

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



**Зелінська Н.В., Пересунько О.П.**  
**ДІАГНОСТИКА АДЕНОКАРЦИНОМИ ШИЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ СПЕКТРОПОЛЯРИЗАЦІЇ  
НАТИВНИХ МАЗКІВ ТА ЗІШКРІБІВ ЦЕРВІКАЛЬНОГО КАНАЛУ**

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

Аденокарцинома шийки матки (АШМ) є однією із самих прогностично несприятливих форм раку, яка патогенетично має спорідненість з раком ендометрію. До цих пір в клініцистів виникають великі труднощі в верифікації цієї форми раку та диференційній діагностиці з аденокарциномою тіла матки, яка розповсюджується на цервікальний канал, що має вирішальне значення для лікувальної тактики. Допомогу в об'єктивізації діагнозу АШМ може надати практичне застосування лазерно-оптичних досліджень, а саме спектрополяризаційного методу.

Мета дослідження – показати діагностичну цінність методу спектрополяризації нативних мазків та зішкрібів цервікального каналу при АШМ.

В нашому дослідженні використовувалися нативні мазки з слизом та мазки-відбитки зішкрібів із стінки цервікального каналу. З метою виконання поставлених завдань під нашим спостереженням знаходилися 127 пацієнток, які були розподілені на наступні групи: основна група – 50 пацієнток з аденокарциномою шийки матки; група порівняння – 56 пацієнток з плоскоклітинним раком шийки матки; контрольна група – 15 жінок – практично здорових, ідентичних по віку основній групі та групі порівняння – без патології шийки матки.

Лазерними методами детально вивчалися система «епітелій-слиз» та «епітелій-підлегла строма». Методом лазерної поляриметрії параметр Стокса  $S_4$  нативного мазка при аденокарциномі шийки матки (асиметрія –  $0,0115 \pm 0,0012$ , ексцес –  $0,85 \pm 0,05$ ) та плоскоклітинному раку (асиметрія –  $0,0092 \pm 0,0004$ , ексцес –  $0,74 \pm 0,07$ ), а також для зішкрібу з цервікального каналу при аденокарциномі (асиметрія –  $0,058 \pm 0,01$ , ексцес –  $1,78 \pm 0,09$ ) та плоскоклітинному раку (асиметрія –  $0,012 \pm 0,004$ , ексцес –  $1,35 \pm 0,07$ ), дозволяє достовірно ( $p \leq 0,001$ ) диференціювати норму від раку в нативному мазку та аденокарциному від плоскоклітинного раку в мазку-відбитку. Параметри лінійного дихроїзму при раку шийки матки дозволяють диференціювати норму, аденокарциному та плоскоклітинний рак (нативний мазок при плоскоклітинному раку –  $A 0,94 \pm 0,21$ , при аденокарциномі –  $0,343 \pm 0,041$ ; зішкріб з цервікального каналу при плоскоклітинному раку шийки матки –  $0,212 \pm 0,014$ , при аденокарциномі –  $0,396 \pm 0,081$ ).

Проведені лазерно-поляриметричні та спектрополяризаційні дослідження цитологічних препаратів шийки матки при аденокарциномі виявили важливі достовірні відмінності, які можуть бути критерієм діагностики та диференціації патології шийки матки.

**Івашук О.І., Боляка В.Ю.**  
**ПОПЕРЕДЖЕННЯ СИНДРОМУ ШВИДКОЇ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ  
ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

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

Незважаючи на значний розвиток сучасної медицини захворюваність та летальність від злоякісних новоутворень підшлункової залози продовжують неухильно зростати. Це обумовлено низькою чутливістю до хіміопроменевої терапії, схильністю до мультицентричного росту та віддаленого метастазування.

У 75% випадків при раку підшлункової залози уражається головка цього органу, що призводить до розвитку механічної жовтяниці, яка значно ускладнює виконання радикального оперативного втручання та негативно впливає на його результати, особливо у пацієнтів літнього та старечого віку, де має місце виражена хронічна супровідна патологія. За даними літератури частота післяопераційних ускладнень при виконанні панкреатодуоденальної резекції складає від 20 до 75%, а летальність сягає майже 38%.

Протипоказом для проведення одноетапної панкреатодуоденальної резекції є висока гіпербілірубінемія, вище 70 мкмоль/л, тривалість жовтяниці понад 14 діб, явища печінково-ниркової недостатності тощо.

З метою зниження холемічної інтоксикації на першому етапі оперативного втручання проводять декомпресію жовчовивідних шляхів, проте швидка евакуація жовчі небезпечно появою синдрому швидкої біліарної декомпресії, що небезпечно розвитком гострої печінково-ниркової недостатності.

У зв'язку з цим нами запропоновано виконувати холецистостомію через трансректальну мінілапаротомію в проекції жовчного міхура. З метою попередження синдрому швидкої біліарної декомпресії швидкість евакуації жовчі регулюємо гвинтовим затискачем (пат. № 91340 від 05.06.2014 року).

Після нормалізації або значного зниження рівня загального білірубіну, стабілізації стану пацієнта, виконуємо другий етап оперативного втручання, який включає ліквідацію холецистостомії та виконання панкреатодуоденальної резекції за класичною методикою Whipple.

Таким чином, виконання холецистостомії із мінілапаротомного доступу у хворих на рак головки підшлункової залози, з дозованою евакуацією жовчі, дозволяє попередити розвиток синдрому швидкої біліарної декомпресії, адекватно підготувати пацієнта до виконання панкреатодуоденальної резекції, що надзвичайно важливо у осіб літнього та старечого віку, де має місце хронічна супровідна патологія.

**Кравчук С.Ю.**  
**ПРОМЕНЕВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ, ПЛАНУВАННІ ТА ОЦІНЦІ  
ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ РАКУ ТОВСТОЇ КИШКИ**

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

Проведення традиційних рентгенологічного та ендоскопічного методів обстеження хворих з діагнозом рака товстої кишки часто не дає повної картини розповсюженості процесу. У цих випадках застосовують додаткові методи променевої діагностики - комп'ютерну томографію та віртуальну ендоскопію. Мультиспіральні КТ дозволяють застосовувати тонку колімацію зрізу, що поліпшує візуалізацію дрібних деталей захворювання та пухлин малих розмірів. Оскільки КТ-скани черевної порожнини тонкі і виконуються з малим кроком є можливість виявлення ранніх форм раку товстої кишки. Рак товстої кишки на КТ-сканах виявляється переважно як ділянка потовщення стінки, або об'ємна маса, що росте у просвіт кишки. КТ дозволяє визначити розміри лімфовузлів, збільшення яких зазвичай відбувається внаслідок їх пухлинної інвазії. Не менш важлива оцінка продовження росту, рецидиву пухлини, метастазів у різні органи та тканини, ефективності проведення променевої терапії.

У 2013-2015 рр. проведено комплексне клінічне, рентгенологічне та інструментальне обстеження 31 хворого, 25 з них виконана рентгеновська комп'ютерна томографія у відділенні променевої діагностики Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру. Під час КТ-сканування задавалась товщина зрізу до 2 мм – при первинному дослідженні органів черевної порожнини (від діафрагми до сідничних кісток), до 1 мм – при детальному дослідженні товстої кишки. Дослідження виконувалось на висоті вдиху. Під час внутрішньовенного контрастування артеріальна стадія починається через 25 секунд, а венозна стадія – через 50 секунд після початку ін'єкції.

У групі з 25 хворих, у яких на комп'ютерних томограмах органів черевної порожнини виявлялась потовщена стінка товстої кишки, проведено також рентгеноскопичне чи ендоскопічне дослідження товстої кишки, або незабаром виконувалось хірургічне втручання на товстій кишці з гістологічним дослідженням біопсійного матеріалу і патоморфологічним заключенням, на основі якого формувалася клінічний діагноз.

Окрім того, для пацієнтів, яким не показана операція, часто здійснюється паліативне та симптоматичне променеве лікування раку товстої кишки. Передопераційний курс променевої терапії використовується і у схемі комбінованого лікування раку товстої кишки. Такі параметри пухлини, як її локалізація, розміри, глибина залягання, які безумовно необхідні для проведення якісної дистанційної гамма-терапії, також отримуються за допомогою КТ.

При дослідженні товстої кишки за допомогою комп'ютерної томографії важливо віддиференціювати доброякісні захворювання типу коліту від пухлин, що потребують подальшого рентгеноскопичного чи ендоскопічного дослідження з наступною біопсією і лікування в умовах онкологічного диспансеру.

КТ-дослідження товстої кишки може бути неповним внаслідок таких причин, як перистальтика, неадекватний обсяг контрастної суміші, або повітря під час віртуальної ендоскопії, залишків калу у товстій кишці. Нормальна кишкова стінка зазвичай на КТ має товщину 5 мм і менше.

Якщо потовщення стінки товстої кишки є більшим за 1 см, воно підвищує щільність після внутрішньовенного контрастування, є несиметричним, має нечіткі контури, проростає у суміжні структури, поруч та (або) заочеревинно містяться збільшені до 1 см і більше лімфовузли, такий стан з великою вірогідністю вказує на наявність злоякісної пухлини. На нашу думку, наявність цих ознак і тим більше комбінації з декількох з цих ознак, можна вважати достатнім для того, щоби у висновку після вказування на КТ-синдром потовщення стінки товстої кишки вказати про ознаки найбільш вірогідної причини цього – раку товстої кишки з рекомендацією дообстеження пацієнта за допомогою фіброколоноскопії. Адже у кінцевому рахунку саме радіолог повинен вирішувати, які подальші дослідження пацієнту необхідно здійснити, щоби діагностична оцінка підтвердила або виключила злоякісну пухлину товстої кишки.

Були визначили такі КТ-ознаки раку товстої кишки: 1) потовщення стінки шлунка  $\geq 1$  см; 2) підвищення щільності після внутрішньовенного контрастування; 3) несиметричність потовщення стінки; 4) нечіткість контурів; 5) проростання у суміжні структури; 6) наявність регіональних брижових та (або) заочеревинних лімфовузлів  $> 1$  см.

Враховуючи результати проведених досліджень було би доцільним проведення комп'ютерної томографії усім хворим на рак товстої кишки, що потрапляють на стаціонарне лікування до онкологічного диспансеру. Цей сучасний метод променевої діагностики дозволяє покращити діагностику раку товстої кишки, його розповсюженості та його ускладнень, що безумовно позитивно відбивається на результатах лікування цього захворювання.

Таким чином, високий рівень смертності від раку товстої кишки свідчить про недостатню ефективність методів ранньої діагностики та існуючих способів лікування раку цієї локалізації. Із застосуванням сучасних методів променевого дослідження, таких як комп'ютерна томографія та віртуальна ендоскопія, можливе покращення променевої діагностики раку товстої кишки. За допомогою комп'ютерної томографії можна точно визначити поширеність пухлини та оцінити ефективність хірургічного лікування та променевої терапії раку товстої кишки.