після хірургічного втручання заповнювали опитувальні листи, які містили запитання про наявність болю до операції, інтенсивність післяопераційного болю, задоволеність знеболенням та побічні ефекти. Відповідно, дослідник збирав інформацію щодо можливих факторів ризику при оперативному втручанні, анестезії, а також методі знеболення. Через 6 та 12 міс проводили опитування пацієнток по телефону.

У дослідження включили 135 пацієнток. Частота розвитку хронічного постхірургічного болю (ХПХБ) становила 42% (95% довірчий інтервал — ДІ — 33–56). Після проведення мультифакторного регресійного аналізу достовірними факторами ризику виникнення ХПХБ були: наявність хронічного болю до операції (відношення ризиків — ВР — 5,45; 95% ДІ 1,93–16,15), інтенсивний біль у ранній післяопераційний період (ВР=3; 95% ДІ 1,2–4,5), молодий вік (ВР=2,9; 95% ДІ 1,1–8,2).

Частота виникнення ХПХБ у жінок після планових гістеректомій становить у середньому 46%, а факторами ризику достовірно є хронічний тазовий біль до операції, сильний біль у ранній післяопераційний період та молодий вік.

### CD31 как прогностический маркер у больных немелкоклеточным раком легкого I–II стадии после операции

*А.П. Колесник*

*Запорожский государственный медицинский университет*

Целью нашего исследования было изучение прогностической роли плотности микрососудов в опухолях больных немелкоклеточным раком легкого (НМКРЛ) I–II стадии. Микрососудистая плотность опухоли легкого с помощью маркера CD31 определена у 114 пациентов, проходивших лечение в Запорожском областном клиническом онкологическом диспансере с июня 2008 г. по июнь 2011 г.

При исследовании корреляционной связи между уровнем экспрессии CD31 и клинко-морфологическими факторами у больных раком легкого выявлено, что количество микрососудов опухоли значимо коррелировало с размером новообразования. Так, при опухоли >3 см в диаметре содержание микрососудов составило 68,7±3,1 (95% ДИ 62,5–74,9), при меньшем размере опухоли — 48,6±4,5 (95% ДИ 39,1–58,2).

Не выявлено корреляционной связи между плотностью микрососудов опухоли легкого и возрастом, полом больных, локализацией, гистологическим типом и степенью дифференциации опухоли, критериями Т, N. Независимыми прогностическими маркерами у больных НМКРЛ I–II стадии после хирургического лечения являются гистологический тип опухоли (ОР=2,97; p=0,003), размер опухоли (ОР=4,5; p<0,001) и количество микрососудов в опухоли легкого (ОР=3,2; p=0,001).

Таким образом, показатель плотности микрососудов возможно использовать для дифференциального подхода к назначению лечения у больных раком легкого в ранних стадиях.

### Експериментальне обґрунтування інвагінаційного кінцебокового ілеотрансверзоанастомозу

*О.В. Чорний, А.І. Сухарь, М.В. Воронья*

*Буковинський державний медичний університет, Чернівці*

При неускладнених формах раку в правій частині ободової кишки операцією вибору є правобічна геміколектомія. Проте видалення такої важливої ділянки шлунково-кишкового тракту (ШКТ), як ілеоцекальний кут, призводить до появи значної кількості ускладнень, пов'язаних з порушенням процесів травлення. Це явища «сліпого мішка», рефлюкс-ентериту, дисбактеріозу тощо.

Велика кількість ілеотрансверзоанастомозів (ІТА) свідчить про відсутність оптимального рішення цієї проблеми, оскільки в них відзначено ряд недоліків.

Нами запропоновано новий інвагінаційний кінцебоковий ІТА, який

певною мірою вирішує дану проблему, проте залишаються невідомими його функціональні властивості порівняно з аналогами.

У зв'язку з цим метою нашої роботи було дослідити в експерименті видовий склад та популяційний рівень мікрофлори тонкої та товстої кишки після накладання запропонованого інвагінаційного кінцебокового ІТА, а також за допомогою гідропресії вивчити його антирефлюксні властивості.

Експеримент виконано на 38 лабораторних щурах, у яких видалено ілеоцекальний кут та накладено ІТА. Залежно від виду накладеного ІТА тварин розподілено на 2 групи — контрольну та основну. Тваринам основної групи накладено запропонований інвагінаційний кінцебоковий ІТА, а контрольної — загальноприйнятий анастомоз — «бік у бік». Із 7 інтактних тварин сформовано групу порівняння.

Збір біологічного матеріалу проводили впродовж 30 діб під загальним внутрішньом'язовим знеболенням з дотриманням правил асептики. Проводили мікробіологічне дослідження вмісту тонкої та товстої кишки, гідропресію даного відділу ШКТ.

Отримані на 30-ту добу експерименту результати мікробіологічного дослідження вмісту тонкої та товстої кишки вказують на невірогідну різницю показників у тварин основної групи порівняно з інтактними тваринами. Проведені дослідження стосовно вивчення антирефлюксної функції анастомозу шляхом його гідропресії свідчать про вірогідне перевищення показників у тварин основної групи впродовж усього терміну дослідження.

Проведене експериментальне дослідження доводить, що запропонований інвагінаційний кінцебоковий ІТА має певні переваги, які дозволяють уникнути багатьох ускладнень з боку ШКТ у післяопераційний період.

### Нейросохраняющая расширенная гистерэктомия у больных инфильтративным раком шейки матки

*Т.В. Дерменжи 2, В.С. Свинцицкий 1, А.И. Яцина 1*

*1*Національний інститут рака, Київ

*2*Національний медичний університет ім. А.А. Богомольця, Київ

Обоснована необхідність збереження тазового нервного сплетення при виконанні радикальної гистеректомії (РГЭ) у больных інфільтративним раком шийки матки (РШМ).

С целью изучения влияния на сократительную функцию мочевого пузыря (МП) сохраненного тазового нервного сплетения при выполнении РГЭ проведено исследование, в котором у 36 больных инфильтративным РШМ (средний возраст — 32,7±4,9 года) проведена

РГЭ. Из них у 18 пациенток РГЭ выполняли с сохранением тазового нервного сплетения (I группа) и у 18 больных РГЭ проводили по стандартной методике без сохранения тазового нервного сплетения (II группа, контрольная). С целью изучения сократительной способности МП в послеоперационный период осуществляли цистоманометрию на уродинамической стойке «УРО-ПРО» по стандартной методике, применяемой в урологической практике.

По данным цистоманометрии, у пациенток I группы сократительная функция МП восстанавливалась в полном объеме на 2–3-и сутки после оперативного вмешательства в 80% случаев, контрольной группы — только в 20% случаев. У больных II группы функция нижних мочевыводящих путей восстанавливалась через 7 дней после РГЭ, у 20% пациенток в этой группе отмечали стойкий парез детрузора МП, который восстанавливался частично с 7-х суток до 21 сут, что свидетельствует о глубоких нейрологических нарушениях сократительной способности МП при хирургической травме тазового нервного сплетения при выполнении стандартной РГЭ у пациенток II группы.

Восстановление сократительной функции МП в 1-е сутки после операции обосновывает необходимость сохранения тазового нервного сплетения при выполнении РГЭ у больных инфильтративным РШМ.

### Роль оценки Ki-67 в опухоли для прогнозирования особенности течения базальноподобного рака грудной железы

*Т.Ю. Погорелая*

*Запорожский областной клинический онкологический диспансер*

Целью данного исследования было изучение особенности метастазирования и частоты рецидивов у больных базальноподобным раком грудной железы (БРГЖ) в зависимости от содержания онкобелка Ki-67 в опухоли.

В исследование включены 81 больная в возрасте от 29 до 73 лет, проходившие лечение в Запорожском областном клиническом онкологическом диспансере в 2008–2012 гг.

Гистологические препараты окрашивали обычным способом и проводили иммуногистохимическое исследование по стандартной методике.

Все больные БРГЖ разделены на 4 группы в зависимости от уровня экспрессии Ki-67. В 1-й группе отмечена экспрессия Ki-67 от 0 до 15%, во 2-й группе — 16–30%. В 3-й группе установлен уровень экспрессии Ki-67 31–50%, а в 4-й группе отнесли пациенток с экспрессией Ki-67 >50%. В группе пациенток с БРГЖ с экспрессией 50%<Ki-67>31% выявлен наивысший процент метастазов. Частота рецидивов

в группе больных БРГЖ с уровнем экспрессии Ki-67 31–50% составила 54%.

Ядерный белок Ki-67 выявлен в опухолях всех обследованных больных БРГЖ. В 3-й и 4-й группах частота отдаленных метастазов (экспрессия Ki-67 50–90%) составила 84%. В группе пациенток с БРМЖ с экспрессией Ki-67 >50% частота рецидивов составила 84%.

### Вплив патоморфологічних та бактеріологічних особливостей хронічного запалення передміхурової залози на результати хірургічного лікування пацієнтів з доброякісною гіперплазією передміхурової залози, ускладненою гострою затримкою сечі

*С. П. Пасечніков, Р.А. Литвиненко, В.С. Грицай*

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ*

Метою даного дослідження є оцінка зв'язку між запаленням передміхурової залози і виникненням післяопераційних ускладнень у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ), котрі перенесли відкриту простатектомію (ВПЕ).

У дослідження включено 150 пацієнтів, у яких виконано ВПЕ (81 — у плановому порядку і 69 — з приводу гострої затримки сечі (ГЗС), відповідно I і II групи). Проведено патоморфологічний аналіз тканин видаленої передміхурової залози (ПЗ), бактеріологічне дослідження секрету і тканин видаленої ПЗ. До уваги брали гострі інфекційно-запальні (пієлонефрит, уретрит, орхоепідидиміт, нагноєння післяопераційної рани) та геморагічні (довготривала або профузна гематурія) післяопераційні ускладнення.

При патоморфологічному дослідженні виявлено ознаки хронічного запалення (ХЗ) у тканинах видаленої ПЗ в усіх хворих. Загострення ХЗ виявлено лише в чоловіків II групи — у 18,5%. Явища фіброгенезу (проста атрофія — 23,1±5,1% проти 2,1±2,1%, явище склерозу — 13,1±4,1% проти 0, базальноклітинна атипія — 13,1±4,1% проти 2,1±2,1%) відзначали достовірно частіше у тканинах видаленої ПЗ чоловіків II групи порівняно з чоловіками I групи. Проліферативна запальна атрофія була більш характерною для пацієнтів II групи (62,3±5,7% проти 4,4±2,2%; p<0,05).

Інфікованість умовно-патогенними мікроорганізмами хворих II групи значно перевищувала таку у хворих I групи (68,1±5,6% проти 40,6±5,4%; p<0,05), причому грамнегативну флору виділено у 44,9±5,9% хворих II групи, на відміну від 9,8±3,3% I групи (p<0,001).

Частота виникнення ранніх післяопераційних ускладнень у хворих із ГЗС

вірогідно перевищила таку у хворих на ДГПЗ, що поступили в плановому порядку (52,2±6,0% проти 30,8±5,1%), інфекційно-запальних — 36,2±5,8% проти 17,3±4,2%.

Інфікованість умовно-патогенними мікроорганізмами майже в половині випадків представлена грамнегативними збудниками. Наявність ХЗ, виявленого патоморфологічно в ПЗ у хворих на ДГПЗ, ускладнену ГЗС, є прогностичним фактором розвитку ранніх післяопераційних ускладнень черезміхурової простатектомії.

### Клініко-морфологічні особливості папіломавірусної інфекції та дисплазій шийки матки у жінок раннього репродуктивного віку

*О.Ю. Крук, Л.Ф. Самбор, Д.Б. Кривокульський*  
КУТОР «Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер»

Метою даного дослідження було вивчення клініко-морфологічних особливостей епітелію шийки матки.

Визначено зміни епітелію шийки матки за наявності вірусу папіломи людини (ВПЛ) у поєднанні з дисплазіями шийки матки в жінок раннього репродуктивного віку.

Матеріалом були дані 150 жінок у віці від 18 до 24 років, які перебували на лікуванні з 2008 по 2012 р. Усіх досліджуваних розділено на 2 групи залежно від наявності ВПЛ: 1-ша група — 70 вірусозитивних, 2-га група — 50 віруснегативних.

50% пацієнток, інфікованих ВПЛ, в анамнезі одержували тривале лікування дисплазії шийки матки, що свідчить про неефективність раніше проведеної терапії та значну частоту рецидивів, пов'язану з персистенцією ВПЛ. У 70% жінок виявлено ВПЛ одночасно високо- та низькоонкогенного типу, діагностовано поєднання з герпетичною інфекцією 2-го типу.

На основі клінічних і цитоморфологічних досліджень у пацієнток з дисплазіями та ВПЛ відзначали високий рівень рецидивів і мікст-інфекції. Визначено морфологічні особливості цитопатогенної дії ВПЛ та характерні ознаки: багатоядерні симпласти, двоядерні клітини з вакуолізацією ядер, амфотілія цитоплазми, гіперхромна койлоцитарна атипія, кератиноцити.

### Прогностичне значення гормонального рецепторного статусу пухлин у хворих на рак яєчника

*Ю.Г. Ткаля<sup>1</sup>, Л.І. Воробйова<sup>1</sup>,  
В.С. Свіницький<sup>1</sup>, Н.Ю. Лук'янова<sup>2</sup>,  
В.Ф. Чехун<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Національний інститут раку, Київ  
<sup>2</sup>Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Е. Кавецького НАН України, Київ

Досліджено гормонально-рецепторний статус пухлинних клітин та визна-

чено його зв'язок з клінічним перебігом раку яєчника (РЯ).

Проведено імуногістохімічне дослідження експресії рецепторів естрогену (РЕ), прогестерону (РП) та тестостерону (РТ) в пухлинах 80 хворих на РЯ І–ІІІ стадії віком від 20 до 80 років, які отримали хірургічне лікування на першому етапі або після неoad'вантних курсів хіміотерапії.

Встановлено, що експресія РЕ мала місце в 63% досліджених пухлин, а РП та РТ — у 41 та 28% випадків відповідно. Визначено певну кореляційну залежність наявності експресії досліджених молекулярних маркерів від віку, менструального статусу, гістологічної будови пухлин та стадії РЯ. Зокрема, показано, що найвищий рівень експресії РЕ та РП існує в клітинах серозного РЯ І–ІІ стадії переважно у хворих пременопаузального віку. Експресію РТ виявлено переважно в клітинах гранульозоклітинного РЯ. При аналізі показників виживаності залежно від експресії рецепторів стероїдних гормонів встановлено, що пухлини хворих на РЯ, термін життя яких перевищував 5 років, характеризуються підвищеним рівнем експресії РП та низьким рівнем експресії РЕ. Ранні рецидиви РЯ виявлено у хворих, пухлини яких відрізнялися підвищеним рівнем РЕ.

Встановлено, що злоякісні пухлини яєчника характеризуються значною гетерогенністю експресії рецепторів стероїдних гормонів. Доведено існування певних кореляційних зв'язків між показниками експресії РЕ, РП та РТ у пухлинних клітинах з основними клініко-морфологічними показниками перебігу РЯ. Отримані дані свідчать про перспективність подальших досліджень особливостей гормонально-рецепторного статусу для прогнозування клінічного перебігу РЯ.

### Вплив наявності паранеопластичного ревматологічного синдрому на пухлинну експресію p53 у хворих на рак легені

*С.А. Лисенко<sup>1</sup>, О.А. Луценко<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

<sup>2</sup>Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

Метою даного дослідження було вивчення пухлинної експресії p53 у хворих на рак легені (РЛ) за наявності у них паранеопластичного ревматологічного синдрому (ПНРС).

Для дослідження взято біопсійний або операційний пухлинний матеріал від 120 хворих: 73 пацієнтів з РЛ без ПНРС та 47 — з проявами даного синдрому. У всіх випадках виконано якісну та кількісну імуногістохімічну оцінку експресії p53. У якості первинних анти-тіл взято моноклональні антитіла (клон

DO-7) «ДАКО» (Данія). Для візуалізації продуктів реакції використано систему EnVision+ та хромоген DAB+ («ДАКО»).

Встановлено, що в категорії хворих на РЛ з проявами ПНРС значно частіше має місце експресія p53 (у 86% пацієнтів), а також відзначають достовірно вищий середній рівень експресії p53 (72,3±7,5%), на відміну від аналогічних хворих без симптомів даного синдрому (71,1 та 50,2±6,8% відповідно). Також доведено, що пухлинна експресія p53 присутня частіше при аденокарциномах легені в пацієнтів у поєднанні з паранеопластичним синдромом, ніж при аденокарциномах у хворих без ПНРС.

Наявність проявів ПНРС у хворих на РЛ підвищує пухлинну експресію p53 і свідчить про більш високу злоякісність та агресивність пухлин.

### Сироватковий феритин у якості предиктора чутливості пухлини до неoad'ювантної хіміотерапії у хворих на рак грудної залози

*О.В. Шеніп*

Луганський обласний клінічний онкологічний диспансер

У дослідження включено 168 жінок, хворих на рак грудної залози ПА–ІІІВ стадії, які одержували неoad'ювантну хіміотерапію. Вік хворих коливався від 28 до 69 років. Курс хіміотерапії включав 2–6 циклів за схемою FAC, AC з інтервалом 21 день.

Ступінь вираженості лікувального ефекту оцінювали кожні 2 цикли хіміотерапії за критеріями RECIST. На підставі цього хворих розподілено у 2 групи: пацієнтки 1-ї групи продемонстрували позитивну відповідь на хіміотерапію. У 2-гу групу ввійшли жінки з пухлинами, резистентними до хіміотерапії.

Зразки крові для визначення концентрації сироваткового феритину (Фр) брали у хворих між 8:00 і 9:00 годиною ранку перед введенням цитостатиків.

Найвищі показники сироваткового Фр зареєстровано в групі хворих, резистентних до антинеопластичної терапії (n=79). Середня концентрація сироваткового Фр в крові зафіксована на рівні 278,3 нг/мл (σ=188,2 нг/мл). Медіана — 251 нг/мл. Інша ситуація у пацієнток з об'єктивним ефектом (n=89). Середня концентрація становить 153 нг/мл (σ=108,37 нг/мл). Медіана — 116 нг/мл. При порівнянні 2 груп  $\chi^2=3,73$ , рівень значущості p=0,05. Статистично значуща різниця при порівнянні цих груп свідчить про важливу роль Фр у біологічних особливостях пухлинного процесу.

Дані цього дослідження демонструють значення Фр як протеїну, пов'язаного з пухлинним процесом, що може служити маркером неоплазії та клінічного прогнозу. Також доведено, що високий рівень концентрації сироваткового Фр характеризує більш агресивний фенотип пухлини, резис-

тентність до хіміотерапії та відображає ступінь тяжкості захворювання.

### Сравнение токсичности двух режимов адьювантной химиотерапии: Mayo и XELOX

*В.А. Шестль, А.П. Казьмин*

*Луганский областной клинический онкологический диспансер*

Целью исследования являлась оценка проявления токсичности двух режимов адьювантной химиотерапии — Mayo и XELOX.

В исследование включены больные раком ободочной кишки II—III стадии. Все пациенты обследованы в полном объеме: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, колоноскопия, ирригоскопия, рентгенография органов грудной полости. В 58,2% случаев диагностировали низкодифференцированную, 37,1% — умеренно дифференцированную, у 4,7% — высокодифференцированную аденокарциному. В 1-й группе 17 пациентов получали адьювантную полихимиотерапию по схеме XELOX. Во 2-й группе у 21 больного проводили адьювантную полихимиотерапию по схеме Mayo.

Все пациенты получали по 6 циклов адьювантной химиотерапии. Гастроинтестинальная токсичность (энтероколит, стоматит, тошнота, рвота, диарея) III—IV степени зафиксирована у 2 (9,5%) больных 1-й группы и у 7 (33,3%) пациентов, которые получали химиотерапию по схеме Mayo. Миелотоксичность III—IV степени развилась в 1-й группе (XELOX) у 3 (17,6%) больных, во 2-й группе (Mayo) — у 6 (35,3%) пациентов.

На основании полученных данных можно сделать заключение, что адьювантная химиотерапия рака ободочной кишки II—III стадии по схеме XELOX сопровождается меньшей токсичностью.

### Вариативность кровоснабжения правых отделов ободочной кишки и ее влияние на технику выполнения D3-лимфодиссекции при правосторонней гемиколэктомии

*С.К. Ефетов, М.Г. Сорокина*

*Российский научный центр хирургии им. Б.В. Петровского РАМН, Москва, Россия*

Выполнение лимфодиссекции играет ключевую роль в улучшении результатов лечения колоректального рака. Проведение расширенных вмешательств на лимфатических коллекторах позволяет удалить все потенциально метастатические лимфоузлы, точно стадировать распространенность опухолевого процесса и положительно влияет на отдаленные результаты.

Технические особенности выполнения D3-лимфодиссекции усложняют методику операции и требуют дополнительной подготовки хирурга. Знание анатомии сосудистого русла верхней

брыжеечной артерии дает возможность выполнять диссекцию более точно, а также избегать непредвиденного кровотечения. Единственным наиболее постоянным сосудом остается подвздошно-ободочная артерия. Правая ободочная артерия отдельным стволом встречается, по разным данным, в 10–41% случаев, средняя ободочная — в 49–91%.

Целью исследования стало изучение вариантов отхождения толстокишечных сосудов от верхней брыжеечной артерии. Выполнена трехмерная реконструкция артерий 28 последовательно просканированных пациентов с помощью мультиспиральной компьютерной томографии. В результате выявлено, что подвздошно-ободочная артерия отдельным стволом отходит от верхней брыжеечной артерии у 27 (96,4%) больных, правая ободочная артерия — у 11 (39,3%), средняя ободочная — у 25 (89,3%). Все полученные данные подтверждены интраоперационно.

Выполнение мультиспиральной компьютерной томографии с внутривенным контрастированием и трехмерной реконструкцией сосудов позволяет хирургу правильно ориентироваться в операционном поле и делает операцию более безопасной. Проведение подобной реконструкции перед операцией особенно актуально для молодых хирургов на этапе освоения техники D3-лимфодиссекции при правосторонней гемиколэктомии.

### Особенности развития осложнений плановой пульмонэктомии у больных раком легкого

*А.Ю. Гаерлюв*

*Харьковский областной клинический онкологический центр*

Представлены результаты анализа развития осложнений плановой пульмонэктомии (ПП) 135 больных раком легкого (РЛ) в возрасте от 38 до 74 лет, находившихся на лечении в период с 2005 по 2011 г. Мужчин было 121 (89%), женщин — 14 (10,4%). У всех больных в предоперационный период производили оценку функционального состояния респираторной системы (РС). Оценка непосредственных результатов ПП включала анализ осложнений в послеоперационный период.

При анализе осложнений ПП данной категории больных следует отметить преобладание нехирургических — 16 (11,85%) — осложнений над хирургическими — 5 (3,7%) случаев. Таким образом, осложнения после ПП по поводу РЛ развились у 21 (15,5%) из 135 пациентов. Чаще осложнения в послеоперационный период возникали у больных с рестриктивными нарушениями вентиляционной функции легких (ВФЛ) — 18 (13,33%) пациентов, наряду с тем, что в группе с обструктивными нарушениями на стороне операционного поля число осложнений составило

1,48% — у 2 пациентов, а при незначительном нарушении функционального состояния РС количество осложнений было 0,74% — 1 пациент. Постепенное «выключение» пораженного легкого из вентиляции способствовало адаптации РС. ПП в группе с обструктивными нарушениями ВФЛ на стороне операционного поля приводила к уменьшению шунтирования кровотока и улучшению физического статуса по сравнению с исходным, а процесс восстановления проходил на 7–13 дней быстрее, чем при исходно функционирующем легком. У пациентов, оперированных с рестриктивными нарушениями ВФЛ, после ПП отмечено снижение жизненной емкости легких в среднем на 41% по сравнению с предоперационными показателями, форсированной жизненной емкости легких — на 39,5%, объем форсированного выдоха за 1 с — на 47,8%, пиковой объемной скорости — на 46,3%, максимальной объемной скорости в момент выдоха первых 25% форсированной жизненной емкости легких — на 41,3%, а в момент выдоха 50% — на 41,5%.

Выделенные нами основные направления в изучении развития осложнений ПП больных РЛ позволили сформулировать оптимальную, на наш взгляд, концепцию предоперационной подготовки данной категории пациентов, что, в свою очередь, способствовало улучшению хирургического лечения больных РЛ.

### Замісна гормональна терапія в лікуванні постоваріоєктомічного синдрому у хворих на рак шийки матки

*І.В. Гончарук, С.В. Неспрядько, І.В. Людмила*

*Національний інститут раку, Київ*

У хворих на рак шийки матки (РШМ) виключення функції яєчників внаслідок радикального лікування спричиняє розвиток хірургічної менопаузи, основним проявом якої є постоваріоєктомічний синдром (ПОЕС), який характеризується вегетосудинними, психоемоційними та обмінно-ендокринними порушеннями. Єдиним патогенетично обґрунтованим методом лікування при ПОЕС є замісна гормональна терапія (ЗГТ).

Метою даного дослідження є оцінка ефективності ЗГТ у лікуванні ПОЕС у хворих на РШМ.

Досліджено можливість застосування ЗГТ у хворих на РШМ 0–III стадії (48 пацієнток) після хірургічного або комбінованого лікування. Середній вік хворих становив 41 рік (від 23 до 52 років). Усі пацієнтки до проведення хірургічного лікування мали збережену менструальну функцію. Контрольна група включала 40 пацієнток, яким ЗГТ не призначали.

Після хірургічного втручання пацієнткам призначали монотерапію естрогенами у вигляді трансдермального пластиру з урахуванням протипоказань

до ЗГТ. Препарат призначали протягом 6–18 міс.

На фоні прийому ЗГТ протягом 6 міс вираженість проявів хірургічної менопаузи зменшилася на 65%. Уже протягом перших 3–4 тиж застосування ЗГТ зникали такі вегетосудинні прояви ПОЕС, як «гарячі приливи», підвищене потовиділення, головний біль, тахікардія, слабкість тощо. Призначення ЗГТ сприяло позитивній динаміці психоемоційних проявів ПОЕС: знижувалася дратівливість, покращувався сон, пам'ять, підвищувалася працездатність, апетит, стабілізувався настрій. У контрольній групі прояви хірургічної менопаузи мали стійкий характер.

За час спостереження в жодній хворій під час прийому ЗГТ та після не діагностовано рецидивів захворювання.

Таким чином, препарати ЗГТ, ефективні в корекції ПОЕС, можна застосовувати для реабілітації хворих на РШМ з метою покращення якості їх життя.

### Возможности молекулярно-генетических исследований в диагностике, прогнозе, выборе тактики лечения в детской онкологии

*Н.В. Ионкина, Н.Н. Храповская, Н.Н. Свєргун, Г.И. Климяк*

*Национальный институт рака, Киев*

Саркомы Юинга (СЮ) и примитивная нейроэктодермальная опухоль (PNET, primitiv neuroectodermal tumor), альвеолярная рабдомиосаркома (аРМС) характеризуются наличием специфических транслокаций, которые являются четкими диагностическими маркерами заболевания.

Исследование наличия химерных генов проводили методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией в режиме реального времени с использованием специфических праймеров и флуоресцентных TaqMan-зондов. В качестве биологического материала использовали РНК, полученную из опухолевой ткани.

Опухолевый материал 22 больных с диагнозом СЮ и PNET в возрасте 5–24 лет проанализирован на наличие слияния гена *EWS* (локус 22q12) с различными генами ETS-семейства. Химерные гены *EWS-FLI1* типа 1 и 2 в опухолевой ткани выявлены у 16 (43,25%) детей, химерный транскрипт *EWS-ERG* — у 2 (5,4%) больных, химерный транскрипт *EWS-ETV4* — у 3 (8,10%), *EWS-ETV1* — у 1 (2,7%) больного, что позволяет подтвердить диагноз СЮ/PNET.

На наличие химерных генов проанализирован опухолевый материал 29 больных с верифицированным диагнозом аРМС. Химерный ген *PAX3-FKHR* определен у 8 (14%) пациентов, *PAX7-FKHR* — в 12 (21%) случаях. У 3 больных с диагнозом эмбриональная

РМС в опухоли выявлен химерный ген *PAX3-FKHR*, что позволило оптимизировать тактику их лечения. В этом случае пациентов относят к группе высокого риска и назначают лечение согласно программам терапии для аРМС (протокол *ErSSG RMS 2005*). Установлена ассоциация между вариантом химерного гена и прогнозом течения заболевания.

Молекулярно-генетические исследования в детской онкологии являются необходимым компонентом диагностики при реализации современных протоколов лечения.

### Особливості цитогенетичних змін у клітинах лімфоми людини лінії U-937 при індукції апоптозу фактором некрозу пухлини

*Я.С. Ясінський, Н.О. Безденіжних*  
*Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.С. Кавецького НАН України, Київ*

Представлено дослідження зміни клональної структури в клітинній популяції лімфоми людини при індукції апоптозу фактором некрозу пухлини (ФНП). Виявлено ранні цитогенетичні маркери та каріологічні зміни в клітинах U-937 при різних строках дії ФНП.

У дослідженні використано клітини лінії U-937 лімфоми людини, застосовано індукцію апоптозу ФНП, цитогенетичний, каріологічний аналіз. Клітини інкубовано протягом 2; 6; 24; 48 та 96 год.

Раннім маркером дії ФНП (500 од./мл, 1 год) є індукція передчасної конденсації хромосом. Максимальний ефект ФНП відзначають через 48 год (стимуляція апоптозу, накопичення клітин з мікроядрами та двоядерних клітин). Через 96 год інкубації з ФНП змінюється клітинний склад популяції за розподіленням клітин з різною кількістю хромосом.

ФНП, індуюючи апоптоз у клітинах лінії U-937, одночасно сприяє збільшенню кількості клітин з нестабільністю хромосомного апарату. Це може призвести до прискореної селекції стійких до його дії клонів і виникнення субліній з новими властивостями.

### Динаміка змін денситометричної щільності трабекулярної частини хребців поперекового відділу хребта в хворих на лімфому Ходжкіна на діагностичному та хіміотерапевтичному етапі лікування

*Ю.В. Яворська*

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського*

Проаналізовано зміни мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) в 37 хворих на лімфому Ходжкіна (ЛХ) за даними комп'ютерних томограм методом вимірювання МЩКТ в трабекуляр-

ній частині хребців поперекового відділу хребта на діагностичному етапі та після завершення 4–6 курсів поліхіміотерапії (ПХТ). Діагноз ЛХ встановлювали на основі клініко-гістологічних даних згідно з Національними критеріями діагностики.

На діагностичному етапі отримано достовірне зниження показників МЩКТ у групі хворих на ЛХ IV стадії на 16,57% порівняно з II стадією, у групі з інтоксикаційною симптоматикою (В) — на 15,73% при зіставленні з групою пацієнтів без симптомів інтоксикації (А). На етапі завершення ПХТ зниження показників МЩКТ на 27,04% одержано в групі хворих на ЛХ III стадії порівняно з II стадією, у групі В — на 18,22% порівняно з групою А. У групі чоловіків, які отримали 6 курсів ПХТ, — на 30,52% порівняно з тими, у яких провели 4 курси ПХТ. У групі чоловіків — на 24,47% порівняно з вихідними показниками, у групі жінок — на 26,13%.

Зменшення МЩКТ на діагностичному етапі залежить від стадії пухлинного процесу та наявності симптомів інтоксикації. Провідним фактором зменшення МЩКТ на етапі завершення ПХТ є кількість курсів ПХТ.

### Експресія ER, PR, HER-2/neu в опухлях больных раком эндометрия

*А.П. Колесник, А.С. Часовских*

*Запорожский государственный медицинский университет*

Необходима разработка новых подходов к прогнозированию течения рака тела матки и индивидуализации послеоперационного лечения больных с данной патологией. В связи с этим является актуальным изучение прогностических маркеров.

Целью исследований было изучение экспрессии рецепторов эстрогена (ER), прогестерона (PR), HER-2/neu, а также выявление корреляционной связи уровня экспрессии молекулярных маркеров с клинико-патологоанатомической характеристикой пациента и опухоли.

Объектом исследования была 21 больная раком тела матки, проходившая обследование и лечение в Запорожском областном клиническом онкологическом диспансере с января по октябрь 2012 г. Экспрессию ER, PR, HER-2/neu изучали с помощью метода иммуногистохимии.

Гормонопозитивные опухоли (ER+PR+) выявлены у 80,95% больных раком эндометрия. Положительная экспрессия HER-2/neu не отмечена ни в одном случае. Определен также уровень связи экспрессии молекулярных маркеров с клинико-морфологическими характеристиками пациента и опухоли.

Выявлена высокая достоверная корреляция между экспрессией ER и PR

( $r=0,86$ ;  $p<0,00$ ). Середня достовірна зв'язь определена между гистологическим типом опухоли и экспрессией ER ( $r=-0,46$ ;  $p<0,03$ ), PR ( $r=-0,47$ ;  $p<0,03$ ), HER-2/neu ( $r=0,51$ ;  $p<0,02$ ), а также между M-эхо и экспрессией ER ( $r=-0,42$ ;  $p<0,05$ ).

### Тактика лікування хворих на рак шийки матки у II триместр вагітності

**В.І. Козіна**

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ*

Рак шийки матки (РШМ) займає перше місце серед пухлин, асоційованих з вагітністю. Вибір методу лікування при РШМ під час вагітності визначають згідно зі стадією захворювання, строком вагітності та рішенням матері щодо збереження вагітності.

У II триместр вагітності тактика лікування перш за все залежить від стадії захворювання. Якщо у жінки діагностували I стадію РШМ, то зберігають вагітність до 28 тиж і після розродження через 4–8 тиж проводять широку конізацію. Якщо у вагітної виявлено РШМ II стадії, а строк вагітності становить до 20 тиж, вагітність переривають, проводять радикальну гістеректомію з лімфодисекцією і через 2–3 тиж курс променевої терапії (дистанційна гамма-терапія, сумарна доза в точці А — 40 Гр, у точці В — 20 Гр). У разі вагітності строком більше 20 тиж пролонгують вагітність до 28–32 тиж і в подальшому проводять кесарів розтин з одномоментною радикальною гістеректомією, лімфодисекцією та курсом хіміотерапії через 2–3 тиж. У випадку діагностування у вагітної III або IV стадії РШМ, то у термін до 20 тиж проводять зовнішнє опромінення (40 Гр) після переривання вагітності, а у строк більше 20 тиж — кесарів розтин з подальшою субтотальною гістеректомією та курсом хіміотерапії.

Отже, у II триместр тактика лікування та збереження фертильності жінки залежать від стадії РШМ.

### Продуктування інтерферону I типу пухлинними клітинами за умов трансдукції їх рекомбінантними бакуловірусами

**О.О. Лихова<sup>1</sup>, Н.О. Бездєсєжних<sup>1</sup>,**

**Н.І. Семєсюк<sup>1</sup>, І. Адаменко<sup>1</sup>, О.О. Захарук<sup>2</sup>**

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

*<sup>2</sup>Інститут молекулярної біології і генетики НАН України, Київ*

Метою даної роботи було дослідження синтезу і продукування інтерферону I типу (ІФН) в клітинах лінії ММ-4 та J774, трансдукованих рекомбінантними бакуловірусами (рБВ).

Визначено особливості експресії ендогенного та рекомбінантного ІФН у клітинах меланоми та макрофагоподібних клітинах.

Проведено культивування клітин, рБВ, визначення синтезу і продукування ІФН біологічним та імуноцитохімічним методами. Об'єктом дослідження були клітини меланоми В16 (лінія ММ-4) та макрофагоподібні клітини (лінія J774).

При дослідженні продукування ІФН *in vitro* клітинами ММ-4, трансдукованими рБВ, виявлено в цитоплазмі синтез та продукцію ІФН лише в клітинах, трансдукованих рБВ/ІФН (30 000 МО/мл). Трансдукція макрофагоподібних клітин лінії J774 будь-яким типом рБВ при МОІ 50 БУО/кл індукувала невисокий рівень ендогенного ІФН (75 МО/мл), незалежно від типу БВ.

Отримані дані свідчать, що в клітинах меланоми рБВ з геном ІФН не індукує ендогенний ІФН, однак вони можуть активно продукувати значний рівень рекомбінантного білка. У прототипі імунокомпетентних клітин (макрофагоподібних) лінії J774 рБВ, незалежно від виду рекомбінантного гена, індукує продукцію ендогенного ІФН I типу.

### Клинико-морфологические характеристики трижды негативного рака грудной железы у больных с различным индексом массы тела

**И.Б. Щепотин<sup>1</sup>, А.С. Зотов<sup>1</sup>, Р.В. Любоба<sup>1</sup>, Н.Ф. Аникусьюк<sup>2</sup>, И.И. Любога<sup>2</sup>**

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

*<sup>2</sup>Київський городський клінічний онкологічний центр*

Целью исследования являлось определение связи между индексом массы тела (ИМТ) и морфологическими факторами, которые влияют на прогноз течения рака грудной железы (РГЖ).

Обследованы 110 больных трижды негативным (ТН) РГЖ в возрасте от 25 до 76 лет ( $54,6 \pm 1$  год), которые проходили лечение в клинике кафедры онкологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца в 2005–2006 гг.

Согласно критериями ВОЗ пациенток разделили на следующие группы: 1-я ( $n=27$ ) — с ИМТ  $<25 \text{ кг/м}^2$  — нормальная или дефицит массы тела; 2-я ( $n=47$ ) — с ИМТ  $25-29,9 \text{ кг/м}^2$  — избыточная масса тела; 3-я ( $n=36$ ) — с ИМТ  $\geq 30 \text{ кг/м}^2$  — ожирение.

В постменопаузу ТН РГЖ достоверно чаще диагностируют у больных 3-й группы, а в менопаузу — у пациенток со 2-й группы. Дольковые карциномы достоверно чаще возникают у пациенток 3-й группы (25%), а протоковые — у больных 1-й и 2-й групп в 74 и 77% случаев соответственно. Низко- и недифференцированные опухоли диагностируют у больных 2-й и 3-й групп (32 и 42% соответственно).

У 43% пациенток с ТН РГЖ выявлена избыточная масса тела, а у 32% — ожирение различной степени.

У больных с ИМТ  $>30 \text{ кг/м}^2$  ТН РГЖ достоверно чаще развивается в постменопаузу, а среди пациенток с дефицитом или нормальной массой тела — в пременопаузу.

Среди пациенток с ожирением дольковый ТН РГЖ диагностируют наиболее часто, что составляет 25%.

Низко- и недифференцированные опухоли (G3, G4) выявляют в 32% случаев ТН РГЖ у пациенток с избыточной массой тела и в 42% — с ожирением.

### Телемедицина в диагностике онкологических и онкогематологических заболеваний. Проект «iPath»

**А.В. Мартынич,**

**С.А. Антонюк, Е.В. Куцевой, К.С. Филоненко,**

**И.Б. Титоренко, О.И. Новосад,**

**Я.А. Степанюшина, И.А. Крячок**

*Національний інститут рака, Київ*

Целью исследования являлось повышение качества диагностики онкогематологических заболеваний с использованием телемедицины.

Описаны возможности получения онлайн-консультаций международных и отечественных экспертов в сложных диагностических случаях. Представлены возможности установления точного диагноза в трудных клинических ситуациях, мультидисциплинарный подход, процесс налаживания связей с международными экспертами, непрерывное обучение гистологов, онкологов, гематологов.

С 2010 г. в Национальном институте рака начата работа и внедрение телемедицины на базе платформы «iPath» в области онкогематологии, создана группа по онкогематопатологии на базе украинского сервера на русском и украинском языках, где размещены клинические случаи с указанием диагноза, истории заболевания, результатов лабораторных и инструментальных исследований, а также предоставлены микрофотографии срезов гистологических блоков и иммуногистохимических исследований.

С момента создания группы зарегистрировано 45 пользователей со всей Украины, размещено для обсуждения 20 клинических случаев. Диагноз подтвержден международными и украинскими экспертами в 17 случаях. В 3 случаях было предложено пересмотреть иммуногистохимическую панель маркеров и уточнить клинический диагноз. В процессе обсуждения возникла необходимость в проведении ряда дополнительных иммуногистохимических исследований, улучшено качество приготовления парафиновых блоков.

Телемедицина в онкогематологии является перспективным и важным направлением, которое требует дальнейшего внедрения в практику онкологов, гематологов и патогистологов.



## Оцінка виживаності хворих на рак шлунка II стадії залежно від проведеного лікування

О.М. Левчук

Запорізький державний медичний університет

Вивчено залежність виживаності хворих на рак шлунка II стадії залежно від проведеного оперативного чи комплексного лікування.

Проаналізовано історії хвороби 163 пацієнтів з верифіковано раком шлунка II стадії, прооперованих у Запорізькому обласному клінічному онкологічному диспансері з 2000 по 2012 рр. У хворих виконано субтотальні резекції шлунка та гастректомії або проведено комплексне лікування (оперативне втручання та хіміотерапія). Для оцінки виживаності використовували метод Каплана — Мейера. Порівняння кривих виживаності проводили за допомогою логрангового критерію. Дослідження здійснено відповідно до вимог біоетичного комітету Запорізького державного медичного університету.

При вивченні виживаності хворих на рак шлунка II стадії після гастректомії виявлено найкращі показники виживаності при виконанні гастректомії з рівнем лімфодисекції D2 порівняно з комбінованою і D1-гастректомією (медіани виживаності становили 50; 21,3; 18,9 міс відповідно). Медіана виживаності хворих на рак шлунка II стадії, у яких проведено тільки оперативне лікування, порівняно з групою пацієнтів з додатковою ад'ювантною хіміотерапією, становила 55,7 та 85,2 міс відповідно.

Проведення гастректомії з рівнем лімфодисекції D2 поліпшує виживаність хворих на рак шлунка II стадії.

Поєднання оперативного лікування з ад'ювантною поліхіміотерапією значно подовжує життя пацієнтів.

## Микросателлитная нестабильность при карциноме желудка: частота и клинические особенности

Ю.А. Винник, А.В. Мовчан

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Целью исследования являлось изучение терапевтических и токсических эффектов химиолучевой терапии (ХЛТ) с применением флуороурацила и цисплатина при местно-распространенном раке желудка (МРРЖ) в зависимости от микросателлитной нестабильности (МСН) по локусам VAT-25, VAT-26.

Изучены частота МСН по VAT-25/26 при МРРЖ, связь МСН по VAT-25/26 с абластическим эффектом при применении флуороурацила и цисплатина, а также связь МСН по VAT-25/26 с токсическими проявлениями при использовании флуороурацила и цисплатина.

Обследовано 70 больных с МРРЖ, у всех диагностирована аденокарци-

нома; IV стадия заболевания. Больные получали ХЛТ до суммарной очаговой дозы 40 Гр 28 дней. Модификацию в I-й группе (35 человек) проводили цисплатином 50 мг; во 2-й группе (35 больных) — флуороурацилом 500 мг. Препараты вводили 1 раз в 7 дней в течение 4 нед.

МСН по локусу VAT-25 отмечена у 21 (30%) пациента, VAT-26 — у 10 (14,3%), по обоим локусам одновременно — у 4 (5,7%).

При оценке по шкале RECIST выявлена частичная регрессия и стабилизация процесса у 47 больных, прогрессирование — у 23.

Лучший эффект с применением цисплатина при лучевой терапии отмечают у больных без МСН по VAT-25/26 (57,1%), с использованием флуороурацила с МСН по VAT-25 (62%) и VAT-26 (50%). Гематологические токсические эффекты III–IV степени — при МСН по локусу VAT-25 (6 пациентов), по локусу VAT-26 (7 человек); со стороны желудочно-кишечного тракта осложнения чаще отмечали при применении флуороурацила — 13 больных — независимо от МСН.

У 50% больных с МРРЖ выявлен мутаторный фенотип с МСН по локусам VAT-25/26.

Абластомный эффект при лучевой терапии с модификацией цисплатином достигнут у больных без МСН; при модификации флуороурацилом — с наличием МСН по локусам VAT-25/26.

Токсические эффекты ХЛТ не связаны с генетическими особенностями опухоли, а являются результатом действия цисплатина и флуороурацила на организм опухоленосителя.

## Микросателлитная нестабильность как фактор риска рака эндометрия и толстой кишки

Е.М. Олешко

Харьковский областной клинический онкологический центр

Проведена оценка корреляции между частотой микросателлитной нестабильности (МСН) в слизистой оболочке толстой кишки (ТК) больных раком эндометрия (РЭ) и факторами риска развития карциномы в эндометрии и ТК.

У 342 обследованных больных РЭ I–IV стадии в возрасте 30–80 лет определяли наличие МСН в опухолевой ткани и образцах слизистой оболочки ТК методом полимеразной цепной реакции.

Наивысшая корреляция частоты МСН генома в слизистой оболочке ТК отмечена у больных РЭ с наличием сахарного диабета ( $r=0,65$ ) и бесплодием I степени ( $r=0,57$ ). Эти наивысшие коэффициенты корреляции относятся к умеренно выраженным. Следующая группа факторов риска обладает слабой

корреляцией с развитием МСН генома в клетках слизистой оболочки ТК. Кроме того, один из факторов имеет отрицательную направленность — количество родов ( $r=-0,38$ ). Остальные факторы имеют положительную корреляцию: гипертоническая болезнь ( $r=0,42$ ), масса тела ( $r=0,41$ ), прием гормональных препаратов с целью контрацепции или заместительной целью ( $r=0,40$ ) и курение ( $r=0,37$ ). Гипертоническая болезнь также обладает корреляционной связью с наличием МСН, однако коэффициент корреляции у данных пациентов еще ниже — 0,28. Фактор, который не коррелировал с наличием МСН, — бесплодие II степени.

Частота МСН в ткани ТК коррелировала (умеренно или слабо) с 8 из 9 исследуемых факторов, что указывает на общность патогенеза РЭ и ТК на молекулярном уровне.

## Уникнення аксиллярної лімфодисекції у хворих на рак грудної залози з метастатичним ураженням сигнального лімфатичного вузла (огляд літератури)

О.В. Поступаленко

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ

Проаналізовано новітні тенденції виконання лімфодисекцій у хворих на рак грудної залози (РГЗ) за даними літератури.

Механістична концепція поетапного поширення РГЗ (W. Halsted) поступається місцем концепції системного характеру захворювання (B. Fisher). На користь цього свідчить активне дослідження та впровадження у клінічну практику методики біопсії сигнального лімфатичного вузла (СЛВ), яку включено до стандартів лікування РГЗ таких організацій, як ESMO, ASCO, SSO, NCCN та ін. За відсутності метастатичного ураження СЛВ рекомендовано обмежити хірургічне втручання на аксиллярних лімфатичних вузлах лише біопсією СЛВ. Вивченню можливостей обмеження показань до аксиллярної лімфодисекції за наявності метастатичного ураження СЛВ присвячено рандомізоване дослідження ACOSOG Z0011. Виявлено, що у пацієнтів з первинною пухлиною  $\leq 5$  см при клінічно негативних регіонарних лімфатичних вузлах та наявності 1–2 метастатично уражених СЛВ (за результатами біопсії СЛВ), яким буде виконано органозберігаючу операцію та ад'ювантне опромінення всієї грудної залози, проведення аксиллярної лімфодисекції не впливає на виживаність.

Дослідження та впровадження в клінічну практику біопсії СЛВ є перспективним напрямком, який необхідно активно розвивати в Україні.

### Переваги застосування методики IMRT порівняно з 3-D-конформною променевою терапією у хворих на рак передміхурової залози

О.В. Сафронова, К.С. Костюк

КЛ «Феофанія» ДУС, Всеукраїнський центр радіохірургії, Київ

Мета дослідження — порівняння дозового навантаження на пухлину при раку передміхурової залози (ПЗ), регіонарні лімфатичні вузли та сечовий міхур при застосуванні променевої терапії з модульованою інтенсивністю дози (IMRT — Intensity-Modulated Radiation Therapy) та 3-D-конформної променевої терапії (3D-КПТ).

На базі Всеукраїнського центру радіохірургії клінічної лікарні «Феофанія» проліковано 11 пацієнтів з раком ПЗ II–III (T2–3N0M0) стадії із застосуванням методики IMRT. У даних хворих розраховано віртуальний план 3D-КПТ.

Сумарна вогнищева доза (СВД) на ПЗ при застосуванні методики опромінення IMRT становила 71,4±3,31 Гр ( $p < 0,05$ ), на лімфатичні вузли малого таза — 49,1±2,21 Гр ( $p < 0,05$ ). Променева навантаження на сечовий міхур дорівнювало 38,4±4,95 Гр ( $p < 0,05$ ), що значно нижче за толерантну дозу. СВД на ПЗ при 3D-КПТ становила 70,2±3,39 Гр, на лімфатичні вузли малого таза — 50,1±3,42 Гр ( $p < 0,1$ ), при цьому сечовий міхур отримав 50,2±2,42 Гр ( $p < 0,1$ ), що не перевищувало толерантної дози, але було значно вищим, ніж при застосуванні методики IMRT.

Використання методики опромінення IMRT у хворих на рак ПЗ має значні переваги перед 3D-КПТ. Можливість встановлювати ліміти дози на критичні органи, висока конформність дозволяє підвести оптимальну терапевтичну дозу на пухлину та суттєво зменшити променево навантаження на сечовий міхур.

### Метод профілактики лімфоцеле після тазової лімфодисекції у хворих на рак матки

О.О. Самохвалова, О.В. Турчак

Національний інститут раку, Київ

Стандартною складовою хірургічного лікування хворих на рак шийки (РШМ) та тіла матки (РТМ) є тазова лімфодисекція, яка може стати причиною виникнення лімфодренажних ускладнень, до яких відносять утворення лімфатичних заочеревених кіст (лімфоцеле).

У відділенні онкогінекології Національного інституту раку розроблено лімфоангіостатичний засіб профілактики лімфоцеле. Методика полягає в наступному: після виконання здувальної лімфодисекції проводять санацію зони дисекції, при необхідності — коагуляційний гемостаз. Порожнини, які утворилися внаслідок видалення жирової клітковини з лімфатичними

вузлами, заповнюють адгезивним гемостатиком. Дану методику застосовано у 20 хворих на РШМ і РТМ I стадії, яким було виконано тазову лімфодисекцію. Контролем у даному дослідженні була група з 30 хворих, у яких не застосовували лімфостатичний компонент. Відбір до обох груп здійснювали шляхом рандомізації.

У післяопераційний період контролювали об'єм лімфореї протягом перших 3 діб. У середньому він становив у 1-й групі 80 мл/добу, у 2-й — 170 мл/добу ( $p < 0,01$ ). На 7-й день проводили ультразвукове дослідження малого таза: у 1-й групі в ділянці здувливних судин виявлено гідрофільні утворення розміром до 3 см у 5 пацієток, у 2-й — у 12 хворих.

Спостереження за пацієнтками триває. У дизайн дослідження входить УЗД-контроль шомісячно, дослідження та реєстрація пізніх проявів лімфодренажних порушень — лімфостазу нижньої частини тіла.

Дана методика в поєднанні з особливостями дренивання зони дисекції та застосуванням терапевтичних засобів у післяопераційний період може суттєво зменшити кількість лімфогенних порушень після розширених онкогінекологічних операцій.

### Особенности развития меланомы кожи на фоне беременности: ретроспективный анализ серии наблюдений

А.С. Вихрова, І.В. Самойленко, 2

К.А. Барышников, 2 Л.В. Демидов 1,2

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова  
2Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Целью исследования являлась оценка влияния беременности на прогноз течения меланомы кожи.

Проведен анализ медицинских карт пациенток из архива ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН за период 1990–2000 гг. с использованием формализованных критериев поиска.

В ходе анализа идентифицировано 343 карты женщин в возрасте 18–45 лет с указанием на сохранность менструальной функции. Из них у 56 (16,3%) пациенток меланома кожи диагностирована во время беременности, в течение 6 мес после родоразрешения (или прерывания беременности). Медиана возраста в группе небеременных женщин составила 39,5 года (95%ДИ 37,3–39,9 года), в группе беременных женщин — 29,5 года (95% ДИ 26,6–33,8 года); средняя толщина опухолей в группе небеременных женщин — 5,4 мм ( $\pm 5,3$  мм); в группе беременных женщин — 8,2 мм ( $\pm 9,9$  мм) ( $p < 0,05$ ). Медиана общей выживаемости в группе больных с локализованными формами меланомы

(I и II стадии) составила: 84,3 мес (95% ДИ 54,1–112,2 мес) в группе небеременных, 43,9 мес (95% ДИ 21,1–66,8 мес) в группе пациенток, беременных на момент установления диагноза ( $p = 0,009$ ). Однако в пропорциональной модели Кокса при проведении корригирования с учетом толщины и изъязвления опухоли выявление меланомы на фоне беременности не было значимым прогностическим фактором.

Беременность не является независимым фактором прогноза при меланоме кожи. Худшие результаты выживаемости, по-видимому, связаны с более поздними сроками начала лечения. Врачом первичного звена следует осматривать кожные покровы беременных и обучать их самостоятельному осмотру.

### Вплив міжклітинної взаємодії та прозапальних цитокінів на експресію маркерів епітеліально-мезенхімального переходу в клітинах раку грудної залози

Н.І. Семесюк, Н.О. Бездєсних, О.О. Лихова, І. Дошин

Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України, Київ

Метою дослідження було створення модельної мультиорганної клітинної системи *in vitro* для дослідження модифікації імунофенотипічних характеристик пухлинних клітин раку грудної залози (РГЗ) при їх взаємодії зі стромальними клітинними елементами і прозапальними цитокінами (фактор некрозу пухлин — ФНП).

Визначення змін в експресії білкових маркерів епітеліально-мезенхімального переходу (ЕМП), стовбурових пухлинних клітин і лікарської стійкості (Е-кадгерин, віментин — Vim, Slug, CD44, ТороIIα) в пухлинних клітинах Т-47D при їх взаємодії зі стромальними клітинами.

У дослідженні використано культивування клітин, імуноцитохімічний та статистичний аналіз.

При культивуванні клітин Т-47D з пухлинними стромальними клітинами зі збереженням гуморальної їх взаємодії відзначали появу Vim+ Т-47D-клітин та зменшення кількості Е-кадгерин+, підвищення експресії Slug, повну інгібіцію експресії ТороIIα і збільшення кількості CD-44+. ФНП зменшував кількість Е-кадгерин+ і ТороIIα+ Т-47D-клітин як в ізольованих лунках, так і ко-культурах.

Такі зміни фенотипічних характеристик Т-47D-клітин свідчать про суттєвий вплив як стромальних клітин, так і факторів, які вони продукують, на пухлинні клітини з запуском програми ЕМП, що асоціюється з набуттям клітинами більш агресивних характеристик та підвищенням їх метастатичного потенціалу.

### Дослідження гормонального статусу інвазивного внутрішньочасточкового раку грудної залози

О.В. Лазарук, Ю.Л. Тетяна

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Метою дослідження було визначення ризику смертності хворих на внутрішньочасточковий інфільтративний рак грудної залози (РГЗ) з урахуванням показників імуногістохімічної діагностики.

Досліджено гістологічний матеріал 20 пацієнок з інфільтративним внутрішньочасточковим РГЗ, який становить 20% усіх онкологічних захворювань грудної залози. Із них 16 жінок у клімактеричному віці — група 1 та 4 жінки — до настання клімаксу — група 2. Із досліджуваних гормональних рецепторів використовували: естроген (ER), прогестерон (PgR) та HER-2/неу-епідермальний фактор росту.

У пацієнок 1-ї групи 58% випадків становили ER+ та 77% PgR+—пухлини. У 4 жінок групи 2 відзначали тенденцію до переважання гормоннегативних пухлин: ER- — 75%, PgR- — 50%.

При дослідженні HER-2/неу-статусу в жінок групи 1 у 3 пацієнок виявлено HER-2/неу-, а у 13 — HER-2/неу+. У групі 2 HER-2/неу-негативний діагностовано у 2 жінок.

ER- і PgR-позитивні пухлини керовані та контрольовані гормональними препаратами. РГЗ, що характеризується негативним рецепторним (ER-, PgR-, HER-2/неу-) статусом, має несприятливу загальну та безрецидивну виживаність. Позитивний статус рецепторів (ER+, PgR+) і негативний HER-2/неу-статус при інфільтративному РГЗ має сприятливий перебіг і прогноз.

### Застосування комбінованої терапії на основі дендритних клітин та низьких доз доксорубіцину в експерименті

О.І. Горбач, Н.М. Храповська, О.В. Скачкова, Р.І. Сидор, Н.М. Сєвергун

Національний інститут раку, Київ

Розроблено схеми комбінованої терапії з застосуванням протипухлинної вакцини на основі дендритних клітин (ДК) та низьких доз доксорубіцину.

В експериментальних дослідженнях використано 213 мишей лінії СВА. Саркому-37 вводили внутрішньом'язево в концентрації  $2 \times 10^6$  на тварину. Доксорубіцин вводили інтраперитонеально 5 разів у метрономному режимі за 2 схемами в концентрації 0,2 (DOX1) та 2 (DOX2) мг/кг на 7-му добу після перещеплення пухлини із інтервалом 1 день та 3 дні відповідно. ДК-вакцину вводили внутрішньовенно всього 3 рази, починаючи з 4-го дня після закінчення хімотерапії.

У тварин, які одержували комбіновану терапію, відзначали ста-

тистично достовірне зменшення об'єму пухлини порівняно з контролем ( $p=0,007$  та  $p=0,001$  в групах DOX1 та DOX2 відповідно). У групі DOX1 виявлено збільшення кількості CD69+—клітин у селезінці до  $17,33 \pm 4,06\%$  проти  $4,33 \pm 1,86\%$  у контрольній групі ( $p=0,017$ ). У тварин цієї групи відзначено підвищення цитотоксичної активності спленоцитів ( $p=0,004$ ). Комбінована терапія сприяє значному підвищенню фагоцитарної активності спленоцитів. Таким чином, у групі DOX1 фагоцитарна активність моноцитів становить  $51,0 \pm 9,05\%$  проти  $7,67 \pm 2,85\%$  в контролі,  $p=0,04$ . Відзначено підвищення коефіцієнта продукування активних радикалів кисню спленоцитами в групі DOX1 до  $2,02 \pm 0,32$  проти  $1,24 \pm 0,11$  у контрольній групі ( $p=0,05$ ).

Запропонована схема комбінованої терапії доксорубіцином у концентрації 0,2 мг/кг та ДК-вакцини викликає зменшення об'єму первинної пухлини та активує природну ланку імунітету.

### Експресія факторів транскрипції IRF4, IRF8 та BCL6 у злоякісно трансформованих В-клітинах

І.М. Гордієнко, Л.М. Ковалевська, М.Ю. Юрченко

Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.С. Кавецького НАН України, Київ

Використання достовірних молекулярних маркерів для визначення стадії диференціювання злоякісно трансформованих клітин дає змогу визначити ступінь злоякісності пухлин, що лежить в основі прогнозування перебігу захворювання та вибору оптимальних схем терапії.

Метою даної роботи є експериментальне обґрунтування можливості використання рівня експресії IRF4, IRF8, BCL6 для визначення ступеня диференціювання злоякісно трансформованих В-клітин. Дослідження проведено на субпопуляціях В-лімфоцитів, ліній клітин В-лімфоцитарного походження, зразках дифузної клітинної В-клітинної лімфоми (18 випадків) за допомогою вестерн-блоттингу, імуногістохімічного аналізу і кількісної полімеразної ланцюгової реакції.

Встановлено, що найвища експресія IRF4 на рівні білка є характерною для плазмобластів, BCL6 — клітин зародкового центру. Рівень експресії IRF8 був найвищим у клітинах зародкового центру та В-клітинах пам'яті. У ліній злоякісно трансформованих клітин профіль експресії цих транскрипційних факторів відповідає стадії диференціювання, виняток становлять клітинні лінії лімфоми Ходжкіна, які мають високий рівень IRF4 та IRF8. Випадки дифузної клітинної В-клітинної лімфоми за рівнем експресії IRF4 та BCL6 можуть бути поділені на 3 групи: 1-ша (7 випадків) —

високий рівень експресії BCL6 і IRF4, 2-га (5 випадків) — експресія лише IRF4, 3-тя (6 випадків) — експресія BCL6. Таким чином, рівень експресії IRF4, IRF8, BCL6 може бути використаний для визначення ступеня диференціювання злоякісно трансформованих В-клітин.

### Експресія протеїнкіназ PKD1 та PKD2 у гліомах

Л.М. Ковалевська<sup>1</sup>, О.А. Рафаловська<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup>Київський національний університет ім. Тараса Шевченка

Протеїнкінази родини PKD (protein kinase D), які є ефекторами PKC (protein kinase C), що беруть участь в інвазії, формуванні хімотерапевтичної стійкості гліом, запропоновано як нову мішень для спрямованої терапії злоякісних новоутворень. Дані досліджень щодо експресії ізоформ PKD у різних типах пухлин та їх диференційної ролі в регуляції проліферації пухлинних клітин, виживаності, міграції та інвазивних властивостей свідчать про антагоністичні біологічні властивості PKD1 та PKD2.

Метою дослідження є визначення рівня експресії протеїнкіназ PKD1 і PKD2 в гліальних ліній клітин і зразках гліом.

За допомогою імуногістохімії з антитілами, що розпізнають обидві кінази, неможливо визначити диференційну експресію PKD1 та PKD2, тому нами застосовано кількісну полімеразну ланцюгову реакцію зі специфічними праймерами до PKD1 та PKD2. У дослідженнях використано 9 гліальних ліній клітин та 20 зразків гліом. На ліній гліальних клітин показано диференційний рівень експресії PKD1 і PKD2. У ліній клітин U251, TE671, U373, U87, A172, N89, NCH92, U251 відзначають вищий рівень експресії PKD1 відносно PKD2. У лінії клітин U343 виявлено вищий рівень експресії PKD2 порівняно з PKD1. Диференційну експресію PKD1 та PKD2 продемонстровано також у зразках гліом.

Таким чином, уперше визначено диференційну експресію протеїнкіназ PKD1 та PKD2 у гліальних клітинних ліній і зразках пухлин хворих на гліому.

### Експресія CD150-антигену в гліомах головного мозку

О.Л. Романець<sup>1</sup>, О.М. Чумак<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup>Київський національний університет ім. Тараса Шевченка

Профіль експресії CD150-антигену є дослідженим у клітинах гемопоетичної системи, проте мало відомо про експресію цього маркера в пухлинах різного гістогенезу.

Мета дослідження — вивчення експресії CD150 в гліальних пухлинах різного ступеня злоякісності.

Проведено імуногістохімічний аналіз 46 пухлин з гістологічним діагнозом дифузна астроцитом (стадія II), анапластична астроцитом (стадія III) та гліобластома (стадія IV). CD150 не виявлено в нормальних тканинах мозку. У гліомах головного мозку експресію цього антигену відзначали в цитоплазмі пухлинних клітин. Найвищий відсоток CD150-позитивних випадків був серед гліобластом (88,9%). У зразках анапластичних астроцитом CD150 виявлено в 81,3%, а в дифузних астроцитомах — у 66,7% випадків.

Таким чином, уперше виявлено експресію CD150-антигену в гліомах головного мозку й показано, що з підвищенням ступеня злоякісності гліальних пухлин достовірно збільшується відсоток CD150-позитивних випадків.

### Особливості кардіоінтервалограм при кардіоміопатії за умов ендотоксикозу

*П.О. Ваврух, Г.П. Ваврух*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Проведено аналіз варіабельності серцевого ритму за умов онкогеноподібного ендотоксикозу.

Експеримент проводили на 35 ставтевозрілих щурах-самцях масою тіла 170–230 г. Усі втручання виконували з дотриманням принципів «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та наукових цілей» (Страсбург, 1985) та ухвали Першого національного конгресу з біоетики (Київ, 2001). Онкогеноподібну ендогенну інтоксикацію моделювали шляхом введення тетрахлорметану та бактеріального ліпополісахариду за В.В. Новоцадовим та В.Б. Писаревим (2001; 2002). Експериментальним та контрольним щурам на 90-ту добу проводили електрокардіографічне дослідження в II стандартному відведенні за допомогою комп'ютерного комплексу «CardioLab SE» (Україна).

За умов ендотоксикозу зареєстровано зниження частоти серцевих скорочень на 32%, амплітуди моди — на 58%, індекс напруження при цьому був у 6,3 рази нижчим за такий у контролі, індекс вегетативної рівноваги — у 3,9 рази, вегетативний показник ритму — 2,6 рази, а показник адекватності процесів регуляції — 2,8 рази, значення моди підвищувалося на 42%, а варіаційний розмах — у 2 рази.

Дані аналізу кардіоінтервалограм свідчать про регуляторну дисфункцію, обмеження адренергічних впливів на діяльність серця, а також суттєве зниження ролі адренергічної складової у формуванні серцевого ритму.

### Влияние хирургического вмешательства на течение первично-метастатического рака грудной железы

*И.Б. Щепотин<sup>1</sup>, В.Е. Чешук<sup>1</sup>, А.С. Зотов<sup>1</sup>, Р.В. Любот<sup>1</sup>, Н.Ф. Аникусько<sup>2</sup>, И.И. Любот<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев*

*<sup>2</sup>Киевский городской клинический онкологический центр*

Цель исследования — определение влияния хирургического удаления первичного очага в грудной железе на выживаемость больных с первично-метастатическим раком грудной железы (ПМ РГЖ).

Проанализированы данные госпитального онко-регистра Киевского городского клинического онкологического центра, в котором представлены все случаи выявления злокачественных новообразований у жителей Киева.

В исследование включены 121 пациентка в возрасте от 23 до 81 (55±11) года с диагнозом ПМ РГЖ за период с 2004 по 2006 г. Больных разделили на 2 группы. Группы отличались только наличием или отсутствием оперативного вмешательства в составе комплексной паллиативной терапии. К 1-й группе (n=79) отнесли больных, которым проводили консервативную (химио-, гормональную и лучевую) терапию, а ко 2-й группе (n=42) — пациенток, у которых выполнено оперативное вмешательство.

Трех- и пятилетняя выживаемость у больных 1-й группы составила 15 и 7%, а у пациенток 2-й группы — 44 и 33% соответственно. Медиана выживаемости для больных, у которых не проводили хирургическое вмешательство, составляла 19 мес против 30 мес у пациенток, перенесших паллиативную операцию. Полученные данные статистически достоверны (p<0,05).

У пациенток с ПМ РГЖ, у которых проведено хирургическое удаление первичного очага в грудной железе, 3- и 5-летняя выживаемость увеличилась на 29 и 26% соответственно, а медиана выживаемости — на 11 мес.

### НВЧ радіотермометрія як метод контролю добових біоритмів у лікуванні раку грудної залози

*М.О. Воробієв, О.М. Воробієв, О.В. Шмикова, Ю.Ю. Фисина*

*Запорізький обласний клінічний онкологічний диспансер*

Мета роботи — вивчення добових біоритмів пухлин у хворих на рак грудної залози (РГЗ) до і після проведення хронохіміотерапії.

Дослідження базується на результатах лікування 215 хворих на РГЗ, які одержали поліхіміотерапію (ПХТ) з урахуванням біоритмів пухлин. НВЧ радіотермометрію (РТМ) грудних залоз виконували за допомогою радіотермометра РТМ-01-РЕС.

До досліджуваної групи увійшли 107 хворих на РГЗ стадії T1–4N1–2M0. Контрольна група складається зі 108 хворих на РГЗ зів'язаних стадій та віку. ПХТ проводили у групах за схемами FАС, СМF, АТ, у досліджуваній групі змінювали час введення ПХТ відповідно до добових біоритмів температури пухлини. РТМ виконували перед початком лікування і після проведення 4 курсів ПХТ 4 рази на добу. Це давало змогу виявити пік підвищення температури в пухлині, введення хіміопрепаратів призначали саме на цю годину. Динаміка зниження сумарної термоасиметрії відображала ефективність лікування. Показник тривалості життя 3 роки і більше становив у досліджуваній групі 48,6%, а в контрольній — 33,3%.

РТМ грудних залоз є безпечним неінвазивним методом визначення добових біоритмів пухлинних клітин під час лікування.

Хронохіміотерапія дозволяє значно поліпшити віддалені результати комплексного лікування хворих на рак грудної залози.

### Применение полиплатиллена при регионарной внутриартериальной химиотерапии в комплексном лечении больных со злокачественными новообразованиями ротоглотки

*Н.О. Воробьев, О.Н. Воробьев, Е.В. Шмикова, Ю.Ю. Фисина*

*Запорожский областной клинический онкологический диспансер*

Целью данного исследования было улучшение результатов комплексного лечения больных со злокачественными новообразованиями ротоглотки путем применения препарата полиплатиллена при регионарной внутриартериальной химиотерапии.

42 больных со злокачественным новообразованием ротоглотки стадии T2–4N0–1M0 получили лечение в следующем режиме: катетеризация наружной сонной артерии, контроль контрастной ангиографией, курс регионарной внутриартериальной химиотерапии по схеме блеомицин 15 мг в 1; 8 и 15-й дни; полиплатиллен 22,5 мг в 1; 2; 3; 5; 6; 7; 10; 11-й дни; метотрексат 20 мг во 2; 5; 7; 10-й дни; флуороурацил 250 мг в 3; 8; 12; 17; 19; 22-й дни; полиплатиллен внутривенно капельно до суммарной дозы 2250 мг. Проведение лучевой терапии начинали с 7–10-го дня на аппарате «Агат-Р-1» стандартными полями расщепленным фракционированием по 2 Гр до суммарной дозы 70 Гр с двумя перерывами на 3 нед после 30 Гр и после 50 Гр.

Умерли до года 3 (7,1%) больных, в период от 2 до 5 лет — 9 (21,4%) пациенток от прогрессирования заболевания. Показатель 5-летней выживаемости со-

ставил 71,5% (30 больных без признаков прогрессирования заболевания).

Применение при внутриартериальной регионарной химиотерапии препарата полиплатинен одновременно с лучевой терапией в лечении больных со злокачественными опухолями ротоглотки позволяет получить 5-летнюю выживаемость до 71,5% при умеренных токсических проявлениях.

### Консервативное лечение местно-распространенной гигантоклеточной опухоли костей таза

*П.А. Ковальчук, С.И. Бойчук, В.Ю. Костюк  
Национальный институт рака, Киев*

Целью исследования является определение возможности консервативного лечения больных с распространенной гигантоклеточной опухолью (ГКО) костей таза с использованием ингибиторов костной резорбции.

В исследование включены 5 пациентов с гистологически подтвержденным диагнозом ГКО кости тазовой локализации. Распространенность процесса определяли путем контрастно усиленной компьютерной томографии и магнитно-резонансной визуализации. Все пациенты имели локально распространенный литический вариант опухоли (стадия III по Enneking) с большим мягкотканым компонентом и вовлечением в процесс тела подвздошной кости — 2 пациента (40%), крестца ( $S_1-S_{IV}$ ) — 2 (40%) и крестцово-подвздошного сочленения — 1 (20%) больной. Большой опухолевый объем (>200 мл) и поражение важных анатомических структур не позволили выполнить радикальное хирургическое лечение. Всем пациентам в предоперационном режиме назначены препараты моноклональных антител, блокирующие активность остеокластов, в дозе 120 мг еженедельно для подкожного введения. Эмболизация крупных питающих сосудов выполнена у 2 больных. Рентгенологический контроль проводили после 3-го и 6-го введения препарата.

Клинический эффект терапии проявлялся на 3-и сутки после первого введения препаратов в виде уменьшения выраженности болевого синдрома у 100% пациентов, увеличения двигательной активности — у 4 (80%). Рентгенологически регрессию опухолевого очага более чем на 60% отмечали у 4 (80%) больных. Положительный эффект неoadьювантной терапии заключался также в появлении в зоне лизиса кости активного процесса оссификации — 80%, уплотнении кортикальных пластинок пораженных костей — 80%. Все пациенты находятся в длительной ремиссии (средний срок наблюдения 12,5 мес) и воздерживаются от хирургического вмешательства.

Использование моноклональных антител, блокирующих активность остеокластов, в лечении локально агрессивных форм ГКО костей таза позволяет достичь длительной ремиссии и повысить успех хирургического вмешательства, снизить вероятность интра- и послеоперационных осложнений.

### Морфологична діагностика пухлин м'яких тканин

*Н.М. Горбоконь, Ю.В. Діброва  
Національний медичний університет  
ім. О.О. Богомольця, Київ*

Мета дослідження — визначення особливостей імуногістохімічного типування для диференційної діагностики пухлин м'яких тканин.

Застосовано гістологічні та імуногістохімічні методи дослідження з використанням антитіл до віментину, CD99, S-100 протеїну, епітеліального мембранного антигену, цитокератину 7 і 19.

Проведено морфологічний аналіз онкологічного захворювання у 2 пацієнтів: чоловіка 42 років та жінки у віці 61 року. Гістологічно пухлини мають веретеноподібну будову та характеризуються вираженим клітинним атипізмом. Така морфологічна картина може зустрічатися при фібросаркомі, монофазній синовіомі або злоякісній пухлині з оболонки периферичних нервів.

Для диференційної діагностики зазначених пухлин призначено імуногістохімічне дослідження. За його результатами обидві пухлини давали позитивну дифузну реакцію на віментин, помірну нерівномірну позитивну реакцію на CD99, нерівномірну дифузну позитивну реакцію на епітеліальний мембранний антиген та вогнищеву позитивну реакцію на цитокератини 7 та 19. В одному з випадків відзначали помірну позитивну реакцію клітин на S-100 протеїн, а в іншому — негативну. Отже, морфологічна картина пухлин та результати імуногістохімічного типування дозволили нам в обох випадках встановити діагноз монофазної синовіомі.

Проведене комплексне морфологічне дослідження підтвердило, що фібросаркома має бути діагнозом виключення. Отримані результати показали, що імуногістохімічне типування із застосуванням широкої панелі антитіл є достовірним методом, який потрібно використовувати для визначення гістогенезу пухлин м'яких тканин.

### Використання різних типів цитокератинів у диференційній діагностиці епітеліоїдної мезотеліоми та раку легені з проростанням у плевру

*Н.М. Горбоконь, Ю.В. Діброва, Ю.І. Чайка  
Національний медичний університет  
ім. О.О. Богомольця, Київ*

Мета дослідження — визначення доцільності використання різних ти-

пів цитокератинів для диференційної діагностики епітеліоїдної мезотеліоми та різних видів раку легені, що проростають у плевру.

За допомогою загальногістологічного та імуногістохімічного методів з використанням антитіл до загального цитокератину (AE1/AE3), CK5, CK7, CK20 досліджено 12 біопсій плеври: 3 — з епітеліоїдною мезотеліомою, 5 — з аденокарциномою та 4 — з плоскоклітинним незроговілим раком легені.

При звичайному гістологічному дослідженні всі пухлини мали схожу морфологічну будову та представлені дрібними солідними комплексами на поверхні й у товщі плеври, побудованими з пухлинних клітин з помірним ступенем ядерної атипії. У 2 випадках мезотеліоми, 1 — плоскоклітинного раку та 3 — аденокарциноми в товщі плеври також виявляли дрібні залозистоподібні структури, деякі — зі слабкою перифокальною запальною реакцією.

При імуногістохімічному дослідженні у всіх випадках клітини пухлин були позитивні на загальний цитокератин, усі випадки мезотеліоми та плоскоклітинного незроговілого раку давали позитивну реакцію на CK5; при дослідженні на CK7 відзначали позитивну реакцію всіх клітин у всіх випадках аденокарциноми легені, вогнищеву позитивну реакцію в окремих клітинах у 1 випадку мезотеліоми і негативну реакцію — у всіх випадках плоскоклітинного незроговілого раку; дослідження на CK20 показало негативну реакцію пухлинних клітин у всіх випадках.

Для диференційної діагностики між епітеліоїдною мезотеліомою та аденокарциномою легені можна використовувати дослідження на CK5 та CK7, але тільки як частину широкої імуногістохімічної панелі антитіл із залученням більш специфічних маркерів.

### Захворюваність і виживаність хворих на колоректальний рак (C18–C21) у Закарпатській області

*О.В. Ігнат*

*Закарпатський обласний клінічний онкологічний диспансер, Ужгород*

Досліджено виживаність хворих на колоректальний рак (КРР) у Закарпатській області залежно від стадії та місця лікування.

У роботі на підставі даних Закарпатського обласного канцер-реєстру розглянуто стандартизовані (український стандарт) і повікові показники захворюваності на КРР (C18–C21) чоловіків і жінок за період 1995–2010 рр. Отримано показники виживаності в динаміці за 1992–2005 рр. згідно зі стадією захворювання. Проведено оцінку ефективності лікування в профільних і неонкологічних клініках. Аналіз виживаності виконували за наступною схемою: вивчення зміни показників виживаності хворих на КРР; проведення

аналізу виживаності пацієнтів з КРР залежно від стадії захворювання; оцінка ефективності лікування в профільних і неонкологічних клініках, де у хворих виконано радикальне хірургічне втручання.

У структурі захворюваності на онкологічну патологію в Закарпатській області КРР займає одне з провідних місць. Так, серед чоловіків за періоди 1995–1999 та 2000–2004 рр. КРР займав 3-тє місце (8,5 і 8,9% відповідно) після раку легені (22,3%) та раку шлунка (10,5%), а в 2005–2010 рр. на КРР хворіли 10,3%, тому він виходить на 2-ге місце. Серед жінок за період 1995–1999 рр. КРР займав 4-тє місце (7,6%) після раку грудної залози (19,1%), раку шийки (9,2%) та тіла матки (7,7%). За період 2000–2004 рр. КРР займав 2-ге місце (9,2%) після раку грудної залози (20,4%), за період 2005–2010 рр. — з раком тіла матки розділив 2-ге–3-тє місця (9,8%) після раку грудної залози (19,5%).

Порівняння 1-річної виживаності пацієнтів з КРР у 90-х та 2000-х роках продемонструвало підвищення виживаності з 53,0 до 64,7%, а 5-річної — з 24,6 до 36,4%.

Виживаність хворих, оперованих в онкологічних стаціонарах у різні роки, вища на 16,0–12,1%, ніж в неонкологічних клініках.

### Результаты лечения больных остеосаркомой с метастазами в легких

*П.А. Ковальчук, С.И. Бойчук, В.Ю. Костюк  
Национальный институт рака, Киев*

Метастазы остеосаркомы у 95% пациентов развиваются в легких в среднем через 22,3 мес от начала лечения. Лечение метастатического поражения предполагает использование второй линии химиотерапии, хирургическое лечение либо лучевую терапию.

Целью исследования были разработка и оптимизирование методики комбинированного лечения метастатической формы остеосаркомы с применением только консервативных методов и комбинированного лечения с использованием хирургического удаления метастазов.

В исследование включены 2 группы пациентов с метастазами остеосаркомы в легких, которые получали лечение в период с 1998 по 2012 г. Первую группу составили 60 пациентов, которые получили лечение с применением химиотерапии второй линии (карбоплатин 600 мг/м<sup>2</sup>, эпозид 300 мг/м<sup>2</sup>). Вторую — 29 больных, которые получали помимо химиотерапии хирургическое лечение в объеме метастазэктомии (атипическая резекция легких). Количество метастазов варьировало от 2 до 22.

5-летняя выживаемость в первой группе составила 1,6% от момента выявления метастазов, во второй — 35,6% (p<0,05).

Применение хирургического лечения метастатического поражения легких остеосаркомой приводит к достоверно лучшей выживаемости пациентов.

### Локорегионарные рецидивы рака грудной железы: причины и частота возникновения

*И.Б. Щепотин<sup>1</sup>, А.С. Зотов<sup>1</sup>, Р.В. Люботя<sup>1</sup>,  
Н.Ф. Аникусько<sup>2</sup>, И.И. Люботя<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев

<sup>2</sup>Киевский городской клинический онкологический центр

Цель исследования — сравнение частоты возникновения локорегиональных рецидивов (ЛРР) и длительности безрецидивного периода у больных после радикальных мастэктомий (РМЭ) и органосохраняющих операций (ОСО), установление зависимости частоты рецидивирования от биологических характеристик и рецепторного статуса первичной опухоли.

Изучены истории болезни, маммограммы, сонограммы, патогистологические препараты, иммуногистограммы 200 больных в возрасте от 31 до 92 (57±1,3) лет, которые проходили лечение по поводу рака грудной железы (РГЖ) в клинике кафедры онкологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца на базе Киевского городского клинического онкологического центра в 2004–2009 гг.

Частота возникновения ЛРР РГЖ у больных после РМЭ равна 9%, а после ОСО — 13%. Длительность безрецидивного периода составила 56±10 и 53±8 мес соответственно. Степень дифференциации опухоли и гормональный статус влияют на частоту возникновения рецидивов РГЖ.

Объем оперативного вмешательства при РГЖ не влияет на частоту возникновения ЛРР и длительность безрецидивного периода. Чаще выявляют рецидивы при G3-степени дифференциации опухоли. У больных после РМЭ рецидивы чаще диагностируют при отсутствии эстрогеновых рецепторов в опухоли, а после ОСО — в Her/2неположительных опухолях.

Рецидивные опухоли имеют более низкую степень дифференциации, что может свидетельствовать о возникновении их из более агрессивных клонов, что требует другой лечебной тактики.

### Метаболический синдром как фактор прогноза течения рака грудной железы

*И.Б. Щепотин<sup>1</sup>, А.С. Зотов<sup>1</sup>, Р.В. Люботя<sup>1</sup>,  
Н.Ф. Аникусько<sup>2</sup>, И.И. Люботя<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев

<sup>2</sup>Киевский городской клинический онкологический центр

Целью исследования является установление влияния нарушения обмена веществ при метаболическом синдроме

(МС) на прогноз течения рака грудной железы (РГЖ).

Обследовано 100 женщин, которые проходили лечение по поводу РГЖ в клинике онкологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца на базе Киевского городского клинического онкологического центра в 2008 г. Больным наряду с исследованиями, направленными на уточнение распространенности и определение рецепторного статуса опухоли, проводили исследования, которые свидетельствуют о наличии МС (согласно критериям Adult Treatment Panel III — АТР III, 2001).

Больных разделили на 2 группы. Опытная группа (n=69) — пациентки с РГЖ с МС, контрольная группа (n=31) — с РГЖ без МС.

В опытной группе только у 9% больных выявлен РГЖ I стадии против 39% — в контрольной, а у 38% пациенток из опытной группы РГЖ диагностирован во IIБ и более распространенной стадии в сравнении с 25% больных РГЖ без МС. В контрольной группе выполнены органосохраняющие операции у 39% больных, а в опытной — у 28%.

В опытной группе люминальный А молекулярный подтип РГЖ отмечали на 12% реже, чем в контрольной, а трижды негативный — на 8% чаще. Полученные данные достоверны (p<0,05).

Наличие МС у больных РГЖ ассоциируется с менее благоприятным прогнозом течения последнего. У пациенток с МС достоверно чаще регистрируют опухоли >2 см в диаметре и с более выраженным метастатическим потенциалом. У больных с МС на 8% чаще выявляют трижды негативный и на 12% реже люминальный А тип РГЖ.

### Лечение нейтропении у пациентов с лимфомой Ходжкина группы высокого риска

*Я.А. Степанюшина, И.Б. Титоренко,  
О.И. Новосад, А.В. Мартынич,  
К.С. Филоенко, И.А. Крячок*

*Национальный институт рака, Киев*

Лечение пациентов с лимфомой Ходжкина (ЛХ) группы высокого риска предполагает проведение химиотерапии (ХТ) по схеме ВЕАСОРР-esc и/или ВЕАСОРР-14, что связано с повышенным риском возникновения гематологической токсичности в виде нейтропении.

Цель исследования — повышение эффективности лечения больных ЛХ путем профилактики развития нейтропении и выполнения протокола лечения в полном объеме.

Среди 30 пациентов с ЛХ в IIВ, III, IV стадии, пролеченных по схемам ВЕАСОРР-esc и ВЕАСОРР-14, 14 мужчин и 16 женщин в возрасте от 18 до 60 лет (в среднем 30,7±7,7 года), ECOG ≤2. Проведено 68 курсов ХТ (38 по схеме ВЕАСОРР-esc и 30 — ВЕАСОРР-14)

с применением препарата филтрастим в дозе 5 мкг/кг подкожно ежедневно, начиная с 9-го дня курса ХТ до достижения целевого уровня нейтрофильных гранулоцитов  $>2,0 \times 10^9/\text{л}$ .

Исходные показатели нейтрофильных гранулоцитов колебались от 0,418 до 0,921 (в среднем  $0,438 \pm 0,02$ ). Целевой уровень был достигнут у всех пациентов. К моменту завершения лечения показатели гранулоцитов составляли 2,084–9,480 (в среднем  $2,552 \pm 2,205$ ). Длительность терапии филтрастимом — от 2 до 9 дней (в среднем  $4,88 \pm 1,67$  дня).

Применение филтрастима значительно снижает частоту и длительность нейтропении, возникшей вследствие применения ХТ по схемам BEACOPP-esc и BEACOPP-14 у больных с ЛХ группы высокого риска.

### Суперселективна внутрішньоартеріальна хіміотерапія в комплексному лікуванні хворих на місцево-поширений рак язика

Л.І. Петренко, Д.М. Руденко

Національний інститут раку, Київ

Мета роботи — поліпшення результатів лікування хворих на місцево-поширений рак язика шляхом застосування суперселективної внутрішньоартеріальної хіміотерапії.

У дослідження включено 92 хворих на місцево-поширений рак язика. Основна група — 40 (III стадія — 28, IV — 12) пацієнтів, які отримували в комплексному лікуванні суперселективну внутрішньоартеріальну хіміотерапію, контрольна група — 62 (III стадія — 38, IV — 17) хворих, комплексне лікування яких включало системну хіміотерапію.

При проведенні суперселективної внутрішньоартеріальної хіміотерапії використано дві методики катетеризації язикової артерії. Перший спосіб — трансфеморальна пункція в паховій ділянці поверхнево розташованої стегнової артерії з проведенням катетера крізь відділи аорти в загальну сонну, зовнішню сонну і язикову артерії. Модифіковану суперселективну трансфеморальну катетеризацію язикової артерії виконували під внутрішньовенною анестезією за допомогою апарата «Stenoscop».

Другий спосіб — ретроградна трансфеморальна катетеризація язикової артерії під місцевою анестезією. Через розтин у стінці поверхневої скроневої артерії ретроградно вводили гачкоподібний (F-4) катетер на глибину 4–5 см. Під рентгенокопічним контролем катетеризували язикову артерію, після чого катетер фіксували в судині раніше підведеною лігатурою. Суперселективну внутрішньоартеріальну хіміотерапію, незалежно від методики катетеризації язикової артерії, виконували за допомогою дозатора «Infusomat fmS B. BRAUN»

шляхом інфузії 150–200 мг цисплатину впродовж 2,5–3 год. За 2 год до інфузії хіміопрепарату внутрішньовенно крапельно вводили 2 л фізіологічного розчину, 20 мг дексаметазону та 8 мг ондансетрону. Після введення половинної дози хіміопрепарату починали терапію супроводу: внутрішньовенно крапельно 2 л фізіологічного розчину, 8 мг дексаметазону та 8 мг ондансетрону. Після закінчення внутрішньоартеріальної інфузії та терапії супроводу внутрішньовенно крапельно вводили 200 мл 15% розчину манітолу.

Після проведення трансфеморальної внутрішньоартеріальної хіміотерапії катетер видаляли. При трансфеморальній суперселективній катетеризації язикової артерії катетер за необхідності проведення повторних курсів хіміотерапії залишали.

Часткову регресію пухлин виявлено у 57,4% хворих основної та у 38,5% — контрольної групи ( $p < 0,05$ ). Кращі результати одержано в пацієнтів з III стадією захворювання: регресія пухлини  $>50\%$  — у 70% хворих основної групи (у тому числі у 10% — повна регресія) та у 46,6% контрольної групи. При IV стадії захворювання ці показники становили 25,0 та 17,6% відповідно.

Використання суперселективної внутрішньоартеріальної хіміотерапії покращило 3-річну виживаність хворих на рак язика на 14,7%. Медіана виживаності збільшилася в 2 рази відносно групи хворих, які отримували системну хіміотерапію.

### Сучасні підходи до оперативного лікування початкових стадій раку грудної залози

І.І. Смолянко, О.І. Солодьянникова, С.Ю. Скаляр, О.І. Костриба

Національний інститут раку, Київ

Метою роботи було покращення якості життя пацієнток, оперованих з приводу раку грудної залози (РГЗ).

Досліджено 90 хворих на РГЗ у початковій стадії у віці від 39 до 74 років. У пацієнток до операції проводили КТ-дослідження та лімфосцинтиграфію з метою оцінки стану регіонарних лімфовузлів. При встановленні РГЗ T *in situ*, T1N0M0 та T2N0M0 (при розмірі пухлини  $<3$  см) інтраопераційно досліджували сторожовий лімфатичний вузол (СЛВ).

Методика сцинтиграфічної візуалізації та інтраопераційної детекції СЛВ за допомогою гамма-лічильника (25 хворих) полягала у проведенні двох етапів. Для виконання статичної сцинтиграфії мічений  $^{99m}\text{Tc}$  нанокол (0,4 мл, активністю 200–400 МБк) вводили перитуморально (підшкірно, над пухлиною). Запис сцинтиграфії проводили через 30 хв і 2 год після ін'єкції. У разі успішної візуалізації СЛВ на шкірі пацієнтки визначалася його проекція, та через 1 добу проводили інтраопераційну детекцію

СЛВ за допомогою портативного гамма-лічильника, здійснювали його резекцію та гістологічний експрес-контроль. Для детекції СЛВ хромографічним методом (65 хворих) під час операції використано 1% водний розчин метиленового синього, 3 мл якого вводили навколо пухлини. Накопичення препарату в місцях розташування СЛВ відзначали через 15 хв, забарвлений СЛВ вилучали та проводили гістологічне експрес-дослідження, за результатами якого виконували регіонарну лімфодисекцію в необхідному обсязі.

Візуалізація СЛВ з використанням  $^{99m}\text{Tc}$ -наноколу, наноцису була успішною у 92%. При візуалізації СЛВ розчином барвника ефективність методу становила 90,8%. При комплексному застосуванні 2 методів точність діагностики підвищувалася до 95%. При негативних СЛВ та морфологічному підтвердженні N0 у пацієнток з РГЗ стадії T *in situ* та T1N0M0 повну регіонарну лімфодисекцію не виконували, що не вплинуло на віддалені результати лікування та допомогло уникнути багатьох післяопераційних ускладнень.

Комплексне інтраопераційне дослідження СЛВ є сучасним і ефективним методом детекції стану лімфатичних вузлів, яке дозволяє визначити показання та обсяг лімфодисекції при лікуванні хворих на РГЗ у початкових стадіях, що суттєво покращує якість життя пацієнток.

### Хромоколоноскопія як метод покращення ендоскопічного зображення

А.В. Сочка

Ужгородський національний університет  
Закарпатський обласний клінічний  
онкологічний диспансер, Ужгород

Мета дослідження — визначення чутливості та специфічності хромоколоноскопії для візуальної ендоскопічної діагностики колоректальних утворень.

Досліджено 211 колоректальних поліпів. Для поліпшення візуалізації використали відеокколоноскопію та хромоколоноскопію (прижиттєве забарвлення тканин) з 0,2–0,5% розчином метиленового синього.

Гістологічно з 211 утворень 151 (71,5%) становили доброякісні аденоматозні поліпи (із них 103 (68,2%) — тубулярні, 29 (19,2%) — тубулярно-ворсинчасті, 19 (12,6%) — ворсинчасті), 39 (18,5%) — ненеопластичні поліпи, 20 (9,5%) — злаякісні аденоми, 1 (0,5%) — ранній рак, тип I.

Забарвлений мікрорельєф оцінювали згідно з класифікацією типів структури ямкового епітелію Pit Pattern (Kudo S., 2006): I і II типи характерні для ненеопластичних, III–V типів — для неопластичних утворень. Результати хромокопії порівнювали з даними гістологічного аналізу: правильно встановили ендоскопічний діагноз у 181 (85,8%), неправильно — в 30 (14,2%) поліпах. У групі

злюкисних аденом було 28,6%, у групах доброякісних аденом і ненеопластичних поліпів — відповідно 13,2 і 10,3% хибно-негативних висновків.

Чутливість і специфічність хромоко-носкопії для діагностики ненеопластичних утворень становили відповідно 89,7 і 95,9%, для діагностики неопластичних утворень — 86,8 і 93,3%, для діагностики раку — 71,4 і 96,8%.

### Оценка эффективности регионарной лекарственной противоопухолевой терапии в сравнении с системной у больных метастатической карциномой шейки матки

*М.А. Надиршвили, В.А. Болдырева, В.Н. Кононов, А.В. Шепиль, З.В. Шепиль*  
Луганский областной клинический онкологический диспансер

Проведена оцінка ефективності та досліджено профіль токсичності методу хіміоінфузії (ХІ) у больових раком шийки матки (РШМ) во внутрішню подвздошну артерію (ВПА).

В течение 2011–2012 гг. на базе Луганского областного клинического онкологического диспансера внедрена методика ХІ во ВПА при лечении больных РШМ. В исследовании приняли участие 14 пациентов в возрасте от 27 до 45 лет со II и III стадией заболевания. Прогрессирование опухолевого процесса с локализацией в параметрии, осложненное лимфостазом и болевым синдромом, зафиксировано с помощью стандартных методик. Все женщины разделены на 2 группы. 7 пациенток 1-й группы получали системную химиотерапию (ХТ) по схеме CAP. У 7 пациенток 2-й группы проведена ХІ во ВПА по этой же схеме. Интервал между циклами составил 3 нед. Эффект лечения определяли каждые 2 цикла ХТ.

В результате лечения степень выраженности симптоматического эффекта была выше у пациентов 2-й группы в сравнении с 1-й. У больових, получивших внутриаартериальную ХТ, отмечено уменьшение выраженности болевого синдрома и лимфостаза нижних конечностей на 20–30% в течение 1-х суток терапии. Пациенты 1-й группы не достигли такого быстрого эффекта. Частичная регрессия опухоли зафиксирована у 4 больових 2-й группы и 3 — из 1-й. Стабилизация опухолевого процесса отмечена у остальных женщин. Токсичность III и IV степени диагностировали чаще в группе больових, получивших системную ХТ. Осложнений, связанных с проведением внутрисосудистых вмешательств, не было.

На основании полученных данных можно сделать заключение об эффективности ХІ во ВПА. Высокий противоопухолевый эффект и низкая токсичность отличают этот вид лечения от стандартной системной терапии.

### Синхронні та етапні резекції печінки у хворих на метастатичний колоректальний рак

*І.Б. Шенотін, О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, А.А. Буллака,*

*В.В. Приймак, О.О. Халілеєв*

*Національний інститут раку, Київ*

Хірургічне лікування синхронного метастатичного колоректального раку (МКРР) залишається єдиним методом, який покращує загальну 5-річну виживаність. На сьогодні залишається актуальним питання про доцільність та ефективність застосування синхронних оперативних втручань при метастатичному ураженні печінки у хворих на синхронний МКРР.

Проаналізовано результати лікування 98 хворих на МКРР із синхронним ураженням печінки, які отримували синхронні (група А, n=40) та етапні (група Б, n=58) резекції печінки в науково-дослідному відділенні пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку МОЗ України в період з 2008 по 2012 р.

Загальна 3-річна виживаність у групі хворих із синхронними резекціями (група А) становила 42% та в групі Б — 55% (p=0,22). Сумарний рівень післяопераційних ускладнень у групах А та Б після завершення хірургічних етапів статистично не відрізнявся, становлячи 30 та 35,7% у групах А (n=40) та Б (n=28) відповідно (p=0,83). Меншу тривалість оперативного втручання зареєстровано в групі А (316,3±10,3 хв), тоді як у групі Б — 484,1±18,3 хв (p<0,001). Хворі після етапних резекцій довше перебували в стаціонарі — 23,3±0,8 ліжко-дня, тоді як після синхронних — 10,2±0,4 ліжко-дня (p<0,001).

Аналіз проведених досліджень вказує на необхідність розробки диференційного підходу в хірургічному лікуванні синхронного МКРР. Подальші дослідження мають бути спрямовані на вивчення факторів прогнозу та критеріїв для відбору хворих у групи хірургічного лікування, оцінки економічного ефекту, якості життя хворих.

### Цитоморфологічні та цитогенетичні особливості ендометріюїдного раку яєчника

*Т.М. Ярошук, Л.С. Болгова, Т.М. Туганова, С.В. Мариненко*

*Національний інститут раку, Київ*

Мета дослідження — вивчення цитоморфологічних та цитогенетичних ознак ендометріюїдного раку яєчника (ЕРЯ).

Проведено цитологічні та цитогенетичні дослідження матеріалу зіскрібків видалених пухлин яєчника 4 хворих. Цитологічні препарати забарвлювали за методами Паппенгейма (Howell W., Black D.). Вивчення клітинного складу проводили за спеціально розробленою Схемою цитологічних ознак для формалізованої оцінки кількісного та якісного

складу клітин ЕРЯ, яка включає 47 ознак, за допомогою світлового мікроскопа Olympus CX41. Матеріал усіх хворих верифіковано гістологічним методом.

Переважає більшість клітин ЕРЯ має помірно розвинену цитоплазму, яка характеризується базофільною зернистістю чи дрібними вакуолями. Ядра клітин округлі чи овальної форми з рівномірною дрібнобрильчатою та дрібнозернистою структурою хроматину. Характерною ознакою ЕРЯ є оксифільний фон мазка. Клітинний склад у 2 випадках ЕРЯ був представлений дрібними та середніми, відносно монорморфними, клітинами, розміщеними в залозистоподібних групах. В 2 інших — інтенсивно забарвленими високопризматичними клітинами, які паралельно та щільно прилягають одна до одної, нагадуючи групи клітин ендометрію. Даний тип цитологічної картини дозволяє встановити ЕРЯ.

Результати вивчення основних типів ядерць у клітинах ЕРЯ дозволили визначити високий вміст як загальної кількості ядерць у ядрі  $M=7,95\pm 0,07$ , так і наявність їх активних типів, що свідчить про ступінь злюкисності пухлини.

### Прогностичні фактори ризику для первинних хворих на лімфому Ходжкіна в пізніх стадіях

*О.І. Новосад, І.А. Крячок, О.М. Грабовий, Н.М. Храповська, Н.М. Свєргун*

*Національний інститут раку, Київ*

Лімфома Ходжкіна (ЛХ) становить близько 1% усіх злюкисних новоутворень, 5-річна безрецидивна виживаність хворих з пізніми стадіями рідко перевищує 60%.

Метою даної роботи було визначити оптимальний комплекс прогностичних факторів для первинних хворих на ЛХ у пізніх стадіях.

У групу спостереження відібрано 319 хворих на ЛХ у пізніх стадіях для визначенням експресії антигенів Ki-67 та EBV у пухлинних клітинах та поліморфізму гена *GSTP1* в периферичній крові.

Виявлено позитивну реакцію зі специфічними моноклональними антитілами до білка Ki-67 у 119 випадках, до антигену EBV — у 39 хворих. Безрецидивна виживаність за наявності експресії антигену Ki-67 становила 11,1 міс, за відсутності — 39,9 міс (p<0,05). 5-річна загальна виживаність хворих при EBV-негативних пухлинах становила 82,5%, а при EBV-позитивних — 67,8% (p<0,05). Частота виявлення генотипу Ile/Val була нижчою у хворих чоловічої статі, ніж жіночої (32,3 проти 67,7% відповідно; p<0,05) та в осіб у віці >45 років (за IPFP) порівняно з хворими молодого віку (19,4 проти 80,6%; p<0,05). В обох випадках домінують групи становили хворі з генотипом Ile/Val у віці >45 років чоловічої статі. У пацієнтів з генотипами Val/Val у жодному випадку не виявлено



прогрессування захворювання. На термін прогресування процесу впливає наявність генотипу Ile/Ile, оскільки медіана становила 11,1 міс на відміну від 39,9 міс за його відсутності ( $p < 0,05$ ). 3-річна загальна виживаність хворих з генотипами Ile/Val та Val/Val дорівнювала 81,6%, а з генотипом Ile/Ile — 78,5% ( $p < 0,05$ ).

До прогностично несприятливих факторів ризику перебігу захворювання належать наявність експресії антигенів Ki-67 та EBV у пухлинних клітинах, наявність генотипу Ile/Ile та Ile/Val *GSTP1*.

### Полихимиотерапия в комплексном лечении больных немелкоклеточным раком легкого IIВ–IIIА стадии

*А.В. Ганул, А.В. Семиволос, В.М. Сovenko, Б.О. Борисюк, Л.В. Бороров, О.И. Кобзев, А.И. Шевченко*

*Национальный институт рака, Киев*

Задачей исследования являлось изучение влияния неoadъювантной полихимиотерапии (НПХТ) на непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов с немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) IIВ–IIIА стадии.

В исследование включены больные НМРЛ IIВ–IIIА стадии, получавшие НПХТ с последующим хирургическим лечением (основная группа), и пациенты, которым выполнено самостоятельное хирургическое лечение (контрольная группа). НПХТ состояла из 3 циклов; с применением цисплатина 80 мг/м<sup>2</sup> в комбинации с винорельбином 25 мг/м<sup>2</sup>, гемцитабина 1250 мг/м<sup>2</sup>, паклитаксела 175 мг/м<sup>2</sup> или эпотозида 120 мг/м<sup>2</sup>. Оперативное вмешательство в основной группе проводили не позднее 3 нед после окончания последнего цикла НПХТ.

Проведено исследование течения болезни и результатов лечения 329 больных НМРЛ, средний возраст которых составил 57 лет, из них мужчин было 267 (81,15%), женщин — 62 (18,8%). Основная группа — 143 пациента. У 41 (28%) больного была IIВ стадия, у 102 (72%) — III стадия. После НПХТ у 86% пациентов отмечен объективный клинический и морфологический ответ, полная регрессия — у 8% больных. У пациентов основной группы выполнены операции: пульмонэктомия — 66 (53,66%) больных, из них билобэктомия — у 55,2%, лобэктомия — 41%. Частота бронхиальных свищей в контрольной группе составила 5,6%, эмпиема плевры — 6,4%, в основной группе — 5,8 и 5,8% соответственно. Послеоперационная летальность в основной группе составила 2%, в контрольной — 1,8%.

Показатели 1-, 3- и 5-летней выживаемости составили в контрольной группе 53,4; 24 и 14,3% соответственно и в основной — 61,5; 27,5 и 17,4% соответственно. Медиана средней продолжительности жизни в контрольной

группе составила 13,5 мес и в случае проведения НПХТ увеличивалась до 16,8 мес ( $p < 0,05$ ).

Использование НПХТ на основе препаратов платины повышает резектабельность НМРЛ IIIА стадии, не увеличивает количества послеоперационных осложнений и не повышает летальность.

### Предварительные результаты терапии больных лимфомой Ходжкина промежуточной группы риска в рамках исследовательского протокола BEACOPP-esc/BEACOPP-14

*И.Б. Титоренко, О.И. Новосад, А.А. Амдиев*  
*Национальный институт рака, Киев*

Представлен анализ эффективности и токсичности различных подходов лечения больных лимфомой Ходжкина (ЛХ) группы промежуточного риска.

Клиническому анализу подвергнуты 51 больной ЛХ промежуточной группы риска, которые получали лечение в отделении химиотерапии гемобластозов Национального института рака и отделении гематологии Крымского республиканского учреждения «Онкологический клинический диспансер» с 2008 по 2012 г. по программе BEACOPP-esc/BEACOPP-14. В группу контроля вошли 48 больных с впервые установленным диагнозом ЛХ промежуточной группы риска, которые получали специфическую терапию по схеме ABVD в период 2000–2008 гг.

Непосредственная общая эффективность лечения по программе BEACOPP-esc/BEACOPP-14 составила 96,08%, в контрольной группе значительно ниже — 83,33% ( $p < 0,05$ ).

Общая 1-годовая выживаемость в исследуемой группе составила 97,92%, 2-летняя — 97,92%, что значительно выше, чем в контрольной группе (общая 1-годовая выживаемость — 95,83%, 2-летняя — 91,67%).

Безрецидивная выживаемость в группе больных ЛХ, которые получали лечение по программе BEACOPP-esc/BEACOPP-14, выше, чем в контрольной группе: 1-годовая составила 97,96%, 2-годовая — 93,88% против 92,50 и 85,00% соответственно.

При проведении 250 (81,43%) курсов химиотерапии в исследуемой группе среди зарегистрированной токсичности преобладала гематологическая разной степени, которая была ожидаемой и контролируемой назначением сопроводительной терапии и ни в одном случае не привела к летальному исходу.

Анемия развилась в 24,10% случаев, нейтропения — 58,31%, тромбоцитопения — 13,36%.

Анмию I и II степени диагностировали при проведении 86 (28,57%) курсов химиотерапии, III и IV степени — в 37 (12,29%) случаях. Нейтропе-

ния I и II степени развилась в 6 (1,99%) случаях, III и IV степени — у 143 (47,51%) больных. Тромбоцитопению I и II степени отмечали при проведении 22 (7,31%) курсов химиотерапии, III степени — при проведении 7 (2,33%) курсов; тромбоцитопении IV степени не выявлено. Среднее значение степени тяжести анемии составило 2,19, нейтропении — 3,56, тромбоцитопении — 1,85.

Непосредственная общая эффективность лечения по программе BEACOPP-esc/BEACOPP-14 составила 96,08%, 2-летняя безрецидивная и общая выживаемость — 97,92 и 93,88% соответственно, что свидетельствует о высокой эффективности данной терапии.

Эффективность лечения пациентов с ЛХ промежуточной группы риска по программе ABVD составляет 83,33%, безрецидивная 2-летняя выживаемость — 85,00%, а общая 2-летняя выживаемость — 91,67%, что значительно ниже, чем в исследуемой группе.

Токсичность при лечении по программе BEACOPP-esc и BEACOPP-14 обусловлена преимущественно гематологической токсичностью, которая была ожидаемой и контролируемой назначением сопроводительной терапии.

### Роль иммуноцитохимического метода в дифференциальной диагностике первичных и вторичных поражений серозных оболочек

*С.В. Мариненко, Л.С. Болгова, Т.М. Туганова, Т.М. Ярошук*

*Национальный институт рака, Киев*

Применены цитологический и иммуноцитохимический (ИЦХ) методы исследования экссудатов 6 больных с различными клиническими диагнозами. Цитологические препараты окрашивали по методу Паппенгейма. При ИЦХ-исследовании использовали эпителиальный антиген Ber-EP4, пан-цитокератин, виментин, калретинин, цитокератины (СК7, 20), которые применяли прицельно на группы атипических клеток.

Исследован материал 2 больных с клиническими диагнозами асцит и плеврит неясной этиологии соответственно и 2 пациенток с подозрением на рак яичника. Положительная экспрессия Ber-EP4, пан-цитокератина, СК7 при отрицательной — калретинина, виментина и СК 20 у 3 пациенток позволила установить рак яичника. У 2 из них диагноз подтвержден гистологически, у 1 — данными компьютерной томографии. В 1 случае в результате положительной экспрессии Ber-EP4, пан-цитокератина и отрицательной — калретинина и виментина установлен эпителиальный генез опухоли. При гистологическом исследовании лимфоузла верифицирован плоскоклеточный рак. В 2 случаях с подозрением на мезотелиому положительная экспрессия

калретинина и виментина позволила подтвердить мезотелиому. Диагноз верифицирован гистологическим методом.

Проведение ИЦХ-исследования позволяет дополнить выявленные цитоморфологические признаки и провести дифференциальную диагностику мезотелиомы и эпителиальных метастатических процессов.

### Неоад'ювантна терапія раку стравоходу

**Р.І. Фридель**

*Національний інститут раку, Київ*

Перебіг раку стравоходу (РС) є одним з найбільш тяжких, а лікування пацієнтів із цією патологією — одна з складніших проблем. Проаналізовано власний досвід, який базується на результатах лікування 1118 хворих на РС.

Метою роботи є покращення результатів лікування хворих на РС за рахунок застосування неоад'ювантної терапії.

У відділенні пухлин органів грудної порожнини з 1977 до 2013 р. проведено радикальне лікування 1118 хворих на РС. Із них у 337 пацієнтів (контрольна група) проведено тільки хірургічне лікування (операції типу Льюїса та Гарлока). 696 пацієнтів отримали перед оперативним втручанням курс променевої терапії на стравохід у разовій вогнищевій дозі 2,4–3 Гр, сумарній вогнищевій дозі 30 Гр (основна 1-ша група). Оперативне втручання проводили через 2–3 тиж після закінчення променевої терапії. У 85 пацієнтів (основна 2-га група), крім вищеописаної променевої терапії, застосовували також цикли неоад'ювантної поліхіміотерапії, причому з них 63 хворим поліхіміотерапію проводили селективно (внутрішньоартеріально), а 22 — системно (внутрішньовенно).

За даними Національного канцерреєстру, проведено аналіз 1-, 3- і 5-річної виживаності хворих на РС (у пацієнтів основної 2-ї групи — 1- і 3-річної виживаності — на даний момент хворі ще в стадії спостереження). Однорічна виживаність у контрольній і основних 1-й і 2-й групах становила 57,6±2,8; 59,1±1,9 і 70,37±6,21% відповідно; 3-річна — 28±2,6; 40,1±1,9 і 51,8±6,8% відповідно; 5-річна (у контрольній і основній 1-й групі) — 24,6±2,4 і 37,7±1,9% відповідно.

Поеднання променевої та хіміотерапії перед операцією дозволяє поліпшити віддалені результати лікування хворих на РС.

### Перспективи використання маркера костной резорбции в ранней диагностике и профилактике метастазов почечно-клеточного рака в кости

**С.И. Бойчук, В.Ю. Костюк, П.А. Ковальчук**  
*Національний інститут раку, Київ*

Цель исследования — определение возможности использования маркера

костной резорбции — тарtrateзистентной кислотой фосфатазы (Bone-TRAP-5b) для ранней диагностики и профилактики метастазов почечно-клеточного рака (ПКР) в кости скелета.

Для определения чувствительности и специфичности методики ранней диагностики костных метастазов (КМ) с использованием Bone-TRAP-5b в исследование включены 30 больных ПКР с клинико-рентгенологически подтвержденным метастатическим поражением костей и 30 практически здоровых людей (добровольцев). Оценку распространенности КМ проводили путем контрастно усиленной КТ- и МРТ-визуализации, остеосцинтиграфии костей скелета с <sup>99m</sup>Tc. Определяли уровень Bone-TRAP-5b в сыворотке крови с помощью моноклональных антител методом иммуноферментного анализа. Ежеквартально на фоне лечения бисфосфонатами больным выполняли динамическое определение уровня Bone-TRAP-5b.

Средний уровень Bone-TRAP-5b у больных с КМ составил 6,1±0,4 ЕД/мл. Чувствительность методики с использованием Bone-TRAP-5b составила 93,3%. В группе практически здоровых пациентов повышенный уровень выявлен у 1 человека (специфичность метода — 96,7%). В группе больных с ПКР на фоне лечения бисфосфонатами уже через 3 мес в 78,2% случаев отмечали снижение уровня Bone-TRAP-5b до уровня 5,1±0,3 ЕД/мл по сравнению с начальным. Клинико-рентгенологическая стабилизация процесса отмечена в 21 (70,0%) пациента, регрессия опухолевого процесса — у 5 (16,7%) больных. У 4 (13,3%) пациентов, несмотря на нормальный уровень, констатировали пролонгацию опухолевого процесса в кости. Сроки наблюдения составили 6 мес, исследование продолжается.

Учитывая полученные результаты, определение уровня Bone-TRAP-5b является эффективным маркером для ранней диагностики и профилактики метастазов ПКР в кости, а также для определения длительности назначения бисфосфонатов больным с имеющимися КМ.

### Оперативні втручання на сонних артеріях у пацієнтів з позаорганими пухлинами ший: аналіз методів доопераційної діагностики інвазії пухлини в стінку сонної артерії та результатів хірургічного лікування

**В.Г. Орлов, І.П. Феджага, І.В. Орлов, В.А. Глушанець, О.О. Коновалюк, С.О. Магдебур, О.М. Вовчук, С.І. Крулько, Т.Ю. Губанова**  
*Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер*

Проведено аналіз методів доопераційної діагностики інвазії позаорганичних пухлин ший (ППШ) в стінку загальної

та внутрішньої сонної артерії (ЗСА і ВСА) з інтраопераційними даними та визначення можливих ускладнень при оперативних втручаннях на ВСА та ЗСА.

Порівняння даних комп'ютерної томограми (КТ) ший та даних ультразвукового дослідження і доплерографії (УЗД+ доплер) у 16 хворих з інтраопераційною інвазією ППШ в ЗСА та ВСА. У всіх пацієнтів результати УЗД+доплер не відрізнялися від даних інтраопераційної ревізії, тоді як у 2 хворих за КТ ший не встановлено інвазії ППШ в стінку ВСА. У 12 пацієнтів з встановленою інвазією ППШ в стінку ЗСА проведено її резекцію. При поширеній (>10 мм) інвазії ППШ в стінку ВСА планово включено в операційну бригаду судинних хірургів, які провели оперативні втручання — аллопротезування ЗСА та ВСА дакроновими протезами — 6 хворих та автопротезування ЗСА та ВСА автовеною — 3 хворих.

У 1 пацієнта в післяопераційний період відзначали клінічну картину парціального ішемічного ураження ІХ і Х пар черепно-мозкових нервів, вираженість якого суттєво зменшилася через 2 міс неврологічної терапії. У 2 хворих з протяжністю інвазії ППШ в стінку ВСА близько 3 мм проведено резекцію ВСА в одному блоці з пухлиною з ушиванням дефекту вузловими швами, без неврологічної симптоматики. У 1 пацієнта інтимно спаяна ППШ в стінку ВСА поєднувалася з атеросклеротичним ураженням ЗСА в ділянці біфуркації, ступінь оклюзії — 83%. Після відділення пухлини у нього проведено ендартеректомію; розвинувся тяжкий ішемічний інсульт. У 2 пацієнтів при виділенні ВСА із високим ступенем поширення ППШ відбулося часткове пошкодження стінки ВСА з наступним ушиванням стінки і у 1 з використанням гемостатичної губки; післяопераційна неврологічна симптоматика відсутня.

УЗД+доплер є більш інформативним методом доопераційної діагностики інвазії ППШ в стінку ЗСА і ВСА, в абсолютній більшості резекція яких з алло- та автопротезуванням не призводить до ішемічних ушкоджень головного мозку.

### Группа крови как фактор прогноза при раке эндометрия

**А.Т. Гардашишвили, Л.Н. Гиригосова, И.А. Зювенко, О.Л. Шишкина**  
*Луганский областной клинический онкологический диспансер*

Целью исследования являлось определение особенностей группы крови при клинической характеристике больных раком эндометрия (РЭ).

Материалом для исследования послужил проведенный ретроспективный анализ историй болезни 98 больных РЭ, получавших лечение с 2005 по 2010 г. в Луганском областном онкологическом клиническом диспансере. Возраст-

ной пик заболеваемости приходился на 60–64 года. Гистологическая структура опухолей была разнообразной: аденокарциномы различной степени дифференциации, железисто-плоскоклеточный и светлоклеточный рак. Во всех случаях проводили комбинированное лечение.

Основную группу из 39 (39,8%) больных составили пациентки с В(III) группой крови. Пациентки с 0(I) и А(II) группой распределились приблизительно поровну — 26 (26,5%) и 29 (29,6%) соответственно. Больных с АВ(IV) группой крови было 4 (4,1%). Наиболее частой гистологической структурой являлась аденокарцинома высокой и средней степени дифференциации у 79 больных (80,6%). У 22 (22,4%) пациенток диагностирована низкодифференцированная аденокарцинома, железисто-плоскоклеточный и светлоклеточный рак.

В результате можно сделать вывод, что группа крови имеет определенную ассоциацию с заболеваемостью РЭ.

#### Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов в Луганской области за 2003–2012 гг.

*Л.Б. Дюльгер, А.Т. Гардашикова,  
Л.Н. Гиригосова, Н.Б. Сагиндзе  
Луганский областной клинический  
онкологический диспансер*

Цель работы — изучение особенностей возникновения злокачественных новообразований половых органов у женского населения Луганской области за 2003–2012 гг.

Материалом исследования послужили статистические данные областного канцер-регистра Луганской области.

За последние 10 лет заболеваемость злокачественными новообразованиями женских половых органов повысилась с 54,7 в 2003 г. до 72,6 на 100 тыс. женского населения в 2012 г. В структуре заболеваемости женщин онкологическая патология женских половых органов составляет 22% и занимает 2-е место в общей структуре заболеваемости женского населения. Заболеваемость раком шейки матки возросла с 14,7 до 22,6; тела матки — с 21,2 до 31,3; яичников — с 13,1 до 15,0 на 100 тыс. женского населения. За анализируемые 10 лет численность женщин со злокачественными заболеваниями также увеличилась.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями женских половых органов в Луганской области значительно повысилась. Показатели заметно не отличаются от среднеукраинских. Успешность борьбы со онкологическими заболеваниями женской половой сферы напрямую зависит от реализации научно обоснованной национальной противоопухолевой программы, направленной на эффективное предупреждение воз-

никновения и распространения злокачественных опухолей, и осуществления мер онкопрофилактики.

#### Сравнительная характеристика заболеваемости злокачественными новообразованиями городского и сельского женского населения в Луганской области

*Л.Б. Дюльгер, А.Т. Гардашикова,  
Л.Н. Гиригосова, Р.В. Арнаутов  
Луганский областной клинический  
онкологический диспансер*

Изучены особенности заболеваемости злокачественными новообразованиями половых органов женского населения в городской и сельской популяции Луганской области.

Материалом исследования послужили статистические данные областного канцер-регистра Луганской области.

Проведен анализ случаев генитального рака за 2006–2010 гг. В социальной структуре населения отмечается увеличение численности городского населения за счет значительных миграций населения и урбанизации, что отображается на уровне и структуре заболеваемости. За анализируемые 5 лет (2006–2010 гг.) заболеваемость злокачественными новообразованиями половых органов городского населения в сравнении с сельским выше по различным локализациям (в 1,5 раза — рак грудной железы, 1,2 раза — тела матки, в 1,1 раза — яичника), и лишь заболеваемость раком шейки матки в 0,7 раза выше у жительниц села.

Все показатели заболеваемости генитальным раком у женского населения города превышают таковые у сельской популяции. Ежегодный прирост показателя заболеваемости с учетом социально-экономической принадлежности женского населения подчеркивает приоритетность организации противораковой борьбы в Украине.

#### Диагностическо-лечебные мероприятия при анемическом синдроме у больных онкологического профиля

*Р.А. Галат, Е.Ю. Гиригосов, В.С. Свицкарева,  
И.А. Нечаева  
Луганский областной клинический  
онкологический диспансер*

Целью исследования являлось определение характера возникновения анемического синдрома у больных со злокачественными новообразованиями различных локализаций.

Материалом послужили 97 историй болезни пациентов (43 мужчин и 54 женщин) со злокачественными заболеваниями и анемией, находившихся на стационарном лечении в лечебно-диагностическом отделении Луганского областного клинического онкологического диспансера. Средний возраст составил 45–50 лет. В исследование включены больные, у которых на момент

установления диагноза выявлена анемия различной степени.

У 37 (38,1%) пациентов установлен диагноз новообразования желудочно-кишечного тракта, у 18 (18,6%) — рака женских половых органов, у 16 (16,5%) — злокачественной опухоли легких, у 9 (9,3%) — злокачественной опухоли грудной железы и у 17 (17,5%) — новообразования мочевыделительной системы. Нами установлено, что в большинстве случаев у 78 (80,4%) больных со злокачественными опухолями анемия была обусловлена кровопотерей, гемолизом и снижением метаболизма железа, у 18 (19,6%) — только наличием злокачественной опухоли. У 69 (71,1%) больных диагностирована анемия I степени, 22 (22,7%) — анемия II степени и 6 (6,2%) — анемия III степени. Своевременно проведена коррекция анемического синдрома, результатом которой являлось эффективное повышение показателя гемоглобина, что позволяло провести специальное лечение.

Патогенетическая коррекция анемического синдрома у больных со злокачественными новообразованиями позволяет своевременно и эффективно проводить лечение, что в целом положительно сказывается на здоровье и качестве жизни пациентов.

#### Прогноз и эпидемиология рака в Луганской области

*Р.А. Галат, Е.Ю. Гиригосов, Л.Б. Дюльгер,  
В.С. Свицкарева*

*Луганский областной клинический  
онкологический диспансер*

Цель исследования — изучение особенностей прогноза и эпидемиологии онкологических заболеваний в Луганской области.

Материалом послужили статистические данные областного канцер-регистра Луганской области за 2008–2012 гг.

Количество первичных больных составило 7140 в 2008 г. и 7544 — в 2012 г. Показатель заболеваемости вырос с 302 до 332 на 100 тыс. населения за период 2008–2012 гг. Повышение заболеваемости выявлено в Алчевском, Северодонецком и Лисичанском районах области. Выявлено повышение уровня заболеваемости у мужского населения, а именно раком предстательной железы, ободочной кишки, меланомой, а женского населения — раком грудной железы, тела матки, шейки матки, меланомой. Значительный темп прироста заболеваемости отмечен у мужского населения: рак предстательной железы — 8,4%, ободочной кишки — 5,9%, меланома — 1,5%, рак щитовидной железы — 2,6%; а у женщин — рак грудной железы — 20,9%, шейки матки — 7,1%, тела матки — 9,8%, меланома — 2,5%. Уровень смертности в 2012 г. составил 192 на 100 тыс. населения, что выше в сравнении с 2008 г. Наибольший процент смертности среди мужского населения зарегистрирован

при злокачественных новообразованиях органов дыхания, пищеварительного тракта, а у женщин — грудной железы и половых органов.

Аналізуючи показателі захворюваності, можна прогнозувати у чоловіків зростаючу частоту захворюваності раком простатної залози та раком підшлункової залози, а у жінок — раком молочної залози та раком шийки матки.

### Застосування фторпіримідинів у комплексному лікуванні хворих на первинно неоперабельний рак грудної залози

*І.І. Смоленка, В.С. Іванкова, С.Ю. Скляр, О.М. Іванкова*

*Національний інститут раку, Київ*

Мета дослідження — підвищення ефективності комплексного лікування хворих на місцево-поширений (МП) первинно неоперабельний рак грудної залози (РГЗ) шляхом подолання хіміо- та радіорезистентності та посилення контролю над пухлиною.

У дослідження включено 74 хворих на МП РГЗ ІІБ–ІІІБ стадії. 38 пацієнткам контрольної групи проведено 4 курси поліхіміотерапії за схемою FAC та курс дистанційної променевої терапії. У 36 хворих основної групи хіміопроменева терапія (ХПТ) доповнена використанням радіомодифікаторів (фторпіримідинів). Застосовували цитостатичний препарат тегафур (перорально 800 мг зранку і 400 мг увечері впродовж всього курсу ХПТ), усім хворим призначали відповідну терапію супроводу.

Ефект від цитостатичної терапії, згідно з даними моніторингових досліджень, більш виражений у хворих основної групи, котрі одержували ХПТ на фоні фторпіримідинів, з них у 26 хворих (72,22±7,47%) відзначали часткову та повну регресію пухлини грудної залози, а в пацієнток контрольної групи тільки у 17 (44,74±8,07%) хворих ( $p < 0,05$ ). При вивченні лікувального патоморфозу встановлено, що в основній групі остаточно частка життєздатної пухлинної тканини становила 13,02±2,3%, в контрольній групі — 31,44±2,9%. При вивченні показників 2-річної безрецидивної виживаності виявлено тенденцію до її збільшення у хворих основної групи (76,9±7,1%), тоді як у контрольній вона становила 61,8±7,9%.

### Слінгові операції при стресовому нетриманні сечі

*С.П. Одарченко, В.П. Камдук*

*Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер*

Мета дослідження — довести ефективність слінгової методики TVT-O при лікуванні жінок зі стресовим нетриманням сечі внаслідок терапії симптоматичних фіброміом та після променевої терапії.

Проведено ретроспективний аналіз групи пацієнток, у яких використовували

методику TVT-O у комбінації з лапароскопічними операціями в гінекології та після променевої терапії.

У результаті дослідження генітальної та екстрагенітальної патології не виявлено, що свідчить про те, що у відібраній групі пацієнток типові скарги на стресове нетримання сечі пов'язані з симптоматичними фіброміомами та одержанням променевої терапії.

У групі застосовано лапароскопічні TEM у поєднанні зі слінговими операціями TVT-O та слінгової операції TVT-O у хворих після променевого лікування. Перед початком операції місце розрізу обколюють розчином адреналіну з прокаїном, проводячи гідропрепарування парауретральної зони. Для операції TVT-O використовують спеціальний набір інструментів. Тривалість хірургічного втручання — близько 30 хв.

На основі проведеного ретроспективного аналізу історій хвороби встановлено, що середній вік пацієнток становив 47,2±3,4 року, середня тривалість захворювання — 5,1±1,2 року, тривалість етапу TVT-O — 30,3±2,7 хв, кількість епізодів сечовипускання з проявами нетримання сечі до оперативного лікування — 5,3±2, після оперативного лікування — не відзначали. Ускладнень на час дослідження не виявлено.

Найбільш простою та універсальною операцією для корекції стресового нетримання сечі можна вважати слінгову операцію TVT-O.

### Симптоматична хірургія раку підшлункової залози

*Д.О. Канікоєвський*

*Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер*

Мета дослідження — порівняння ефективності методик симптоматичних оперативних втручань у хворих на рак підшлункової залози.

Проаналізовано результати лікування 75 хворих на рак підшлункової залози (20–87 років) за період 2001–2013 рр. Жінок було 37 (49,3%), чоловіків 38 (50,7%). Післяопераційна летальність становила 6,7%

У 42 хворих (61,8%) корекцію біліарного стазу виконували шляхом формування холедоходуоденоанастомозу. Розпрацьований холецистогепатикоєюноанастомоз сформовано у 13 хворих (19,1%), гепатикоєюноанастомоз — 4 (5,9%). Холецистостому накладено 3 (4,4%) пацієнтам, зовнішнє дренирування магістральних жовчних шляхів проведено у 6 (8,8%). Для корекції гастро- та дуоденостазу у 22 (70,9%) виконали задній і у 9 (29,1%) хворих — передній гастроеюноанастомоз. Комбіновану біліарну і гастродуоденальну декомпресію провели у 9 (12%) пацієнтів з клінічними проявами біліарної та дуоденальної непрохідності. У 8 (10,7%) випадках з механічною жовтяницею без

ознак дуоденальної непрохідності також виконали комбіновану біліарну декомпресію та формування з профілактичною метою гастроеюноанастомозу. При оцінці якості життя за SF-36 при комбінації біліарної та гастродуоденальної симптоматичної декомпресії відзначено, що показники VT зросли на 6 та PF — на 10 балів.

Формування обхідного гастроеюноанастомозу з профілактичною метою попереджає можливий розвиток дуоденостазу в майбутньому, що запобігає виконанню повторних операцій, внаслідок чого значно покращується якість життя пацієнтів і знижуються фінансові витрати на їх лікування.

### Особливості внутрішньої стану хворого на рак шкіри обличчя

*В.Г. Орлов, С.О. Магдебурга, В.А. Глушанець, О.О. Коновалюк, І.П. Феджага, І.В. Орлов, О.М. Вовчук, С.І. Круцько, О.М. Печевистий*  
*Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер*

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

Мета роботи — дослідити особливості соматозогнозії у хворих на рак шкіри обличчя.

За допомогою опитувальника «Визначення психологічного типу ставлення до хвороби» обстежено 31 хворого на рак шкіри обличчя різних локалізацій (14 чоловіків та 17 жінок), у яких зляксісну пухлину виявлено вперше протягом останнього року.

Нормосоматозогнозію виявлено у 6,5% (7,1% чоловіків, 5,9% жінок). Гіперсоматозогностичний тип соматозогнозії відзначено у 22,6% (21,4% чоловіків, 25,5% жінок). Хворі з гіпосоматозогностичним типом становили 26,9% обстежених (28,6% чоловіків, 23,5% жінок). Диссоматозогнозію виявлено у 12,9% хворих (14,3% чоловіків, 11,8% жінок). Найбільшу питому вагу серед типів реакцій на рак мали патологічні психологічні реакції (32,2% у цілому, 28,6% — у чоловіків, 35,3% — у жінок) у вигляді депресивного (50,0%), тривожно-депресивного (40,0%) та дисфоричного (10,0%) синдромів.

Хворим на рак шкіри обличчя притаманні переважно несприятливі типи соматозогнозії, а також патологічні психологічні реакції у вигляді депресивного, тривожно-депресивного та дисфоричного синдромів.

### Віддалені результати застосування методики дренирування заочеревинного простору при розширених екстирпаціях матки

*В.Г. Каюк, О.І. Місюрко, Д.С. Казмірчук, О.М. Безносюк*

*Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер*

Метою дослідження є аналіз віддалених результатів застосування методики

дренування заочеревинного простору при розширених ектирпаціях матки з лімфодисекцією.

Післяопераційні лімфогенні кісти (ПЛК) заочеревинного простору є найчастішим післяопераційним ускладненням при розширених ектирпаціях матки, яке вимагає повторних оперативних втручань, значно подовжує період стаціонарного лікування та підвищує його вартість. Причиною ПЛК є руйнування лімфатичних судин та вилучення лімфовузлів під час дисекції клітковини заочеревинного простору, за відсутності дренивання якого ПЛР виникають у 15–40% хворих.

У 2002 р. В.Г. Каюком запропоновано методику дренивання заочеревинного простору при розширених ектирпаціях матки, суть якої полягає в проведенні спарених трубчастих поліхлорвінілових дренажів через контрапертури на 2 см медіальніше від верхньої ості клубової кістки та підведенні їх заочеревинно до ділянки лімфодисекції. Додатково ділянка дисекції дрениється товстим (0,8 см) гумовим трубчастим, доповненим гумовою смужкою дренажем, проведеним через отвір в склепінні піхви за Брауде, спеціально залишеним для дренивання.

За 11 років у період з 2002 до 2013 р. методику застосовано у 407 хворих, у яких виконано розширену ектирпацію матки. Серед них ПЛР виникла у 7 пацієнтів, що становило 1,71% порівняно з 40% до застосування методики. Це значно зменшило кількість повторних оперативних втручань, скоротило середню тривалість перебування в стаціонарі з 41, 3±4 до 23,4±2 ліжко-дня.

Проаналізувавши причини неефективності інших методик, встановлено, що ПЛР виникають при забиванні дренажів густою лімфою та просвіту дренажу залишками клітковини. Застосована методика значно знижує частоту ПЛК.

### Профілактика та лікування неврологічних побічних ефектів, викликаних застосуванням таксанвмісних схем поліхіміотерапії, у хворих на рак грудної залози

*О.Н. Муса, І.В. Мацішевська, Н.Я. Одарченко  
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер*

Мета дослідження — доведення ефективності застосування препарату супроводу габапентину як засобу для профілактики та усунення побічних ефектів з боку нервової системи, викликаних застосуванням таксанвмісних схем, у хворих на рак грудної залози.

У групу спостереження включено 92 пацієнтки, хворих на рак грудної залози. Вік хворих становив від 35 до 65 років, середній вік — 56,2±2,5 року. Усі пацієнтки перебували в III і IV стадії процесу. Перед початком лікування у хворих проводили спіральну комп'ютерну

томографію голови для виявлення метастазів у головному мозку, за наявності яких у дослідження не включали. Схеми поліхіміотерапії (ПХТ) включала 2 цикли — паклітаксел 175 мг·м<sup>2</sup> + доксорубіцин 50 мг·м<sup>2</sup> з інтервалом у 21 день. Під час першого циклу відзначали неврологічні розлади: нудоту, блювання, паралітичну непрохідність кишечника; периферичну сенсорну нейропатію; запаморочення, головний біль, артралгію, міалгію. Під час другого циклу хворих поділено на 3 групи залежно від прийому комбінації ліків. Перша група — ПХТ+габапентин 100 мг/добу — 30 хворих; друга група — ПХТ+вітамін В<sub>12</sub>+ібупрофен 4 мг — 30 пацієнтів, третя група — самостійно ПХТ — 32 особи. У дослідну групу включено габапентин (1-(амінометил)-циклогексаноксотова кислота), структурний аналог гамма-аміномасляної кислоти, який спочатку був зареєстрований у 1994 р. як антиепілептичний засіб. Досить швидко продемонстрував свою здатність усувати нейропатичний біль при невралгії та нейропатії різного походження, у тому числі токсичного. Випускається в таблетках по 100 мг. Встановлено, що в контрольній групі пацієнтів із самостійною ПХТ побічні ефекти посилювалися. У групі ПХТ+вітамін В<sub>12</sub>+ібупрофен 4 мг побічні ефекти проявилися практично без змін. У дослідній групі виявлено різке зменшення вираженості проявів усіх симптомів, у 14 пацієнтів близько половини симптомів, які мали місце під час першого циклу, не відзначали зовсім.

Препарат габапентин є високоефективним засобом для профілактики та лікування неврологічних побічних ефектів, викликаних таксанвмісними схемами ПХТ, у хворих на рак грудної залози.

### Постспленектомічний тромбоцитоз після комбінованих втручань з видалення селезінки у хворих на рак органів шлунково-кишкового тракту

*В. Шевченко*

*Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер*

Вивчено вплив спленектомії (СЕ) на кількість тромбоцитів та частоту розвитку післяопераційних тромбоцитозних ускладнень (ТУ) у хворих на рак органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Обстежено 21 хворого на рак органів ШКТ після комбінованих операцій з видалення селезінки в Сумському обласному клінічному онкологічному диспансері за 2009–2012 рр. Чоловіків було 14 (66,7%), жінок — 7 (33,3%). Середній вік — 54,8 року. Кількість тромбоцитів визначали за допомогою фазово-контрастної мікроскопії. Дослідження проводили до операції на 1-шу, 3-тю, 7-му, 14-ту, 20-ту та 30-ту добу та через 1,5–2 роки спостереження.

Після СЕ з 3–5-ї доби кількість тромбоцитів збільшилася з 252±36×10<sup>9</sup>/л до 520±46×10<sup>9</sup>/л, на 10–14-тудобу досягала 880±64×10<sup>9</sup>/л, що більше ніж удвічі перевищило фізіологічну норму (p<0,05). Лише на 30-й день тромбоцитоз знизився до 580±36×10<sup>9</sup>/л. Через 1,5–2 роки тромбоцитоз зберігався. ТУ відзначали у 5 (23,8%) хворих: у 3 (14,3%) — тромбофлебіт вен нижніх кінцівок, у 1 (10%) — мезентеріальний тромбоз, у 1 (10%) — тромбоемболію легеневої артерії.

Тромбоцитоз після СЕ сприяє розвитку ТУ. Хворі після СЕ потребують регулярного моніторингу кількості тромбоцитів і проведення профілактичних протитромботичних заходів.

### Результати лічення екстраабдомінальної десмоїдної фібромозу

*В.Ю. Костюк, П.А. Коалычук, С.И. Бойчук  
Национальный институт рака, Киев*

Хирургическое лечение агрессивного фиброматоза (АФ) (десмоїдна фіброма, десмоїд) играет основную роль в лечении данной патологии, но в то же время сопровождается значительным количеством рецидивов — от 40 до 90%. Повторные операции не всегда позволяют добиться желательного результата. Актуальным становится вопрос использования комбинированных методов лечения при данной нозологической форме.

Цель исследования — дать сравнительную оценку различных методов лечения АФ.

Ретроспективное изучение результатов лечения больных АФ (66 пациентов), находившихся в Национальном институте рака в 2000–2010 гг., позволило разделить всю когорту больных условно на 3 группы: 1-я группа — только хирургическое лечение — 39 пациентов, 2-я — хирургическое лечение+лучевая терапия — 13 больных, 3-я — с химиогормонотерапией — 14. Сроки наблюдения составили в среднем от 4 до 96 мес. Суммарная доза облучения на очаг составляла 40–55 Гр. Химиотерапию проводили в метростомном режиме в течение 6–12 мес с применением винбластин 5 мг/м<sup>2</sup>, метотрексат 30 мг *per os* (еженедельно)+тамоксифен 20 мг.

В 1-й группе частота рецидивов — 61,5±7,8%. Во 2-й рецидивы заболевания возникли в 30,8±5,7%, в 3-й — отсутствие рецидивов в период продолжительностью более 36 мес для каждого из пациентов.

Использование в неoadъювантном и адъювантном режимах лучевой терапии позволило снизить частоту рецидивов до 30,8% (p<0,05). Химиогормонотерапия в комбинации с хирургическим и лучевым лечением является перспективным направлением в терапии больных АФ.

### Використання програмного комплексу для обліку, реєстрації хворих та статистичного аналізу роботи відділення променевої терапії

*П.Я. Одарченко, Н.В. Вітюк, С.В. Григоренко, О.А. Лук'яненко*

*Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер*

Вивчено застосування програмного комплексу для обліку та статистичного аналізу хворих у відділенні променевої терапії Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру.

Щорічно в радіологічному відділенні диспансеру отримують лікування близько 2200–2400 пацієнтів. Статистична обробка даних при великому потоку пацієнтів з різними локалізаціями захворювань є трудомістким і тривалим процесом. Тому за допомогою програмістів розроблено програмний комплекс для обліку та реєстрації, статистичної обробки даних пацієнтів.

Даний комплекс дозволяє проводити реєстрацію хворих за місцем проживання, діагнозом, класифікацією за TNM; фіксувати верифікацію патології (патогістологічний, імуногістохімічний, цитологічний висновок), реєструвати обсяги проведеного лікування, проводити редагування та статистичну обробку даних. Також програма передбачає друк стандартних виписок, затверджених МОЗ України, та епікризів (у форматі Excel). За допомогою програми проводиться шоквартальний та щорічний статистичний звіт роботи відділення: аналіз захворюваності за локалізацією, характеристика пацієнтів, які отримували променеву терапію у вигляді комбінованого, самостійного, паліативного лікування та ін. Проводиться аналіз променевого навантаження на лікарів, пролікованих хворих з різним ступенем тяжкості хвороби, занедбаних випадків, променевих ускладнень та їх ступеня.

Програма забезпечує можливість аналізу віддалених результатів лікування хворих із застосуванням променевої терапії при будь-якій локалізації.

### Клиническое значение экспрессии белка P57 KIP 2 в дифференциальной диагностике пузырного заноса на ранних сроках беременности

*Т.Е. Тарасенко*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев*

Пузырный занос (ПЗ) входит в группу гестационных трофобластических болезней и является собой доброкачественное новообразование трофобласта, возникающее вследствие аномальной фертилизации. Полный и частичный ПЗ, как правило, возникают в I триместр беременности и вызывают самопроизвольный аборт (СА), причину которого не всегда вовремя устанавливают. Материал, полученный после медицинских абортов и абортов в ходу, не всегда подвергают морфологическому исследованию, поэтому у части женщин диагноз злокачественной трофобластической опухоли, инициированной нераспознанным ПЗ, устанавливают на поздних стадиях, что требует поиска новых прогностически значимых маркеров. Полный ПЗ является менее благоприятным по клиническому течению и прогнозу: в 20% случаев приводит к развитию хориокарциномы (после частичного ПЗ — в 0,5%).

Имуногистохимический анализ с антителами к белку P57 KIP 2, что экспрессируется на материнском аллеле, может помочь в дифференциальном диагнозе ПЗ на ранних сроках. Так как в основе развития полного ПЗ лежит явление андрогенеза: удваивание гаплоидного хромосомного набора только сперматозоида, без участия материнских хромосом, которые инактивированы или отсутствуют, то экспрессия белка P57 KIP 2 будет отсутствовать на цитотрофобласте и ворсинах клеток стромы. Присутствие материнских хромосом при частичном ПЗ и СА будет обуславливать противоположный результат: высокие показатели экспрессии белка P57 KIP 2 могут служить полезным дополнительным критерием в установлении правильного диагноза.

### Современные аспекты эндоскопической эндоназальной хирургии эстезионеробластом (обзор литературы)

*А.В. Фирсова*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев*

Ольфакторная нейрогенная опухоль (эстезионеробластома) — относительно редкая малоизученная злокачественная опухоль, исходящая из обонятельного нейроэпителлия.

До недавнего времени в арсенале хирургических методов лечения эстезионеробластом имелись 2 основные методики — трансназальные микрохирургические и транскраниальные операции. Стремление расширить возможности трансназальной хирургии привело к развитию эндоскопической эндоназальной хирургии.

Для проведения эндоскопических операций необходимы комплект эндоскопов (с углами зрения 0°, 30°, 45°, 70°), источник света, современная цифровая видеокамера, интраназальная дрель, система для би- и монополярной коагуляции, комплект прямых специальных инструментов, которые можно ввести в нос параллельно оси эндоскопа.

При трансназальной микрохирургической операции в узкой и глубокой ране работает только хирург, при эндоскопическом эндоназальном вмешательстве имеется возможность манипулировать в четыре руки — одновременно хирургу и ассистенту. При использовании данной методики не требуется применения носорасширителей, традиционных разрезов слизистой оболочки и послеоперационной тампонады полости носа, в связи с чем вмешательство является существенно менее травматичным. Процедура легче переносится пациентами, сокращается длительность восстановительного периода и пребывания в стационаре. Эндоскопический эндоназальный доступ позволяет значительно повысить радикальность вмешательств, улучшить функциональные и косметические результаты.