



Мета дослідження – використовуючи методики визначення чутливості до хіміопрепаратів, покращити результати лікування пацієнтів хворих на рак. Об'єкт дослідження – пацієнти хворі на рак. Методи дослідження – клінічний, молекулярно-генетичний, статистичний.

Нами проведено визначення індивідуальної чутливості у 23 хворих. Визначення чутливості відбувалося на базі клініки персоналізованого дизайну діагностики і терапії «Онкотераностика». Розподіл пацієнтів відбувся наступним чином: рак легень – 4 пацієнти, колоректальний рак (КРР) – 3 пацієнти, рак шлунка – 4 пацієнти, пацієнти із множинним онкологічним процесом, раком простати та рак гортані – по 2 пацієнти у кожній групі, а також у пацієнтів хворих на рак жовчного міхура, нейроендокринну пухлину, рак молочної залози, мезотеліому плеври, рак підшлункової залози, молочної залози та пухлину порожнини рота – по 1 пацієнту. У групі пацієнтів хворих на рак легень, при оцінці результатів лікування, ми отримали рентгенологічну стабілізацію процесу та клінічне покращення стану пацієнтів у 3 із 4 випадків (1 пацієнт не отримував лікування, внаслідок прогресії захворювання на фоні попередніх курсів ПХТ). Також відмічено стабілізацію захворювання по 1 пацієнту у групах: КРР, рак шлунка, множинний рак, рак гортані та порожнини рота. Відмічено прогресію по 1 пацієнту у групах рак простати та множинний рак, хоча в останньому випадку при контролі через 6 курсів ПХТ. Інші пацієнти перебувають на початковому етапі лікування, згідно попередньо визначеної чутливості, тому не можемо на даний момент оцінити результати їхнього лікування.

Використовуючи індивідуальний підхід у комплексному лікуванні значно покращуються результати лікування, що чітко видно навіть на невеликих вибірках. Особливо актуальною дана методика стає при раку легень, тому що отримані результати, яких не можливо досягнути при звичайному підході до лікування. Потрібно максимальній кількості пацієнтів проводити визначення індивідуальної чутливості до хіміопрепаратів, що дасть можливість значно покращити результати лікування.

**Івашук О.І.**  
**ПРОГНОСТИЧНІ ЧИННИКИ**  
**МЕТАСТАТИЧНОГО ПОШИРЕННЯ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Кафедра онкології та радіології*  
*Вищий державний навчальний заклад України*  
*«Буковинський державний медичний університет»*

Рак грудної залози займає ведуче місце серед усіх злоякісних новоутворень у жінок не тільки в Україні, але й в усіх економічно розвинених країнах світу. Ефективність лікування у хворих на рак грудної залози багато в чому залежить від прогнозування метастатичного поширення пухлини, оскільки це безпосередньо впливає на вибір тактики лікування, об'єму оперативного втручання тощо. Саме тому метою нашої роботи стало провести метааналіз літературних джерел, що дасть змогу узагальнити прогностичні чинники можливого метастатичного поширення раку грудної залози, оскільки це безпосередньо впливає на вибір тактики лікування, об'єму оперативного втручання тощо.

Для реалізації поставленої мети нами опрацьовано українські та закордонні літературні джерела, які містять інформацію стосовно визначення клінічних та морфологічних критеріїв пухлини грудної залози та перитуморозної тканини, а також їх роль у прогнозі можливого метастазування.

Для прогнозування метастазування відомо і широко використовуються низка прогностичних чинників. Серед них клінічні та морфологічні характеристики, що визначають за допомогою імуногістохімічного дослідження стромального компоненту туморозної та перитуморозної тканини. Сучасний набір досліджень детальної діагностики карциноми грудної залози не обходиться без визначення рецепторів до статевих гормонів (ER, PR та c-erbB2 (Her2/neu)), на основі яких формується молекулярна класифікація раку молочної залози. При проведенні імуногістохімічного дослідження визначають Vimentin, що



вказує на зміни в епітеліальних клітинах в сторону мезенхімальних клітин. Це так звана епітеліально-мезенхімальна трансформація, яка пояснює здатність до міграції та метастазування. Також, при визначенні прогностичного значення метастазування досліджували bcl-2, p53 та Ki-67, проте їхні кількісні показники не є суттєвими для прогнозування метастазування раку грудної залози.

Отже, проведенні дослідження щодо встановлення прогностичних критеріїв метастазування раку грудної залози вказують на те, що наявність чи відсутність рецепторів до статевих гормонів є суттєвим показником, проте їх кількісне їх значення не є вагомим. Найкращим прогностичним чинником серед показників імуногістохімічного дослідження є Vimentin.

**Сеніютович Р.В.**

## **НОВІТНІ ДАНІ ЩОДО РОЗХОДЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ НЕДОСТАТНОСТІ КОЛО РЕКТАЛЬНИХ АНАСТОМОЗІВ**

*Кафедра онкології та радіології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Метою даного дослідження було вивчення частоти недостатності колоректальних анастомозів при різних способах їх виконання, особливості хірургічної тактики лікування виниклих розходжень колоректальних анастомозів.

Проаналізовані роботи з інтернету за останні 10 років. Ми проаналізували рандомізовані дослідження щодо частоти недостатності колоректальних анастомозів, накладених степлерними апаратами і ручними способами. Недостатність при степлерних анастомозах коливалась в межах 0-2.9-4.3-8.3-10-12%. При ручних- в межах 0-4.2-6-8,5-12.2-14.1% (Lustosa et al, 2001; Mac rae et al, 1998).

Представлені дані ґрунтуються на дуже великих групах хворих – по 500-600 осіб.

Розходження колоректальних анастомозів після компресійних співусть порівняно з ручними виявилися дещо меншими і не перевищували 4% (Pahlman et al 1997).

Значна група хірургів вважає, що анастомози, накладені вузловатими швами мають більшу міцність, оскільки менше порушують кровообіг в кишках, що з'єднуються. В своїй практиці ми принципово користуємось дворядними вузловими швами, однак рандомізовані дослідження не виявляють суттєвої різниці між двома типами швів. Розходження колоректальних анастомозів, накладеними безперервними швами коливались від 1,4% до 6,2% (Law et al, 1999). Частота розходжень колоректальних анастомозів, накладених вузловими швами від 2,5% до 4,5 % (Pramateftakis et al, 2010).

Порівняні дані щодо частоти розходжень анастомозів залежно від типу ручного анастомозу - кількості рядів швів, безперервних та вузлових швах, відстані між стійками швів та відстані від краю кишки до краю швів. Всі вони заперечують тезу про вплив хірургічної техніки на частоту розходження.

В останні роки розроблені методики мініінвазивних втручань для лікування розходжень колоректальних анастомозів.

Знаходять застосування стенти, які вводяться в зону анастомозу, стентування комбінують з лапароскопічним лаважем черевної порожнини, протективною колостомією. Деякі хірурги комбінують стентування з через шкірним дренажуванням тазових гнійників (Weiland et al, 2012; Lamazza et al, 2015).

Поширення знаходить стент німецького виробництва під назвою SEMS-саморозширюючий пластичний стент (Arezzo et al, 2012). Застосування цього стенту було ефективним у 86% хворих (всього 22 пацієнта). Розробляються стенти з полідіоксанону є можливість біодеградації. Такі стенти не потребують видалення і дають менше ускладнень ніж металічні Dz.

Застосовується ендоскопічне лікування для зведення країв кишок, що розійшлись. Найбільше застосування знайшли кліпси OTSC. Їх виготовляють з нітінолу. Вони