

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**



1,45 ± 0,03 нМ/г тканини). Редокс-стан ПТ та ПМТП співвідносяться з рівнем маркера окиснення гуаніну ДНК (8-oxodGu) в них, який в 5,7 і 4,2 раза відповідно перевищує значення норми ($p < 0,05$).

Висновки. Виявлені якісні та кількісні зміни в функціонуванні ЕТЛ мітохондрій у тканинах є характерною ознакою злоякісного процесу. Показано зростання рівнів NO, CP в мітохондріях та 8-oxoG в ПТ та печінці; встановлено CP- та NO-залежний механізм формування дисфункції ЕТЛ мітохондрій та агресивного фенотипу в пухлинному мікрооточенні.

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА РАК ГОЛІВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Н.М. Гончарова, К.В. Александрова, М.С. Кошиль,
П.В. Журавльова, І.А. Криворучко*

*Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна*

Рак підшлункової залози (РПЗ) займає одну з провідних позицій у структурі пухлинних захворювань черевної порожнини. Незважаючи на постійне вдосконалення хірургічних методів лікування, існує великий ризик післяопераційних смертельних наслідків РПЗ. Високий рівень летальності може бути пов'язаний із недостатнім висвітленням питання профілактики післяопераційних ускладнень, попри велику кількість інформації щодо діагностики та лікування цього захворювання.

Мета: проаналізувати особливості післяопераційних ускладнень у хворих на рак голівки підшлункової залози, які отримали хірургічне лікування.

Об'єкт і методи. Проаналізовано 80 випадків виникнення післяопераційних ускладнень та досліджена летальність хворих на РПЗ, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня». Пацієнтам було проведено оперативне втручання наступних видів: панкреатодуоденальна резекція за Whipple's та Traverso — Longmire's (40,0%); субтотальна правобічна резекція підшлункової залози (11,2%); ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія, ендоскопічна папілосфінктеротомія, стентування гепатикохоледоха (36,2%); гепатикохолецистохолецистоуденостомія (5,0%); холецистостомія (7,5%). Результати хірургічного лікування оцінювали за класифікацією D. Dindo, N. Demartines та P.-A. Clavien (2004): I — розвиток ранової інфекції та будь-які відхилення від нормального післяопераційного перебігу, які не потребують медикаментозного лікування або хірургічного втручання; II — потребують гемотрансфузії, ентерального та парентерального харчування; III — потрібне хірургічне, ендоскопічне або кардіологічне втручання (IIIa — без загального знеболення, IIIb — під загальним знеболенням); IV — ускладнення, які загрожують життю та потребують впровадження реанімаційних заходів, можливе хірургічне втручання щодо резекції органа (IVa — недостатність функції одного органа, IVb — синдром поліорганної недостатності); V — смерть хворого. Інформація систематизована за допомогою пакета статистичного аналізу даних Excel.

Результати. До ускладнень I ступеня віднесені 4 (5,0%) випадки ранової інфекції. Ускладненням II ступеня відповідала лімфорейя тривалого характеру — у 2 (2,5%) пацієнтів. Ще у 2 (2,5%) пацієнтів, яких розподілили до IIIa групи, виявили рідинне скупчення (< 10 см діаметром), що дренивали пункційно під УЗД-контролем із використанням місцевої анестезії. 1 (1,2%) пацієнт із ускладненням IIIb ступеня потребував хірургічного втручання із використанням загальної анестезії з приводу гострої післяопераційної тонкокишкової непрохідності. IV групу становили 2 (2,5%) пацієнти з інфарк-

том міокарда та 1 (1,2%) пацієнт із тромбоемболією легеневої артерії. У строк до 30 днів після операції помер 1 (1,2%) хворий (ускладнення V ступеня), у якого було діагностовано інфаркт міокарда. У хворих на РПЗ із післяопераційними ускладненнями переважала стадія T2M0N0 (65,0%). Стадія T3M0N1 (хірургічні втручання з обов'язковою лімфодисекцією) діагностована у 32,5% пацієнтів та спорадична стадія T1 (часткове стиснення холедоха за рахунок збільшеної голівки підшлункової залози) — у 2,5%.

Висновки. Виникнення післяопераційних ускладнень різного ступеня тяжкості є досить індивідуальним та потребує ретельного спостереження з боку лікаря. Більшість ускладнень належали до I ступеня у вигляді ранової інфекції, що може бути пов'язано з неадекватною антибіотикотерапією або недотриманням правил асептики та антисептики. Причини розвитку післяопераційних ускладнень хворих на РПЗ є поліетіологічними та контраверсійними, що диктує потребу подальшого вивчення цього питання.

НОВЕ ЛІКУВАННЯ НЕМЕЛАНОМНИХ РАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ: ГЕНОТИПУВАННЯ, ІМУНОТЕРАПІЯ ТА МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНІ ПРОЦЕДУРИ ЯК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦІЙНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ВТРУЧАННЮ

В. Данільченко¹, М. Скорділіс², К. Тсагаріс³, Л. Матяшова⁴

¹Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

²Медичний університет Софії, Софія, Болгарія

³Університет Криту, Геракліон, Греція

⁴Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна

Немеланомний рак шкіри (НМРШ), а саме базальноклітинний рак (БКР) і плоскоклітинний рак (ПКР), — це два основні типи (широко розповсюджені у США). Основним фактором ризику є вплив ультрафіолетового випромінювання. Описано багато методів лікування для вирішення проблеми зростаючої епідемії НМРШ. Хірургічне втручання (ХВ) є традиційним підходом у лікуванні раку шкіри з високим ризиком рецидиву, може призводити до значного естетичного дискомфорту. У сукупності це ілюструє потребу альтернатив з акцентом на профілактиці, однаково гарному прогнозу та якості життя.

Мета: обґрунтування важливості при лікуванні раку шкіри впливу сучасних модальностей (від генетики та фармацевтичних агентів до мікрографічної хірургії (МГХ) і спілкування лікаря з пацієнтом) на якість життя пацієнтів із терапевтичного та естетичного боку. Вибір оптимальних варіантів лікування.

Об'єкт і методи. Проаналізована тематична література та клінічні записи пацієнта з рецидивуючим БКР.

Результати. Актуальним є 5-флуороурацил — найбільш перспективний лікарський засіб, який дозволяє досягти 90% гістологічної ремісії. Найефективнішим методом слід вважати МГХ, що поєднує зниження частоти рецидивів раку з відповідним естетичним результатом, покращенням психологічного стану пацієнта. Результати нашого пацієнта також свідчать, що МГХ слід розглядати як метод вибору, адже пухлина може бути точно ідентифікована і видалена. Слід враховувати, що пацієнти з рецидивом НМРШ часто відмовляються від лікування через естетичний дискомфорт, тому комплаєнс є дуже важливим. Генотипування може посилити профілактичні стратегії і забезпечити подальші клінічні дослідження.

Висновок. Метод МГХ дозволяє зберегти максимальну кількість здорової шкіри для відновлення рани, досягнув-