



показана променева терапія, то дози променевого навантаження під час КТ необхідно сумувати з курсовою сумарною осередковою дозою під час проведення променевої терапії. у плануванні променевої терапії. Також треба враховувати стохастичні ефекти від збільшення загального променевого навантаження на організм онкохворого, появи ризику виникнення різних форм злоякісних пухлин інших локалізацій після проведення комп'ютерної томографії з внутрішньовенним контрастуванням.

**Пересунько О.П.**

### **ЛАЗЕРНА ДІАГНОСТИКА КРОВІ ПАЦІЄНТОК НА РАК ЯЄЧНИКІВ, ЯК ПОПЕРЕДНІЙ ЕТАП МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНОГО СКРИНІНГУ (МУТАЦІЙ ГЕНІВ BRCA1 BRCA 2)**

*Кафедра онкології та радіології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Робота присвячена обґрунтуванню та відбору хворих на рак яєчників (РЯ) для проведення дороговартісних молекулярно-генетичних досліджень по генотипуванню. Ідентифікація генів спадкової схильності виникнення РЯ (*BRCA1* і *BRCA2*) стала підґрунтям для більш поглибленого дослідження ролі спадкового фактору у розвитку раку яєчників. Знання спектру мутацій, характерного для країни або регіону, дозволяє за допомогою ДНК-діагностики виявляти групи ризику розвитку захворювання та визначати прогноз захворювання. Важливим для уточнення ролі мутацій у генах *BRCA* є порівняння їх частот у хворих на рак яєчників в різних популяціях. Тривають пошуки інструментальних методів діагностики змін властивостей біологічних рідин, а саме плазми крові в процесі малігнізації органів, зокрема в напрямку безконтактних оптичних спектральних діагностичних методів, які можуть конкурувати з дорого вартісними молекулярно-генетичними дослідженнями та використовуватись в якості попередніх тестових скринінгових методів діагностики.

Мета дослідження знайти серед усіх хворих на рак яєчників тих осіб, яким подальші молекулярно-генетичні дослідження дозволять об'єктивно підтвердити діагноз спадкового раку (по генотипуванню на (*BRCA I* та *II*)), що значно знизить вартість цих досліджень в популяції.

Отримані нами попередні дані показують, що оптичний метод інфрачервоної спектроскопії плазми крові пацієнток, хворих на рак яєчників, потребує подальших досліджень в якості тестового скринінгового методу діагностики спадкового раку яєчників в якості попереднього відбору пацієнток для молекулярно-генетичних досліджень (*BRCA I* та *II*). При проведенні інфрачервоної спектрометрії (ІЧ-спектрометрії) була плазма крові хворих з верифікованим діагнозом рак яєчників (50 хворих – 1 група), а також здорові (12 - контрольна група). Враховуючи те, що метод спектрополіариметрії є більш чутливим за лазерно-поліариметричне дослідження статистичних показників крові хворих на РЯ та контрольної групи, ми розділили досліджуваних пацієнтів на 4 групи, а саме: контрольна група – практично здорові, у яких не визначається генотипуванням мутації *BRCA1* та *p53*; 1 група – хворі на рак яєчників у яких не визначались мутації *BRCA1*, *GSTP1*, *GSTP1* та *p53*; 2 група – родичі хворих та пацієнти контрольної групи у яких визначались мутації *BRCA1* та *p53*; 3 група – хворі на рак яєчників з мутаціями *BRCA1* та *p53*. Третя група хворих по всіх класифікаційних показниках відповідає спадковому раку яєчників. Ідентифікація саме третьої групи пацієнтів при спектрофотометричних дослідженнях дає можливість говорити про спробу скринінгу спадкового раку яєчників.

Нами чітко показано достовірну різницю в спектрах пропускання випромінювання у 3-ї групи хворих на РЯ. Ці дані візуально та математично точно різняться з іншими 3-ма групами. Отже, одержані результати показали, що використання методу спектрофотометрії у діапазоні 1000-3000 нм дозволило встановити кількісні параметри ступеню поглинання плазми крові пацієнток третьої групи у різних діапазонах, що дозволить у майбутньому проводити експрес-аналіз стану пацієнта (процедура скринінгу) для подальшого молекулярно-генетичного типування на *BRCA I* та *II*.

**Сенютович Р.В., Бодяка В.Ю., Чупровська Ю.Я.**

### **ПЕРШИЙ ДОСВІД РЕКОНСТРУКТИВНИХ ТА ОНКОПЛАСТИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ НА МОЛОЧНІЙ ЗАЛОЗІ**

*Кафедра онкології та радіології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

В Чернівецькому обласному клінічному онкологічному диспансері органозберігаючі операції становлять майже 50% всіх оперативних втручань при раку молочної залози. Онкопластичні та реконструктивні операції за останні 5 років проведені у 92 хворих, що складає менше 10% всіх проведених операцій. Переважна більшість втручань підшкірні мастектомії та пластики клаптем із широкого м'язу спини. Оперативні втручання пройшли без ускладнень. Онкопластична хірургія почала розвиватися в середині 90 – х рр. минулого століття. За пропозицією Clough онкопластичні операції розділяють на два рівні. В Україні реконструктивні та онкопластичні операції почали виконувати 7-8 років назад. Навіть найбільші клінічні центри мають невеликий клінічний досвід.

Метою наших дослідження був аналіз проведених онкопластичних операцій в Чернівецькому обласному клінічному онкологічному диспансері.



Одноетапні реконструкції з імплантом виконані 63 хворим. Реконструкція торакодорсальним клаптем (ТДК) – 7, ТДК+ імплант – 6. Дерматозберігаючі мастектомії- у 35, сосокзберігаючі мастектомії – 24. Місцеві рецидиви виникли у 1 пацієнта (1,5%).

Питання онкопластичних операцій на молочній залозі розглядається в численних оглядових статтях останніх років. В інтернеті доступні численні монографії з техніки цих операцій. За останні 20 років у діагностиці та лікуванні раку молочної залози у Чернівецькій області відбулись певні позитивні зрушення.

У своїй практиці ми застосуємо крупнофракційне опромінення до органозберігаючої операції і додаткове після операції. Пухлину видаляємо разом зі шкірою та фасцією великого грудного м'яза. Препарат захоплюється пальцями хірурга, пересікаємо тканини зовні утримуючих пальців. Це гарантує хірургічні краї в межах 1 см. Незважаючи на те, що ми практично не проводимо експрес-цитологічного та експрес-гістологічного дослідження, місцеві рецидиви пухлин спостерігаємо рідко. Повторні реексцизії - (в час операції) проводили у 26 % хворих. З того часу в клініці виконано ще одну реконструкцію клаптем з прямого м'яза живота, біля 40 онкопластичних реконструкцій з використанням широкого м'яза спини, 40 підшкірних мастектомій з силіконовими протезами, з переміщенням місцевих тканин – 12 операцій. Пластичні операції сьогодні виконуються одномоментно з видаленням пухлин. Щорічно в клініці проводиться біля 80 – 100 квадрантектomій та лампектомій. Онкопластичні операції з мобілізацією і пересуванням клаптів паренхіми та шкіри проводять рідко. Ускладнення реконструктивних операцій спостерігали рідко - на 100 втручань - 4 нагноєння рани, один частковий некроз країв переміщеного клаптя. Важливий аспект реконструкції – вплив на її результати хіміо – променевої терапії. Наш досвід показує, що ад'ювантна хіміотерапія не впливає на результати і частоту ускладнень одномоментних реконструктивних втручань. Після операції призначали променевоу терапію в дозі 20 Гр. Реконструкція власними тканинами повинна бути адаптована до комплексного лікування раку молочної залози і особливо, до променевої терапії. Ранніх і пізніх місцевих рецидивів після онкопластичних операцій не спостерігалось.

Отже, найчастішим видом онкопластичних операцій в Чернівецькому обласному клінічному онкологічному диспансері є використання торакодорсальних клаптів. Онкопластичні операції та підшкірна мастектомія із заміщенням залози силіконовим протезом протікають без ускладнень.

**Сенютович Р.В., Унгурян В.П., Чупровська Ю.Я.**  
**СУЧАСНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЛІКУВАННЯ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ**  
**МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

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

Рак молочної залози посідає перше місце серед онкологічних захворювань жінок. В Україні більше ніж у 50% хворих діагностується місцево-поширений рак молочної залози (МПРМЗ). П'ятирічне виживання за цієї патології становить біля 60%. МПРМЗ складає доволі різноманітну групу з місцевими поширеними пухлинами, ураженням лімфатичних вузлів та запальними карциномами. Деякі автори включають сюди тільки неоперабельні карциноми. Лікування МПРМЗ розпочинають із неoad'ювантної хіміотерапії (НАХТ), далі виконують модифіковану (із збереженням грудних м'язів) мастектомію, після операції – променевоу терапію, ад'ювантну хіміотерапію, гормонотерапію. Остаточо невирішеними залишаються наступні питання: роль органозберігаючих операцій при ефективній неoad'ювантній хіміо- або гормонотерапії; застосування променевої терапії у жінок, які перенесли неoad'ювантну хіміотерапію; об'єм післяопераційної променевої терапії на групи регіонарних лімфовузлів, зони грудної клітки в місці видалення залози; застосування променевої терапії у жінок із повною патологічною регресією після НАХТ; у яку чергу, по підношенню до НАХТ, виконувати сторожову лімфаденектомію; яка тактика подальшого лікування при неефективному першому курсі НАХТ.

Мета роботи – провести метааналіз статей та рефератів статей на сайті Pubmed, за останні п'ять років, щодо комплексного лікування місцево-поширеного раку молочної залози.

Представлено огляд сучасних рекомендацій щодо спеціального лікування місцево-поширеного раку молочної залози, вказані недоліки та переваги різних лікувальних тактик, підкреслені невирішені питання. Проаналізовано статті та реферати статей на сайті Pubmed за останні п'ять років. Проаналізовано понад 300 робіт, які переставлені у 38 статтях. Найбільшим за обсягом є дослідження канадських онкологів, що проаналізували статті з 1996 по 2013 рр., присвячені місцевопоширеному раку молочної залози. Всього переглянуто 42,138 публікацій, з них критеріями виключення відповідало 143 роботи. У т.ч. 18 – практичних рекомендацій, 27 – системних робіт і мета-аналізів.

У даній роботі наведені рекомендації зарубіжних онкологів останніх років (2010-2015) щодо лікування МПРМЗ. Вони свідчать що українським онкологам необхідно переглянути деякі особливості тактики лікування МПРМЗ. Перш за все це стосується об'єктивної оцінки ступеня регресії пухлини після НАХТ, застосування сторожової лімфаденектомії до початку НАХТ, оскільки для цього є всі необхідні умови. Отже, на сьогоднішній день потребує подальшого розробки та вдосконалення алгоритму лікувальної тактики місцево-поширеного раку молочної залози, особливо питання об'єктивної оцінки ступеня регресії пухлини після неoad'ювантної хіміотерапії, застосування сторожової лімфаденектомії до початку останньої.