

большинстве случаев и клиник Республики Беларусь такие погранично резектабельные процессы служат причиной отказа от хирургического вмешательства. Техническая и методическая сложность хирургической процедуры наряду с онкологической перспективой до настоящего времени являются основанием для ряда альтернативных подходов, в основе которых лежит химиолучевая или локорегиональная терапия. С другой стороны, и агрессивный резекционный подход в немалой степени обуславливает положительный результат высокотравматичной и технологичной трансплантационной хирургии. Все эти подходы являются результатом баланса выбора пациента, этических границ, опыта и умений коллектива, и имеют право на жизнь в каждом конкретном случае.

Выводы.

1. Дифференцированный подход к выбору объема панкреатодуоденальной резекции позволяет улучшить результаты лечения.
2. Использование донорских аллографтов позволяет выполнить разные типы сосудистых реконструкций.
3. Отсутствие эффективных альтернатив и исход неоперированных пациентов оправдывает агрессивный подход у пациентов с приемлемым физическим статусом и операционным риском.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

Чернат М. В.¹, Донская А. Е.¹, Антош Ю. Ф.¹, Мишин И. В.,^{2,3}

¹ Отдел торако-абдоминальной хирургии, НИИ онкологии
² Государственный Университет Медицины и Фармации им. Николая
Тестемицану, кафедра хирургии № 1 им. Николая Анестиади,
лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии

³ Институт ургентной медицины, Кишинев, Республика Молдова

Введение. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) – наиболее частые мезенхимальные новообразования в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) с наиболее частой локализацией в желудке (60-70%).

Цель: изучить особенности клинических манифестаций, гистологических и иммуногистохимических особенностей и результатов лечения ГИСО.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ базы данных 73 случаев ГИСО (*c-kit*/CD117+) разной локализации в ЖКТ, оперированных с 2007 по 2015 гг.

Результаты и обсуждение. ГИСО желудка составили 43 случая, соотношение М:Ж – 1:2.3, средний возраст 58.07 ± 1.91 года (95% CI: 54.21-61.92). Основным симптом – боли в животе ($n=40$, 93%). В 11 (27.5%) случаях первичная манифестация ГИСО связана с развившимися осложнениями: кровотечения в ЖКТ – 10 (90.9%) и 1 (9.1%) – внутрибрюшное кровотечение. Метастазы на момент диагностики ГИСО в 3 (6.9%) случаях. Выполнены разные по объему оперативные вмешательства, в т. ч. иссечение ГИСО передней стенки желудка – 6 (13.9%) случаев, гастротомия с иссечением опухоли задней стенки желудка – 5 (11.6%), ограниченная резекция желудка – 11 (25.6%), стандартная резекция желудка – 17 (39.5%) и гастрэктомия – 4 (9.3%). Во всех случаях выполнена R0 резекция, лимфодиссекция не выполнялась. Средний размер ГИСО составил 10.2 ± 1.1 см (95% CI: 7.93-12.42), причем гигантские ГИСО (>20 см) наблюдались в 7 (16.3%) случаях. Средний размер ГИСО с низким риском прогрессирования *vs.* промежуточный/высокий риск – 5.1 ± 0.38 см (95% CI: 4.29-5.88) *vs.* 14.21 ± 1.53 см (95% CI: 11.04-17.38) ($p < 0.05$). Иммуногистохимический профиль ГИСО: CD117/*c-kit* (+) – 43 (100%), CD34 (+) – 39 (90.7%), десмин (+) – 4 (9.3%), виментин (+) – 40 (93%), S-100 (+) – 11 (25.6%), SMA (+) – 22 (51.2%), NSE – 6 (13.9%). Среднее количество митозов с низким риском прогрессирования составило 3.04 ± 0.18 (95% CI: 2.67-3.41), а при высоком риске – 25.19 ± 5.57 (95% CI: 13.32-37.05) ($p < 0.05$). Прогрессирование в отдаленном послеоперационном периоде в 16.3% ($n=7$) случаев. Комбинированное лечение (хирургическое + таргентная терапия с *imatinib mesilat*) – 15 (34.9%) пациентов.

Выводы. ГИСО желудка характеризуются неспецифической клинической манифестацией, у трети пациентов выявляются на момент наступления осложнений (кровотечений). Отсутствие

морфологической (иммуногистохимической) диагностики в предоперационном периоде и достаточно большие размеры ГИСО являются основными факторами, влияющими на достаточно низкий процент органосохраняющих оперативных вмешательств. Стратификация ГИСО по степени риска прогрессирования – основной критерий в отборе для комбинированного лечения (хирургический + таргетная терапия).

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

Шепетько М. Н., Крупнова Э. В., Михаленко Е. П.,
Чеботарева Н. В., Щаюк А. Н., Прохоров А. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра
онкологии, г. Минск, Республика Беларусь
Институт генетики и цитологии НАН Беларуси,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. На возникновение и течение рака легкого оказывают влияние гены системы биотрансформации. Среди них особая роль принадлежит семейству генов глутатион-S-трансфераз. Глутатион-S-трансферазы – мультигенное семейство ферментов, катализирующих химические взаимодействия глутатиона (GSH) с электрофильными соединениями. В работе представлены результаты сопоставления полиморфных вариантов генов глутатион-S-трансфераз (GSTM1, GSTT1, GSTP1) с основными морфологическими типами, степенью распространения опухоли и прогнозом при немелкоклеточном раке легкого.

Цель исследования: сравнить и сопоставить выживаемость пациентов с немелкоклеточным раком легкого с имеющимся у них генотипом глутатион-S-трансфераз.

Материал и методы. 173 пациента с немелкоклеточным раком легкого, находившиеся на лечении с 2005 по 2015 гг., постоянно проживающие на территории Республики Беларусь,