



характеризують супереластичністю і захоплюють велику масу тканин. Це компресійний метод ендокліпсування. Застосування цих кліпсів було успішним у 84,6%. Цими кліпсами можна закрити дефекти розміром до 30 мм. Ще один мініінвазивний метод лікування розходжень колоректальних анастомозів – ендоскопічне вакуумасистоване закриття (Weidenhagen et al, 2008). Позитивні результати методу досягнуті в 56,6 до 100%. Спочатку порожнину абсцесу промивають і евакуюють із нього вміст далі в нього через зону розходження вводять пористу поліуретанову губку з відсмоктуючою трубкою. Губка міняється кожні 2-4 дні (Strangio et al 2015).

І на кінець через анальну репарацію анастомозу звичайно проводять при наявності залишкової порожнини в тазу після розходження анастомозу. Викроюються клапті із слизової оболонки або слизової оболонки і шкіри, вони заміщають дефект в прямій кишці.

Шульгіна В.В.
РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОРИСТАННЯ
ЄДИНОЇ СИСТЕМИ РЕЄСТРАЦІЇ МАМОГРАФІЙ

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

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, рак молочної залози (РМЗ) – одне з найбільш поширених онкологічних захворювань в усьому світі, займає перше місце серед онкологічних захворювань у жінок – 16% всіх випадків захворювань на рак. Захворюваність на РМЗ в усьому світі коливається в широких межах: у Північній Америці показник досягає 99,4 на 100 тис. населення, в Східній Європі, Південній Америці, Південній Африці та Західній Азії – коливається від 60 до 85 на 100 тис. населення. У високо розвинутих країнах Європи та Америки у останні роки реєструється висока захворюваність на РМЗ – від 76,0 до 101,0 на 100 000 жіночого населення. Зростання захворюваності на РМЗ пов'язують зі збільшенням тривалості життя, тенденцією до урбанізації, тощо.

У 2018 році РКБ України зі посиланням на прес-службу Верховної ради України повідомило про те, що рівень захворюваності на РМЗ має тенденцію до постійного зростання. За даними а даними Національного канцер-реєстру України, в структурі онкологічних захворювань та смертності жіночого населення РМЗ вийшов на перше місце та становить більше 20% загальної кількості онкологічних хворих у жінок. У 2017 році, за даними Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, на обліку в онкологічних закладах перебувало 134,5 тис. жінок. Щорічно кількість хворих збільшується на 8 тисяч. За період 1976-2016 років коефіцієнт захворюваності на РМЗ в Україні зріс у 2,5 рази: з 28,1 до 70 випадків на 100 тис. населення. В середньому 20% випадків у Європі діагностується у жінок молодших за 50 років, 37% випадків припадає на жінок 50-64 роки, решта випадків спостерігається у жінок старших за цей вік. Щорічно біля 20% нових випадків РМЗ реєструється на пізніх стадіях внаслідок несвоечасного звернення жінок до спеціалістів. Як показує європейський досвід виявлений на ранніх стадіях РМЗ є виліковним

У ЧОКОД у 2018 році було вперше виявлено РМЗ у 221 жінки та у 1 чоловіка, з них у 62 (27,98%) під час профілактичних оглядів. При цьому I та II стадії захворювання були діагностовано у 147 пацієнтів (66,2%), III у 47 (22,5%) та IV стадія була встановлена у 25 (11,3%).

Дослідження молочних залоз оцінювались за категоріями єдиної системи реєстрації результатів BI-RADS. У 2018 році у ЧОКОД було проведено 16701 мамографія, з них 4175 зі скринінговою метою та 12526 з діагностичною.

При підозрі на злоякісне утворення (категорія 4), проводилась трепан-біопсія (пункційно-стовпчикова за допомогою голок Bard Magnum) 245 пацієнткам, коли за даними мамографії неможливо було зробити діагностичний висновок про злоякісний характер утворення. Верифікація діагнозу була у 222 випадках. Серед 221 пацієнтки з вперше виявленим РМЗ діагностовано: допальпальбельний у 36 випадках, мультицентричний у 65,



вузловий у 92 жінок (1 у одного чоловіка). Рак обох молочних залоз в 11 випадках, рак додаткової частки у чотирьох. Внутрішньопротоковий рак діагностовано в десяти випадках, внутрішньокістозний – у трьох. Метастази в аксиллярні лімфатичні вузли виявлено в 39 випадках, метастази в молочну залозу - у чотирьох.

У порівнянні з 2017 роком I та II стадію було встановлено у пацієнтів на 8,36% менше (у 2017 році – 74,56%), а III група була визначена на 8,46% більше (у 2017 році – 14,04%). Відсоток встановлення IV стадії був практично однаковий – 11,4% у 2017 році та 11,3% у 2018 році.

Використання єдиної системи реєстрації BI-RADS досліджень молочної залози дозволяє ефективніше проводити розподіл за групами жінок з різним станом молочної залози. Допомогає своєчасно діагностувати різні форми раку молочної залози та проведення диференціальної діагностики між ними.

Шумко Б.І.

ДВОХРІЧНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ГОРТАНОГЛОТКИ

Кафедра онкології та радіології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Питома вага злоякісних пухлин гортаноглотки в структурі онкозахворювань залишається відносно високою – 1,3-2,6%, а серед злоякісних пухлин ЛОР органів вона досягає 10-16%, 5-річне виживання за даними більшості авторів складає 30% хворих.

Дослідження проводилось у 65 хворих (57 чоловіків і 8 жінок) зі злоякісними новоутвореннями гортаноглотки, що знаходились на стаціонарному лікуванні у III хірургічному відділенні Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру впродовж 2017-2018 року. У всіх хворих діагноз був підтверджений результатами цитологічного або гістологічного дослідження. Вік пацієнтів становив від 40 і старше.

У результаті комплексного обстеження хворих на рак гортаноглотки встановлена розповсюдженість ураження: T2N0-3M0 в 16 спостереженнях; T3N0-3M0 в 38 спостереженнях; T4N0-3M0 в 11 спостереженнях. Локалізація пухлини: грушевидний синус – (85,9%) спостережень; заперстневидна ділянка – (12,1%); задня стінка гортаноглотки – (2%) спостереження. За гістологічною будовою: плоскоклітинний зроговілий рак – 51%; плоскоклітинний незроговілий рак – 29,7%; недиференційований рак – 7,1%; рак без вказівки диференціації – 12,1%.

Всі хворі отримували 2–3 курси комбінованої хіміотерапії по схемам: PF, PFB і CPFV. У схему PF включалося внутрішньовенне введення препарату цисплатин – 100 мг/м² в 1-й день введення на фоні гіпергідратації, та 5-фторурацилу у дозі 800–1000 мг/м² в 1-5-й дні.

При використанні схеми PFB пацієнтам, окрім цисплатини, 5-фторурацилу у вказаних вище дозах, вводили в 1-3-й дні блеоміцин по 5–7,5 мг/м².

Схема CPFV включала, окрім цисплатини у дозі 30 мг/м² в 1-й день курсу, внутрішньовенне введення карбоплатини у дозі до 120 мг/м².

Променева терапія у досліджуваних хворих проводилась за наявності регіонарних метастазів на зони регіонарного метастазування. Опроміювання проводили з двох бічних протилежних полів, що захоплюють первинне вогнище пухлини і лімфатичні вузли верхньої і середньої третини шиї, підборіддя. Розміри полів відповідали запланованому об'єму опроміювання, який залежав від поширеності пухлинного процесу та наявності метастазів у лімфатичних вузлах. Для опроміювання лімфатичних вузлів нижньої третини шиї і надключичної ділянки застосовувалося переднє шийно-надключичне поле. Ефект лікування на кожному етапі оцінювали по результатам комплексного обстеження включаючи комп'ютерну томографію з внутрішньовенним підсиленням.

Отже, спостерігалось підвищення ефективності комбінованого хіміопроменевого лікування у порівнянні з самостійним променевим лікуванням. Зменшилась необхідність