

*Лисиця В.В.**ПВНЗ «Київський медичний університет», кафедра хірургічних хвороб №1;
КНП «Київська міська клінічна лікарня №1»***ЛІКУВАННЯ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ З
ВИКОРИСТАННЯМ НОВІТНІХ ХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

Вступ. Використання новітніх технологій при розлученні спайок, відкриває нові горизонти для вирішення цієї давньої проблеми.

Мета. Покращення результату хірургічного лікування гострої непрохідності кишечника внаслідок спайкового процесу.

Матеріали та методи. Загальна кількість пацієнтів, які поступили на стаціонарне лікування з злуковою кишковою непрохідністю по всіх роках становить 592(100%). Контрольна група 305(51,52%) пацієнтів. В досліджуваній групі. Пацієнти за період з 2013 по 2019 рік в досліджуваній групі становить 287(49,31%). Загальна кількість прооперованих пацієнтів 314(53,04%).

Результати дослідження. При хірургічному лікуванні в контрольній групі використовувались стандартні методи розсічення злук: гостре розсічення, бі- та монополярна енергія. Загальна кількість прооперованих пацієнтів з 2006 по 2012 роки складає 163, що від n=314 (51,91%). Натомість досліджувана група становить 151(48,09%). В цій групі використовувались новітні технології: ультразвукова дисекція (Harmonic) 10(3,18%); високочастотна енергія (LigaShure) 21(6,69%); гідроструменевий скальпель 71(22,61%). Лапароскопічний метод лікування використано у 38(12,10%).

Висновки. Новітні хірургічні технології використані у 140 хворих, що складає при n=314(44,58%). З яких 10(3,18%), із яких ультразвукова дисекція (Harmonic); високочастотна енергія (LigaShure) у21(6,69%); гідроструменевий скальпель у71(22,61%). Лапароскопічний метод лікування проведено у 38(12,10%).

За результатами лікування встановлено, що новітні технології дозволили скоротити термін лікування в середньому з 12-14 діб до 8-10, за рахунок зменшення кількості ускладнень з боку черевної порожнини з 13-30% до 10-12%, з боку післяопераційної рани з 40% до 24%, як наслідок зменшення летальності з загальних 19-24% до 14-15%.

Литвиненко О.О., Шахрай Г.Ф., Жуков Ю.О.*м. Київ, Державна установа «Національний науковий центр радіаційної
медицини Національної академії медичних наук України»***ЧИСТОТА КРАЇВ РЕЗЕКЦІЇ ПРИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЯХ З
ПРИВОДУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

Чистота країв резекції – головний показник адекватності органозберігаючих операцій (ОЗО). Одним із головних факторів розвитку місцевих рецидивів після ОЗО у хворих на рак молочної залози (РМЗ) є стан країв резекції (КР). Стандартом є хірургічна практика досягти чистих КР шляхом

повторного висічення. КР – це ділянки тканин МЗ розміщені поряд з хірургічним розрізом. При гістологічному дослідженні надходять заключення: краї позитивні – ракові клітини виявляються в краях висічення тканини, краї негативні – ракові клітини не виявляються в краях висічення тканини. Є дані, що близькі краї, порівняно із широкими чистими краями ніяким чином не впливають на показники безрецидивної виживаності. Метааналіз 21 ретроспективного дослідження, які вивчали вплив різної ширини краю резекції на виникнення місцевого рецидиву не встановив статистичної значущості різниці в частці рецидивів при ширині краю > 1,2 і 5 мм після проведення променевої терапії (ПТ) локальної пухлини або гормональної терапії. З позиції біології раку наріжним каменем є розуміння того, що навіть досягнення чистих країв резекції не значить видалення абсолютно усіх пухлинних елементів, а скоріше говорить про те, що її кількість незначна і потенційно може контролюватися ПТ. Наявність негативних країв резекції і додаткова резекція в ділянці позитивних країв резекції не гарантує відсутність у подальшому розвитку рецидиву. Ряд авторів у різні роки повідомляли про розвиток рецидивів у 6–13,3 % випадків пацієнток з негативними краями резекції після широкої локальної ексцизії пухлини.

Литвиненко О.О., Шахрай Г.Ф.

м. Київ, Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України»

НЕОАД'ЮВАНТНА ХІМІОТЕРАПІЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Під неoad'ювантною хіміотерапією (НАХТ) розуміють використання системного лікування до виконання хірургічного втручання, яка показана хворим з місцевопоширеним раком молочної залози. Головною метою НАХТ є зменшення розмірів пухлини, досягнення резектабельності і можливості виконання органозберігаючої операції, покращення віддалених результатів лікування (безрецидивної і загальної виживаності та визначення чутливості до цитостатичної терапії). Ефективність лікування і ступінь вираженості терапевтичного патоморфозу пухлини залежить від різних факторів, які можливо розділити на клінічні (вік пацієнтки, розмір пухлинного вузла, статус регіонарних лімфатичних вузлів), морфологічні (ступінь злоякісності пухлини, гістологічний підтип, наявність лімфоваскулярної інвазії, вираженість лімфоїдної інфільтрації пухлини), молекулярно-біологічні (рівень експресії прогестеронових і естрогенових рецепторів, рецептор до епідермального фактору росту – HER2, рівень експресії Ki-67, ступінь вираженості гіпоксії тканин в пухлині, інтенсивності ангиогенезу, рівня епітеліально-мезенхімального переходу т.і.) і генетичні (наявність мутацій у генах BRCA 1/2, TP 53, MYC, PIK3CA т.і.). Досягнення за допомогою хіміотерапії повної клінічної регресії не означає патоморфологічного регресу первинної пухлини регіонарних метастазів. Показники повного патоморфологічного регресу ранжуються від 23 до 80 % у хворих з повною клінічною регресією.