

XIV з'їзд онкологів та радіологів України

(матеріали з'їзду)

30 вересня – 2 жовтня 2021 року

м. Київ

ЗМІСТ

ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОТИРАКОВОЇ БОРОТЬБИ: ПРОБЛЕМИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА СКРИНІНГУ, СІМЕЙНА МЕДИЦИНА, РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ	3
СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ МОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН	22
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ГОЛОВИ ТА ШИЇ	44
СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ	72
СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ	78
ПРОБЛЕМИ ТА ДОСЯГНЕННЯ АБДОМІНАЛЬНОЇ ОНКОЛОГІЇ	105
СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ШКІРИ ТА ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	155
ОНКОУРОЛОГІЯ	184
СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	216
ДОСЯГНЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	243
ДИТЯЧА ОНКОЛОГІЯ В УКРАЇНІ: ДОСВІД, ПРОБЛЕМИ, ПЕРСПЕКТИВИ	261
АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ	271
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ТА ТЕРАПІЇ СУПРОВОДУ	273
ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА	287
РАДІАЦІЙНА ОНКОЛОГІЯ ТА ЯДЕРНА МЕДИЦИНА В ОНКОЛОГІЇ	300
СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ В НЕЙРООНКОЛОГІЇ	339
СИСТЕМНА БІОЛОГІЯ У ВИРІШЕННІ ПРОБЛЕМ КЛІНІЧНОЇ ОНКОЛОГІЇ	364

оцінки відходження гілок ІМА. Під час хірургічного втручання оцінювали взаємозв'язок між ІМА, LCA, сигмовидною артерією (SA) та верхньою прямокишковою артерією (SRA), а також довжину ІМА від основи до точки розгалуження на LCA або загального стовбура LCA і SA та взаємозв'язок між ІМВ і LCA.

Результати. У цьому дослідженні було виявлено три типи анатомії судин. Тип А - LCA відходить незалежно від ІМА (46,4%, n = 51); тип В - LCA і SA розгалужені від загального стовбура ІМА (23,6%, n = 26); тип С - LCA, SA та SRA розгалужується з однієї точки (30,0%, n = 33). Різниця в довжині між трьома типами не була статистично важливою. LCA відходить під ІМВ у 55,5% та над ІМВ у 44,5 % випадках.

Висновок. Особливості анатомії судин ІМА та ІМВ має важливе значення для лапароскопічної передньої резекції прямої кишки із збереженням LCA при раку прямої кишки. Розпізнавати типи відходження гілок ІМА важливо при лімфодисекції та пересіченні судин з метою зниження ризику неспроможності анастомозу.

**Імплементация протоколу покращеного відновлення після операції
для хворих з метастатичним колоректальним раком,
обмеженим черевною порожниною**

Бондар О.В., Четверіков С.Г., Четверікова-Овчинник В.В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Вступ. Колоректальний рак (КРР) є третьою за поширеністю причиною смертності від раку у світі. Гематогенні або перитонеальні метастази мають близько 20% хворих з вперше встановленим діагнозом КРР. Ще у 25% хворих, які мають локалізовану хворобу на момент встановлення діагнозу, згодом розвинуться метастази. Enhanced Recovery After Surgery або покращене відновлення після операції (ERAS) спрямоване на стандартизацію та оптимізацію періопераційної допомоги пацієнтам.

Мета дослідження. Дослідити доцільність протоколу ERAS для пацієнтів з метастатичним КРР, обмеженим черевною порожниною, яким було виконано циторедуктивну операцію (ЦО), на основі тривалості перебування в стаціонарі, відновлення функції кишківника, частоти післяопераційних (п/о) ускладнень та аналізу якості життя (QLQ).

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 140 пацієнтів з метастатичним КРР, яким було виконано ЦО, на клінічній базі Одеського національного медичного університету у період 2016–2021 років. Пацієнти були розділені на 2 групи: I група (неERAS) - 82 пацієнти, які проходили лікування до впровадження принципів протоколу ERAS (2016–2018 рр.); II група (ERAS) - 58 пацієнтів, які проходили лікування відповідно до протоколу ERAS (2018–2021 рр.). Компоненти ERAS включали передопераційне навантаження вуглеводами, періопераційна цілеспрямована інфузійна терапія, мультимодальне знеболення, мінімізацію вживання наркотичної аналгезії та назогастральних зондів, ранню мобілізацію, вертикалізацію та годування хворих, тощо.

Результати. Медіана тривалості перебування у стаціонарі в групі неERAS ($12,35 \pm 3,9$) була більшою, ніж у групі ERAS ($6,8 \pm 1,9$) ($p < 0,01$). Використання протоколу ERAS значно сприяло швидшому відновленню функцій кишківника (перистальтики та стулу) в п/о періоді ($p < 0,01$). Не було статистично значущої різниці у частоті виникнення п/о ускладнень між групами ERAS та неERAS, що підтверджує клінічну безпечність протоколу. Поліпшення QLQ, відповідно до отриманих даних, було досягнуто завдяки впровадженню принципів протоколу ERAS.

Висновки. Отримані результати доводять доцільність впровадження протоколу ERAS серед пацієнтів, яким виконується ЦО з приводу метастатичного КРР.

Сторічний ювілей операції Гартмана

Шевченко В.В.¹, Шевченко В.П.², П'ятикоп Г.І.³

¹ *КНП СОР «Сумський обласний клінічний онкологічний диспансер», Україна*

² *СумДУ, медичний інститут, Суми, Україна*