



# УРЖ *Український Радіологічний Журнал*

Додаток **1** 2016

**ХІІІ З'їзд  
ОНКОЛОГІВ ТА РАДІОЛОГІВ УКРАЇНИ  
(матеріали з'їзду)**

**26–28 травня 2016 р., м. Київ**

*МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ*

*ХІІІ З'ЇЗД  
ОНКОЛОГІВ ТА РАДІОЛОГІВ УКРАЇНИ  
(матеріали з'їзду)  
26–28 травня 2016 р., м. Київ*

*Київ 2016*

## ЗМІСТ

Епідеміологія злоякісних новоутворень, організація протиракової боротьби та скринінгу .....	4
Оптимальні принципи морфологічної діагностики.....	10
Злоякісні новоутворення голови, шиї та лорорганів .....	19
Торакальна онкологія.....	33
Діагностика, лікування та профілактика раку грудної залози .....	49
Абдомінальна онкологія: злоякісні пухлини шлунка; підшлункової залози та печінки; онкопроктологія .....	66
Онкоортопедія .....	94
Онкодерматологія.....	101
Онкоурологія .....	108
Онкогінекологія.....	121
Онкогематологія.....	138
Злоякісні новоутворення у дітей.....	146
Актульні питання анестезії та аналгезії в онкології .....	153
Хіміотерапія солідних пухлин .....	155
Променева діагностика, променева терапія, ядерна медицина .....	165
Фундаментальні аспекти сучасної онкології.....	189
Онкопатологія центральної нервової системи .....	214
Перспективи, проблеми освіти в онкології.....	219
Паліативна допомога .....	222
Реабілітація та проблеми якості життя онкологічних хворих .....	223
Різне.....	227

рювання: I — 112 (4,94%) хворих; ІА — 1035 (45,65%); ІВ — 277 (12,21%); ІІІ(А,В,С) — 685 (30,21%) і ІV — 158 (6,97%) хворих.

**Результати.** Передопераційну хіміопроменеву терапію (ХПТ) виконали у 1733 (76,44%) хворих, не проводилась у 534 (23,56%) хворих, а саме: з першою стадією захворювання; з локалізацією пухлини в ректосигмоїдному відділі; протипоказом була супутня патологія чи множинні віддалені метастази. Перевагу (68,89%) віддавали опроміненню за класичним фракціонуванням (РОД-1,8-2,3Гр до СОД-44,6 — 49,8Гр) над інтенсивним, з пероральним прийомом фторпірамідинів до 21 дня. Хірургічне втручання проводили через 4-6 тижнів після ХПТ, в останні роки переважно через 6 тижнів. Хірургічні втручання виконані в наступних об'ємах: — передня резекція прямої кишки у 998 (44,02%) хворих в 172 хворих в комбінованому об'ємі. Формували анастомоз мануальним (68,83%) та механічним (27,56%) способом, а в 3,61% сформована одностовбурна колостома; — низька передня резекція у 382 (16,85%) хворих в 148 випадках у комбінованому об'ємі. Формували анастомоз мануальним (36,91%) чи механічним (57,59%) способом, в 5,49% сформували одностовбурну колостому; — черевно-анальна резекція у 572 (25,23%) хворих з формуванням первинного екстакорпорального анастомозу в 4,02% і відстроченого через 10-12 днів у 95,98%, у 34,61% в комбінованому об'ємі; — проктотомія у 167 (7,37%) хворих і черевно-промежна екстирпація в 148 (6,53%) хворих. Післяопераційні ускладнення виникли у 12,48% злетальністю — 2,03%. Ад'ювантна поліхіміотерапія проведена у 74,98%, переважно за схемами FOLFOX, FOLFIRI, CAPOX. Безрецидивна виживаність: 3-річна — 76,4±4,2%; 5-річна — 72,3±5,7%.

**Висновки.** Вибір хірургічного лікування здійснюється індивідуально для конкретного хворого з обліком доопераційного та інтраопераційного обстеження.

## Моделирование выживаемости при аденокарциноме толстой кишки

*Грабова А.Н., Савчин Т.М., Антонюк С.А., Тарасова Т.А., Колесник Е.А.*

*Национальный институт рака, г. Киев*

Обычные системы оценок на основе степени дифференцировки аденокарцином толстой кишки (АК), не всегда могут быть оптимальными, из-за трудностей в объективной оценке, и прогностически высокоинформативными для принятия решений, касающихся их лечения.

**Целью работы** было провести многофакторный анализ состояния ядерного аппарата клеток АК и построить математическую модель выживаемости на основе выявленных критериев.

Исследования проведены на материале 141 биопсий или полученных при оперативном вмешательстве от пациентов с АК и доброкачественными новообразованиями толстой кишки с использованием гистологических, морфометрических, денситометрического, иммуногистохимического и математического методов.

Показано, что отдельно взятые признаки состояния ядер клеток АК (количество ДНК, количество и объем ядрышковых организаторов, частота экспрессии Ki67, Bcl-2 и p53) не несут прогностической ценности при самостоятельном использовании и не могут выступать в качестве прямых критериев прогноза. В тоже время производные от ряда этих признаков могут выступать достоверно значимыми критериями прогноза. Причем, математически выраженная зависимость при их использовании в модели выживаемости не является линейной, а описывается более сложными функциями (в данном случае экспонентной). На основе уравнения пропорциональных интенсивностей Кокса получена модель выживания хорошего качества для пациентов с АК G2 и G3, имеющих увеличенное среднее содержания ДНК в ядрах опухолевых клеток. Предложенная модель выживания при АК демонстрирует качество, вдвое превышающее характерное для модели построенной только на использовании грейда опухоли (G), который сегодня фактически является единственным общепринятым самостоятельным гистологическим критерием прогноза.

## Трансанальная эндоскопическая микрохирургия при лечении опухолей прямой кишки

*Грубник В.В., Дегтяренко С.П., Воротынцев К.О.*

*Одесский национальный медицинский университет*

**Актуальность.** Рак прямой кишки является распространенным заболеванием среди различных стран мира, занимая 4-5% от общего количества рака и 40-50% от рака колоректальной локализации. Предшественником рака прямой кишки являются аденоматозные полипы с дисплазией слизистой 1-2 степени. При этом в 15% всех случаев малигнизация наступает через 1-3 года, а в 85% в сроки до 10 лет, таким образом, в течение 10 лет наступает 100% малигнизация всех аденом. Трансанальная эндоскопическая микрохирургия (ТЭМ) является минимальной инвазивной хирургической техникой, которая была разработана и предложена немецким хирургом Вюесс в 1980-х годах.

**Целью данного исследования** было изучение результатов и осложнений трансанальных эндоскопических микрохирургических операций при различных опухолях прямой кишки.

**Материалы и методы.** В период с 2009 по 2016 года на базе Одесской областной клинической больницы было проведено сравнительное исследование, включающее 93 пациента которым были выполнены операции ТЭМ. Всем пациентам перед операцией выполняли МРТ малого таза. При этом у 15 больных до операции был выявлен рак прямой кишки на ранних стадиях (Tis, 1-2N0M0), у 18 пациентов после операции по постоянным гистологическим препаратам была выявлена тубуловорсинчатая аденома с малигнизацией (TisN0M0), и у остальных 60 пациентов были тубуловорсинчатые аденомы прямой кишки. При этом у 4х больных после первичной операции, при контроле от 6 до 18 месяцев, образовались новые полипы, которые также были удалены с использованием ТЭМ операций.

**Результаты.** Средняя длительность операции составила 60 минут (от 15 до 240 мин.). Конверсия была выполнена у 2 пациентов из-за перфорации прямой кишки. Дефект слизистой удалось восстановить у 24 пациентов после полной резекции опухоли, при этом осложнений не было ни в одном случае. Средняя длительность нахождения пациентов в стационаре составила 3,5 дня (от 2 до 14 дней). При наблюдении за 93 пациентами с аденомами в сроки от 12 до 60 месяцев было диагностировано 4 случая рецидива аденом и 3 случая рака прямой кишки. Пациентам с Tis, 1-2N0M0 в послеоперационном периоде назначали лучевую терапию суммарной дозой 50 Грей.

**Выводы.** Операции ТЭМ являются эффективным радикальным методом лечения доброкачественных опухолей прямой кишки и тщательно отобранных небольших до T2 аденокарцином, диаметром 3-4 см. Данные операции сопровождаются низким процентом послеоперационных осложнений, с сохранением качества жизни больных.

## Значение оценки сторожевых лимфоузлов для определения прогноза рака желудка

*Грубник В.В., Малиновский А.В., Грубник В.В.*

*Одесский национальный медицинский университет*

**Вступление.** Концепция сторожевых лимфоузлов (при отсутствии их метастатического поражения, метастазов нет в регионарных лимфоузлах) коренным образом изменила тактику лечения рака молочной железы и меланомы. Значение сторожевых лимфоузлов при раке желудка изучено недостаточно. Целью исследования является изучение роли сторожевых лимфоузлов при раке желудка I и II стадий.

**Материалы и методы.** С 2011 по 2016 гг. в клинике прооперировано 18 больных с раком нижней трети желудка I и II стадий: 14 мужчин и 4 женщины в возрасте от 48 до 65 лет. I стадия диагностирована у 5 больных, II стадия — у 13 больных. Для определения сторожевого лимфоузла субсерозно в 4 точки вокруг опухоли вводили раствор метиленовой сини. В течении 5-7 минут наблюдали за появлением окрашивания

первого лимфатического узла. Этот узел удаляли для биопсии. Всем больным производили субтотальную резекцию желудка с лимфодиссекцией D2+.

**Результаты.** Сторожевые лимфоузлы были найдены у всех больных. Метастазы в них были выявлены у 7 больных, у остальных 11 больных срочное гистологическое исследование не выявило метастазов (у одного из них в постоянных препаратах были выявлены метастазы). При позитивных сторожевых лимфоузлах, у всех пациентов обнаружено метастатическое поражение регионарных лимфоузлов. При отрицательных сторожевых лимфоузлах, наоборот, регионарные лимфоузлы также оказались отрицательными.

При изучении отдаленных результатов на протяжении 2-5 лет, у пациентов с отрицательными сторожевыми лимфоузлами рецидивов не было. Напротив, у 5 из 7 пациентов с позитивными сторожевыми лимфоузлами имел место рецидив.

**Выводы.** Определение сторожевых лимфоузлов может иметь большое значение для прогноза рака желудка I и II стадий. У больных с отрицательными сторожевыми лимфоузлами метастазы в регионарных лимфоузлах маловероятны и эти пациенты имеют хороший прогноз. При отрицательных сторожевых лимфоузлах, возможно, целесообразно расширять объем лимфодиссекции. Данный вопрос требует дальнейшей разработки.

## Новый подход в неоадьювантном химиолучевом лечении местнораспространенного рака прямой кишки

<sup>1</sup>Демченко В.Н., <sup>1</sup>Сокур И.В., <sup>2</sup>Сухина Е.Н.,  
<sup>2</sup>Свириденко А.В., <sup>2</sup>Насонова А.Н.

<sup>1</sup>КУ Херсонского областного совета «Херсонский областной онкологический диспансер»

<sup>2</sup>ГУ «Институт Медицинской радиологии  
им. С.П. Григорьева НАМН Украины», г. Харьков

Неоадьювантная химиолучевая терапия (НХЛТ) с последующей операцией остается стандартом в лечении местнораспространенного (МР) рака прямой кишки (РПК). Применение эндоректальной HDR брахитерапии (БТ) на дооперационном этапе в лечении РПК приводит к улучшению локального контроля и возможности проведения сфинктеросохраняющих операций.

**Цель.** Оценить преимущества разработанного протокола НХЛТ с использованием эндоректальной HDR БТ как стартового компонента, а также профиль токсичности у пациентов с МР РПК.

**Материалы и методы.** В 2011-2013г. в Херсонском онкодиспансере было пролечено 28 больных с первично-нерезектабельным, МР РПК стадии T3-4N0-2M0. Пациентам была проведена HDR БТ в РОД 4Гр по 2 фракции в неделю до СОД 16Гр, в сочетании с дистанционной гамма-терапией (ДГТ) в режиме РОД 1,8Гр до СОД 30,6Гр. Пациенты в первый день НХЛТ получали сеанс HDR БТ, в дальнейшем БТ проводилась 2 раза в неделю (понедельник, четверг), ДГТ назначалась в остальные дни. Все опухоли были аденокарциномами G2. Проводилась радиосенсибилизация капецитабином в суточной дозе 825мг/м<sup>2</sup>. Возраст больных составлял 39–77 лет. Опухоли нижнеампулярного отдела наблюдались в 12(42,9%), среднеампулярного — в 16(57,1%) случаях. Протяженность опухоли вдоль длинника кишки составляла от 2 до 10 см.

**Результаты.** При применении разработанного протокола НХЛТ у пациентов с первично-нерезектабельным МР РПК удалось купировать ректальное кровотечение в 92,9% случаев, устранить запоры в 100% случаев; добиться резектабельности опухоли в 96,4% случаев, при этом 75% составили сфинктеросохраняющие операции; достигнуть удовлетворительной толерантности специального лечения (без проявлений токсичности III–IV степени); полной морфологической регрессии опухоли у 60,7% пациентов; добиться локального контроля заболевания в 96,4%; за весь период наблюдения ни одного случая отдаленного метастазирования не зафиксировано.

**Вывод.** Разработанный протокол обеспечивает хорошие результаты лечения и может рекомендоваться для широкого внедрения в практику работы специализированных онкологических учреждений.

## Вплив післяопераційної панкреатичної нориці на виживаність хворих на рак головки підшлункової залози після панкреатодуоденальної резекції

<sup>1</sup>Дронов О.І., <sup>1</sup>Земсков С.В., <sup>2</sup>Бакунець П.П., <sup>2</sup>Климнюк І.С.

<sup>1</sup>НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ

<sup>2</sup>Київський центр хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних проток імені В.С. Земскова

**Вступ.** Дослідження останніх років підтверджують, що ризики розвитку неспроможності анастомозів в абдомінальній хірургії є суттєвим фактором, який впливає на післяопераційну летальність та загальну виживаність оперованих хворих. Найнебезпечніші в цьому відношенні є езофагоєноанастомоз, колоректальний та панкреатоєноанастомоз. Об'єктивною та загально визнаною ознакою неспроможності останнього є післяопераційна панкреатична нориця (ППН).

**Мета дослідження.** Вивчити вплив ППН на загальну виживаність хворих на протокову аденокарциному підшлункової залози (ПАПЗ) після панкреато-дуоденальних резекцій (ПДР).

**Пацієнти та методи.** З 2005 по 2015 рік на клінічній базі кафедри загальної хірургії №1 НМУ імені О.О. Богомольця в Київському центрі хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних проток (КМКЛ №10) було виконано 186 ПДР. Втому числі 117 ПДРз приводу ПАПЗ. У 14 хворих (12%) розвинулась ППН. До уваги приймали клінічно значущі нориці класу В та С за класифікацією ISGPS.

**Результати.** При порівнянні загальної виживаності хворих з ППН та без ППН, встановлено, що медіана виживаності становить 13 та 22 місяці відповідно, а 2-річна виживаність — 17% та 52% відповідно. Виживаність розраховували шляхом побудови кривих Каплана-Майєра, різницю в виживаності оцінено за допомогою log rank test (p<0,05). У всіх хворих з ППН ад'ювантне лікування було відтерміновано як найменше на 1 місяць. Повний курс ад'ювантної терапії пройшли тільки 4 хворих (29%) з цієї групи.

**Висновки.** Виживаність після ПДР у хворих на ПАПЗ вірогідно вища в групі, де в післяопераційному періоді не відмічали клінічно значущої ПОПН.

## Выживаемость больных после операций на печени по поводу метастазов колоректального рака

<sup>1</sup>Дубинина В.Г., <sup>1</sup>Мащук А.А., <sup>2</sup>Згура А.Н., <sup>1</sup>Биленко А.А.,  
<sup>1</sup>Максимовский В.Е., <sup>2</sup>Рациборский Д.В.

<sup>1</sup>Одесский национальный медицинский университет

<sup>2</sup>КУ Одесский областной онкологический диспансер

Основным методом лечения злокачественных опухолей печени остаются хирургические резекции. Радиочастотная термоабляция (РЧТА) применяется в качестве сопровождения резекции или в качестве «самостоятельного» метода в случаях, когда операция невозможна.

**Материалы и методы.** Всего прооперировано 89 очагов. Размеры опухоли колебались от 10x10 до 8x7x6 см, количество очагов у одного пациента варьировало от 1 до 5. Было выполнено 48 сеансов РЧТА. В самостоятельном варианте РЧТА выполнена у 22 пациентов, у 11 — РЧТА в сочетании с резекцией печени (в виде комбинированной операции в сочетании с 5 передними резекциями прямой кишки, 3 брюшно-промежностными экстирпациями прямой кишки, 4 брюшно-анальными резекциями прямой кишки, 1 спленэктомией, 2 резекциями сигмовидной кишки, 1 правосторонней гемиколонэктомией).