

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.