



Пересулько О.П.

МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНІ ТА АПАРАТНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДИФЕРЕЦІЙНОМУ ПІДХОДІ ДО СКРИНІНГУ ТА ДІАГНОСТИКИ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ВАРІАНТІВ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО РАКУ

Кафедра онкології та радіології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Сучасні наукові дослідження здебільшого спрямовані на удосконалення методів лікування онкозахворювань. Водночас у вивченні питання запобіжних заходів щодо виникнення раку яєчників (РЯ), раку ендометрія (РЕ) та раку шийки матки (РШМ) підвищення якості й результативності медичної допомоги залишаються не сповна використані результати медико-генетичних та апаратних (лазерних) досліджень на предмет виявлення схильності до онкозахворювань цих локалізацій, а також епідеміологічних, організаційних і управлінських заходів у системі надання медичної допомоги жіночому населенню.

Мета дослідження - розробити організаційно-методичні принципи профілактики, скринінгу та діагностики гінекологічного раку яєчників та ендометрія, виходячи з результатів медико-генетичних та лазерних досліджень хворих на ці недуги та їх родичів. Й обґрунтувати на їх підставі загальну стратегію профілактики (первинної, вторинної та третинної) злоякісних новоутворень цих локалізацій.

Нами розроблено системний підхід до профілактики та ранньої діагностики раку жіночих репродуктивних органів, що включає трьохетапний комплекс скрінингових заходів, направлених на: виявлення та реєстрацію онкологічно обтяжених сімей; ідентифікацію серед них осіб з високим генетичним ризиком; клініко-генетичний моніторинг „контингенту підвищеного ризику”.

В Чернівецькій області виявлено шість спадкових варіантів раку жіночих репродуктивних органів: два варіанти проявляються сімейним накопиченням раку однієї локалізації (яєчники, ендометрій); чотири — накопиченням у сім'ях комплексу раку жіночих репродуктивних органів і шлунково-кишкового тракту. Розроблено критерії ідентифікації кожного варіанту раку. Ми вперше в медичній практиці використали методи лазерної поляриметрії (ЛП) та спектрофотометрії для дослідження біоматеріалів пацієнток з онкогінекологічною патологією (Єрмоленко С.Б., 2014). Об'єкти нашого дослідження: нативні мазки із шийки матки, аспірат та зішкрібні ендометрія, матеріал пунктату дугласового заглиблення та кров у хворих з пухлинами шийки матки, ендометрія та яєчників.

Для надання ефективної профілактичної допомоги особам, що мають злоякісні пухлини будь-якої локалізації, зокрема РЯ, РЕ та РШМ, запропоновано алгоритм роботи спеціалізованої служби, створеної при загальнопрофілактичних медичних закладах (діагностичних центрах, поліклінік онкодиспансерів, жіночих консультацій) або великих онкологічних центрах.

За допомогою методів лазерної оптики розроблені і апробовані фотометричні і поляризаційні критерії, що вказують на наявність малігнізації пухлин жіночих репродуктивних органів.

Постєвка І.Д.

ОСОБЛИВОСТІ ГУСТИНИ ТЕПЛОВОГО ПОТОКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра онкології та радіології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Останнім часом рак молочної залози став лідером серед усіх онкологічних захворювань жіночого населення. Більше ніж у третини жінок, які звернулися до лікаря, ця недуга діагностується вже у занедбаних стадіях, коли істотно вплинути на патологічний процес майже неможливо. На сьогоднішній день єдиним надійним способом боротьби з раком молочної залози є превентивна діагностика, що вказує на необхідність створення та впровадження нових неінвазивних технологій, які б доповнювали традиційні методи обстеження.

Показником швидкості перебігу біологічних процесів в організмі людини є тепловий потік внутрішніх органів, величина якого змінюється при різних патологічних станах. Вимірювання густини теплового потоку з поверхні молочної залози, в проекції патологічно ураженої ділянки, дозволить вдосконалити принципи скринінгу її онкологічних захворювань.

Мета дослідження - вивчити особливості густини теплового потоку поверхні шкіри жіночої молочної залози, залежно від тижня після закінчення фази десквамації менструального циклу.

Обстежено 55 жінок віком від 20 до 25 років, без явної патології молочної залози та інших органів. Середній вік обстежених осіб склав $22,1 \pm 0,23$ роки. Групу обстежених жінок у перший тиждень після менструації склали 9 (16,4%) осіб, у другий – 17 (30,9%), у третій – 17 (30,9%), у четвертий – 7 (12,7%) та власне у фазу десквамації менструального циклу – 5 (9,1%).

Вимірювання густини теплового потоку молочної залози проводили контактним способом, використовуючи багатоканальний пристрій АЛТЕК - 10008, з програмним забезпеченням Thermologger 9004 ТС-М. Термоелектричні сенсори теплового потоку (8 штук) розташовували в горизонтальному положенні, у кожному квадранті правої та лівої молочної залози. Вимірювання проводили кожні 5 секунд, впродовж 5 хвилин, при стандартній температурі оточуючого середовища – $21,5 \pm 0,21$ °C. Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проведено на персональному комп'ютері з використанням електронних таблиць Microsoft Excel та пакета програм статистичної обробки PAST. Враховуючи велику кількість показників одного спостереження, отриманих впродовж п'яти хвилин вимірювання, вираховували медіану. Правильність



розподілу даних у вибірках перевіряли шляхом застосування критеріїв Shapiro-Wilk. При нормальному розподіленні незалежних груп використовували критерій (t) Стьюдента. У разі ненормального розподілення неперервних перемінних використовували критерій Манна-Уїтні (U-тест). Розбіжності отриманих результатів вважали статистично вірогідними при $p < 0,05$, що є загальноприйнятим у медико-біологічних дослідженнях.

Отримані результати дослідження вказують на відсутність вірогідної різниці густини теплового потоку поверхні шкіри між всіма квадрантами правої та лівої молочної залози впродовж першого тижня, після закінчення фази десквамації менструального циклу. Відсутня вірогідна різниця показників між обома молочними залозами, за винятком нижнього зовнішнього квадранту лівої залози, де густина теплового потоку вірогідно нижча. Впродовж третього тижня, після закінчення фази десквамації менструального циклу, спостерігається відсутність вірогідної різниці показників густини теплового потоку поверхні шкіри між всіма квадрантами правої та лівої молочної залози. Слід відмітити відсутність вірогідної різниці густини теплового потоку поверхні шкіри молочних залоз між всіма квадрантами останніх, впродовж четвертого тижня після закінчення фази десквамації менструального циклу.

Таким чином, між всіма квадрантами правої та лівої патологічно неураженої молочної залози жінок молодого віку, впродовж всіх фаз менструального циклу, відсутня вірогідна різниця густини теплового потоку поверхні шкіри, що надзвичайно важливо при розробці методу скринінгу онкологічної патології даної локалізації.

Сенютювич Р.В., Шумко Б.І.

ПЕРШИЙ ДОСВІД РЕКОНСТРУКТИВНИХ ТА ОНКОПЛАСТИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ НА МОЛОЧНІЙ ЗАЛОЗІ

Кафедра онкології та радіології

Вищий державний навчальний заклад України

"Буквинський державний медичний університет"

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

Ми почали застосовувати онкопластичні та реконструктивні операції з 2008 року, коли нашу клініку відвідали двоє австрійських хірургів і виконали три оперативних втручання (дві реконструкції клаптем широкого м'язу спини і одну реконструкцію клаптем на прямому черевному м'язі). З того часу в клініці виконано ще одну реконструкцію клаптем з прямого м'яза живота, біля 40 онкопластичних реконструкцій з використанням широкого м'язу спини, 40 підшкірних мастектомій з силіконовими протезами, з переміщенням місцевих тканин – 12 операцій. Пластичні операції сьогодні виконуються одночасно 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.

Показаннями до онкопластичних операцій в наших хворих були: молодий вік пацієнтів; невеликі молочні залози (при невеликих молочних залозах з'являються після видалення пухлин і з'єднання швами тканин молочної залози (гландулярних мас) грубі косметичні дефекти). В даному аспекті операції на великих грудних залозах більш вигідні і навіть при видаленні сектору (1/4 залози) і простому зашиванні країв рани – косметичні результати непогані, хоча виникають проблеми із здоровою молочною залозою – для збереження симетрії необхідна редуційна мамо пластика здорової залози.

Ми, як правило, використовуємо пластику торакодorzальним клаптем. Звертає на себе увагу мала кількість (12) онкопластичних втручань першої групи – з переміщенням гландулярної тканини (12). Зважаючи на рухомість молочної залози звести краї рани в молочній залозі вдається завжди. Не маючи можливості оприділяти гормональні рецептори і гени ризику в матеріалах тонкогілкової біопсії – операції, ми враховували тільки об'ємні показники доонкопластичних втручань, без біологічних властивостей пухлини. Одночасно підшкірні мастектомії з використанням протезів виконували у пацієнтів, яким не планували післяопераційну променевою терапію. В останні роки, щороку виконується приблизно 10 онкопластичних. Особисті прохання молодих пацієнток в реконструкції були задоволені в усіх випадках.

Реконструктивні та онкопластичні операції тривають приблизно 3 - 4 години, але враховуючи, що вони проводяться на м'яких тканинах і шкірі, вони не ускладнюють перебіг післяопераційного періоду.

Важливий аспект реконструкції – вплив на її результати хіміо – променевої терапії. Наш досвід показує, що адьювантна хіміотерапія не впливає на результати і частоту ускладнень одночасних реконструктивних втручань. Після операції призначали променевою терапію в дозі 20 Гр. Реконструкція власними тканинами повинна бути адаптована до комплексного лікування РМЗ і особливо, до променевої терапії. Ранніх і пізніх місцевих рецидивів після онкопластичних операцій не спостерігалось.

Отже, найчастішим єдиним видом онкопластичних операцій в Чернівецькому обласному клінічному онкологічному диспансері є використання торакодorzальних клаптів. Онкопластичні операції та підшкірна мастектомія із заміщенням залози силіконовим протезом протікають без ускладнень. Ранніх і пізніх локальних рецидивів (на 98 операціях) не спостерігалось.