

НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ



**X МІЖНАРОДНИЙ СЕМІНАР
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ,
ПРИСВЯЧЕНИЙ ВСЕСВІТЬОМУ
ДНЮ БОРОТЬБИ З РАКОМ**

**31 січня–1 лютого 2019
Київ, Україна**



падків дані мутації можна було визначити тільки методом ДНК-секвенування. Найбільше підвищували вірогідність виявлення генних мутацій такі фактори: молодий вік виникнення РГЗ (до 45 років), тричі негативний молекулярний підтип, первинно-множинний рак та сімейний анамнез РГЗ, яєчника та передміхурової залози.

Висновки. На сьогодні нами отримано лише перші дані дослідження варіабельності та поширеності мутацій генів спадкового РГЗ в Україні. Необхідно виконати дане дослідження на великій вибірці пацієнтів. Одержані результати підтверджують актуальність розглянутої теми, робота буде продовжена.

РАК ШЛУНКА В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Я.С. Назаров¹, Ю.М. Кондрацький², Є.А. Шудрак²,
А.В. Колесник²

¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

²Національний інститут раку, Київ, Україна

Рак шлунка (РШ) є одним з лідерів за захворюваністю та смертністю від злоякісних новоутворень (ЗН) в Україні і світі. Окремою проблемою РШ є категорія хворих молодого віку (≤ 35 років). Вважається, що у таких хворих РШ характеризується вищою агресивністю, пізньою діагностикою та вкрай несприятливим прогнозом. За останні десятиріччя спостерігається зростання захворюваності на РШ серед осіб молодого віку.

Об'єкт і методи. 348 хворих на ЗН шлунка обстежували і лікували у відділенні пухлин стравоходу і шлунка Національного інституту раку в 2018 р. З них 20 хворих (5,74%) — віком ≤ 35 років. В 1 хворого діагноз не було підтверджено гістологічно, а у 3 — встановлено GIST, що стало критерієм виключення цих пацієнтів з подальшого дослідження. Досліджувану групу склали 16 хворих з гістологічно верифікованим діагнозом РШ віком ≤ 35 років.

Результати. У досліджуваній групі співвідношення чоловіків і жінок становило 1:1,7 (6 — чоловіків і 10 — жінок). Лише у 2 хворих (12,5%) була помірно диференційована (G2) аденокарцинома; у 14 (87,5%) — низько- або недиференційована (G3–G4) аденокарцинома. У 12 хворих (75,0%) визначалися регіонарні метастази (N+ статус). Віддалені метастази виявлено у 9 (56,2%) осіб. Хворих з I стадією було 2 (12,5%), з II — 1 (6,2%), з III — 4 (25%), а з IV — 9 (56,2%). У 5 (31,2%) хворих виконали радикальні оперативні втручання (4 — гастректомії, 1 — дистальна субтотальна резекція шлунка), ще 2 хворим з неметастатичним РШ проводиться неoad'ювантна терапія і надалі планується виконати радикальні хірургічні втручання. Усі хворі з IV стадією отримали курси паліативної поліхіміотерапії, у 2 хворих виконано паліативні втручання (проксимальна резекція шлунка і гастректомія) у зв'язку з ускладненнями, а в 1 — симптоматичне втручання (харчова єюностома). З усіх 16 хворих помер 1 (6,2%).

Висновки. РШ у хворих молодого віку характеризується високою агресивністю, виявленням на пізніх стадіях, високим метастатичним потенціалом та низькою резектабельністю. Якість лікування залежить від стадії захворювання. Лише застосування комплексного передопераційного лікування може дати позитивні результати.

ВИКОРИСТАННЯ НИЗЬКОДОЗОВОГО ЦИКЛОФOSFAMІДУ В АД'ЮВАНТНІЙ ТЕРАПІЇ МЕЛАНОМИ ШКІРИ ІІІ СТАДІЇ

В.В. Остафійчук, С.І. Коровін, М.М. Кукушкіна, С.А. Дедков
Національний інститут раку, Київ, Україна

Маніфестація метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах вважається одним з основних несприятливих факторів

для багатьох злоякісних пухлин, у тому числі й меланоми шкіри (МШ). Загальна 5-річна виживаність хворих на МШ після радикальних лімфаденектомій не перевищує 40%.

Мета: покращення результатів лікування хворих на МШ ІІІ стадії за рахунок доповнення стандартної схеми ад'ювантної інтерферонотерапії циклофосфамідом.

Об'єкт і методи. У дослідження включено 86 хворих із синхронними та метакронними метастазами МШ у регіонарних лімфовузлах ІІВ–ІІС стадії, які перебували на лікуванні в Національному інституті раку в період з січня 2006 р. до квітня 2009 р. Пацієнтам проведена регіонарна лімфодисекція з радикальним видаленням первинної пухлини або без нього. В основну групу увійшли 44 пацієнти (чоловіки — 50%, жінки — 50%); середній вік хворих $50,7 \pm 14,4$ року. У лікуванні хворих цієї групи з 8–9-ї доби після операції застосовано курс ад'ювантної середньодозової $\alpha 2b$ -інтерферонотерапії за схемою: $\alpha 2b$ -інтерферон по $9 \cdot 10^9$ міжнародних одиниць (МО) підшкірно 1 раз на добу протягом 22 днів (індукційна фаза), потім по $3 \cdot 10^9$ МО підшкірно тричі на тиждень протягом наступних 12 міс. Додатково пацієнти отримували курс низькодозового циклофосфаміду по 50 мг *per os* тричі на тиждень упродовж перших 6 міс. Контрольну групу становили 42 пацієнти (чоловіки — 52,4%, жінки — 47,6%); середній вік — $48,4 \pm 13,5$ року. Пацієнти цієї групи отримували профілактичний курс ад'ювантної середньодозової $\alpha 2b$ -інтерферонотерапії за такою самою схемою. Проведення ад'ювантної терапії пацієнтам обох груп супроводжувалося типовими для інтерферонотерапії ускладненнями (гіпертермія, озноб, міалгія, загальна слабкість, нудота та блювання). П'ятирічна безрецидивна виживаність у хворих основної групи становила 18,4%, а контрольної групи — 16,8% ($p = 0,237$). П'ятирічна загальна виживаність в дослідній групі сягала 22,7%, в контрольній — 19,1% ($p = 0,263$).

Висновки. Встановлено, що застосування зазначених комбінацій лікування в обох групах не спричиняє суттєвих ускладнень; доповнення профілактичної інтерферонотерапії низькодозовою метрономною хіміотерапією циклофосфамідом не зумовлює змін показників загальної та безрецидивної виживаності у хворих із метастазами в регіонарних лімфатичних вузлах.

ВАРИАНТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ

Р.В. Павлов¹, И.Я. Шнекторовский²

¹Клиника высоких медицинских технологий
им. Н.И. Пирогова, Санкт-Петербург, Россия

²Государственное учреждение «Днепропетровская
медицинская академия Министерства здравоохранения
Украины», Днепр, Украина

Рак желудка является 5-й наиболее распространенной онкологической патологией в мире. Хирургическое лечение играет основную роль в терапии этой злокачественной опухоли. Одним из самых сложных этапов операции является восстановление желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В литературе описано более 50 вариантов реконструкций. До недавнего времени в хирургии рака желудка существовал только открытый подход. Появление и развитие лапароскопической хирургии подняло много вопросов о технических особенностях. Вопрос о вариантах реконструкций во время лапароскопических и открытых операций на желудке стал актуальным.

Цель: определить оптимальный метод реконструкции ЖКТ после лапароскопических и открытых операций на желудке.

Объект и методы. С 2016 по 2018 г. в Клинике высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова (Санкт-Петербург, Россия) выполнено 59 тотальных гастрэктомий по поводу рака желудка с восстановлением ЖКТ. В 34 случаях операция была выполнена открытым доступом, а в 25 — лапароскопическим. Различные варианты анастомоза были применены как при открытых, так и лапароскопических операциях. В клинике использовались анастомозы бок-в-бок, конец-в-конец и конец-в-бок. Анастомозы были выполнены как интра-, так и экстракорпорально. Рентгенография верхних отделов ЖКТ барием выполнялась на 5-е сутки с момента операции.

Результаты. Среднее время операции при лапароскопической тотальной гастрэктомии составило 285,7 мин, при открытой тотальной гастрэктомии — 252,6 мин. Средняя послеоперационная продолжительность пребывания в больнице составила 10 сут после открытых и 8 сут после лапароскопических операций. Активизация пациентов производилась на 1-е сутки после лапароскопических и на 2–3-е сутки после открытых операций. Послеоперационный болевой синдром был меньше после лапароскопических операций. Несмотря на то что во время операций применялись различные варианты реконструкций, осложнения в виде несостоятельности анастомоза не было. Увеличение или уменьшение продолжительности операции и кровопотеря не были связаны с типом выполненного анастомоза. Пероральный прием пищи возобновился на 5-й день после лапароскопических и на 6-й — после открытых операций. Средняя длина раны при лапаротомии составила 25 см после открытых вмешательств, а мини-лапаротомии после лапароскопических вмешательств — всего 7 см. Мы предполагаем, что это является причиной уменьшения послеоперационного болевого синдрома. Стриктуры анастомоза развились у двух пациентов после открытых гастрэктомий, ни у одного пациента это осложнение не возникло после лапароскопических гастрэктомий.

Выводы. Лапароскопическая хирургия желудка дает возможность улучшить ранние послеоперационные результаты после тотальной гастрэктомии. Типы методов желудочно-кишечной реконструкции не влияют на продолжительность операции, кровопотерю во время операции, частоту ранних послеоперационных осложнений и частоту образования стриктур, если они выполняются опытным хирургом.

СОСУДИСТАЯ АНАТОМИЯ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАВСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ

Н.А. Пененин^{1,2}, К.О. Задорожная^{1,2}, К.С. Бурмич^{1,2}

¹Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

²Лечебно-диагностический центр «Добробут», Киев, Украина

На протяжении последнего десятилетия общепринятой тактикой оперативного лечения в хирургии толстой кишки является выполнение центрального лигирования сосудов и полной мезоколонэктомии. Анатомия верхних брыжеечных сосудов при выполнении правосторонней гемиколэктомии отличается широкой вариабельностью, что может привести к осложнениям при проведении малоинвазивного хирургического вмешательства.

Цель: описать анатомические варианты расположения ветвей верхних брыжеечных артерий и вены (средних ободочных, правых ободочных и подвздошно-ободочных сосудов) в лапароскопической хирургии правых отделов толстой кишки.

Объект и методы. Исследование проводилось на базе Лечебно-диагностического центра «Добробут» с 2016 по 2018 г. Ретроспективно изучено 24 пациента: 13 женщин (54,2%), 11 мужчин (45,8%). Средний возраст — $71,4 \pm 9,8$ года. Все пациенты подверглись лапароскопической правосторонней гемиколэктомии (СМЕ+CVL) с выполнением D3-лимфодиссекции. В ходе исследования анализировались предварительно записанные материалы каждой лапароскопической правосторонней гемиколэктомии.

Результаты. Подвздошно-толстокишечные и средние толстокишечные вены и артерии встречались в 100% случаев. В 85,7% случаев подвздошно-толстокишечная вена лежала кпереди и несколько ниже одноименной артерии, в 14,3% случаев — кзади, но всегда впадала в верхнюю брыжеечную вену. Правая толстокишечная артерия определялась в 16,7% случаев, в то время как вена — в 58,3%. В тандеме эти сосуды были выявлены в 12,5% случаев. Дренаж средней толстокишечной вены был разделен: она являлась ветвью ствола Генле (8,3%) или впадала в верхнюю брыжеечную вену (91,7%). У 37,5% пациентов определялись дополнительные правые ветви средних толстокишечных сосудов. Truncus Henle присутствовал в 91,7% случаев, нами он рассматривался в трех вариантах — как желудочно-поджелудочно-толстокишечный ствол (45,5%), желудочно-поджелудочный (40,9%), желудочно-толстокишечный (13,6%).

Интраоперационные осложнения и повреждения встречались в 8,3% случаев, в числе которых было лигирование средней толстокишечной вены у пациента с раком слепой кишки и кровотечение в результате повреждения толстокишечной вены ствола Генле, которое было устранено клипированием. Конверсий произведено не было, послеоперационные кровотечения не возникали.

Выводы. Знание вариантов хирургической сосудистой анатомии при выполнении правосторонней гемиколэктомии с подготовкой хирурга к оперативному вмешательству на основании анализа данных компьютерной томографии предоставляют возможность снизить риски ятрогенных повреждений и осложнений.

ЦИТОМОРФОЛОГІЧНА ТА ІМУНОЦИТОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІТИН КРОВІ ТА КІСТКОВОГО МОЗКУ ПРИ В-КЛІТИННІЙ ЛІМФОМІ МАРГІНАЛЬНОЇ ЗОНИ СЕЛЕЗІНКИ

А.С. Поліщук

Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України, Київ, Україна

Лімфома маргінальної зони селезінки (ЛМЗС) виникає рідко і становить 2,0% всіх лімфопроліферативних захворювань (ЛЗ). Характерною ознакою ЛМЗС є наявність нечисленних лімфоїдних клітин із ворсинчастою цитоплазмою, які циркулюють у периферичній крові (ПК) та інфільтрують кістковий мозок (КМ). При ЛМЗС не дуже часто виявляється лімфаденопатія чи екстранодулярні вогнища ураження. Кількість лейкоцитів у крові здебільшого в межах нормальних значень. Окрім ЛМЗС, існують інші форми ЛЗ з подібними клініко-гематологічними ознаками. Проте терапевтичні підходи при цих захворюваннях різні.