



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



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,