



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

них пухлин передміхурової залози з високим потенціалом до інвазивності та метастазування є маловивченими та потребують пошуку специфічних біомаркерів. У попередній роботі на модельних клітинних лініях нами було виявлено диференційно експресовані гени між андроген-залежною клітинною лінією LNCaP та андроген-незалежними клітинними лініями DU145 та PC3.

Мета. Перевірка отриманих результатів для семи обраних генів (TAGLN, FOS, IL1B, EFNA5, EPDR1, TGFB1, PLAUI) на клінічних зразках аденокарцином передміхурової залози.

Матеріали та методи. Було використано 22 пари клінічних зразків аденокарцином передміхурової залози та умовно-нормальних прилеглих тканин. Для визначення рівнів відносної експресії генів використовували полімеразну ланцюгову реакцію в реальному часі.

Результати. Знайдено зміни експресії всіх семи генів в діапазоні від 59,1% до 86,4% (PLAU — 59,1%, TGFB1 — 63,6%, EPDR1 — 68,2%, EFNA5 — 72,3%, FOS — 77,3%, IL1B — 77,3%, TAGLN — 86,4%). Для всіх генів було відмічено гетерогенну регуляцію експресії у зразках тканини передміхурової залози, проте переважаючим було зниження регуляції експресії генів. Найбільших змін регуляції експресії зазнав ген TAGLN. Його експресія була змінена в 18 зразках (86,4%): знижена в 11 зразках (50%), а підвищена тільки в 7 зразках (31,8%).

Висновки. Виявлена в клінічних зразках видаленої передміхурової залози гетерогенна регуляція експресії генів відображає наявність молекулярно-генетичних підтипів пухлин з різним пухлинним потенціалом. Ідентифікація та характеристика окремих підтипів пухлин буде сприяти при розробці індивідуального підходу до лікування. Переважне зниження регуляції гена TAGLN робить його потенційним геном-супресором росту пухлин в аденокарциномах передміхурової залози, що потребує додаткового дослідження на більшій вибірці та за допомогою інших методів дослідження.

Планіметрія підниркового відділу нижньої порожнистої вени

Русин В.І., Корсак В.В., С.О. Бойко, Попович Я.М.

ДВНЗ «УжНУ», м. Ужгород

Вступ. Виникнення важкоконтрольованої інтраопераційної кровотечі із притоків НПВ під час виконання венокаватромбектомії вимагає більш детального анатомічного дослідження притоків НПВ.

Мета роботи. Вивчити анатомічні особливості впадіння поперекових вен у НПВ.

Матеріали та методи дослідження. Анатомічне дослідження проведено у 27 трупів в результаті автопсії. Час після смерті не перевищував 48 годин. Вік померлих становив від 40 до 76 років. Виконували евісцерацію органоконструксу внутрішніх органів за методом Шора. Ідентифікували та підраховували поперекові вени і визначали відстань їх розташування від ниркових вен та просторову орієнтацію (ліворуч, праворуч чи по центру) на поверхні НПВ. Після цього, виконували поздовжній розтин НПВ від спільних клубових вен до головних печінкових вен (на 3 або 9 годинах умовного циферблату), задню стінку НПВ відвертали в бік і ретельно вивчали ділянки впадіння поперекових вен з визначенням їх кількості, діаметру та відстані від впадіння ниркових вен.

Результати. У більшості (81,5%) випадків ділянка впадіння поперекових вен була представлена одним спільним стовбуром і розташовувалася на лівій задньо-бічній стінці НПВ. У решті випадків ділянки впадіння поперекових вен локалізувалися на правій задньо-бічній стінці (7,4%) та по центру (11,1%) НПВ. Діаметр поперекових вен у ділянках їх впадіння у НПВ коливався від 2 до 9 мм (середній — $5,2 \pm 2,14$ мм). Перша (верхня) спільна поперекова вена впадала у НПВ на відстані 23-35 мм (в середньому — $23,6 \pm 11,3$ мм), нижня — на відстані 37-93 мм (в середньому — $63,6 \pm 22,7$ мм) від ділянки впадіння лівої ниркової вени, тоді як відносно правої ниркової вени ця відстань була коротшою на 10 мм.

Висновки. Отримані анатомічні відомості про поперекові вени дозволять попередити їх ушкодження та виникнення інтраопераційної кровотечі під час виконання венокаватромбектомії.

Восстановление адекватного оттока мочи из верхних мочевых путей, как первый этап подготовки пациента к радикальной цистэктомии

Савчук Р.В., Шостак М.В., Руденко А.В.

Одесский национальный медицинский университет

Целью исследования было определение показаний и эффективности чрезкожной пункционной нефростомии (ЧПНС) в подготовке больных к радикальной цистэктомии. В период с 2007 по 2015 г на базе кафедры урологии и нефрологии ОН-МедУ ГКБ №10 было выполнено 44 ЧПНС у больных раком мочевого пузыря, что составило 22,2% от общего количества дренирования почек пункционным способом. Выполнение ЧПНС позволяло быстро произвести декомпрессию почек, снять ишемический компонент, стабилизировать процессы тканевого дыхания и энергетического метаболизма, произвести изучение резервных возможностей почечной паренхимы. Основным принципом выбора одно- или двухстороннего стомирования являлась перспектива пациента для дальнейшего радикального лечения, объем паренхимы почек, одно- или двухстороннее поражение почек, возможности проведения дальнейшей химиотерапии. Средний уровень креатинина до ЧПНС составил $346,13 \pm 31,21$ мкмоль/л, мочевины $16,21 \pm 3,5$ ммоль/л, через трое суток снизился до $111,25 \pm 10,72$ мкмоль/л и $8,2 \pm 2,1$ ммоль/л соответственно, через три недели уровень азотистых шлаков нормализовался практически у всех пациентов. Односторонняя ЧПНС выполнена в 23 (52,3%) случаях, двухсторонняя в 21 (47,7%). Радикальная цистэктомия с илеоцистопластикой по Бриккеру выполнена в 8-ми случаях, ортотопическая пластика по Штудеру выполнена у 3-х пациентов. Наличие отдаленных метастазов, распространение объемного процесса на соседние органы, соматически осложненным пациентам выполнялась химиотерапия с лучевой терапией. Чрезкожная пункционная нефростомия — малоинвазивный, эффективный и надежный метод дренирования ВМП при субренальной анурии обусловленной раком мочевого пузыря. Малоинвазивность, низкая интраоперационная травматичность, быстрота послеоперационной реабилитации для проведения дальнейшего специализированного лечения и относительно лучшее качество жизни пациентов позволяет нам рекомендовать данное оперативное вмешательство, для длительного дренирования ВМП при раке мочевого пузыря.

Ефективність ад'ювантної терапії поверхневого раку сечового міхура

Савчук Р.В., Жуковский Д.О.

Одесский национальный медицинский университет

Мета роботи. Вивчити ефективність і результати ад'ювантної внутрішньоміхурової хіміотерапії пацієнтів з м'язово-неінвазивним раком сечового міхура.

У ретроспективне дослідження включено 86 пацієнтів віком від 21 до 86 років, середній вік становив ($65,0 \pm 14,3$) року. Тривалість спостереження — від 5 до 60 міс., у середньому 28,4 міс. Пацієнти перенесли ТУР новоутворення сечового міхура з наступною внутрішньоміхуровою хіміотерапією. У дослідженні брало участь 58 (67,4%) чоловіків і 28 (32,6%) жінок. Основною групою пацієнтів були хворі зі стадією T1 — 82 (95,3%); група Ta була представлена 3 (3,5%) пацієнтами, а комбінація T1 і Tis була виявлена в 1 (1,2%) хворого. У структурі загальної кількості пухлин домінували помірнодиференційовані новоутворення, які виявлялися в 61 (71%) пацієнта, високодиференційовані — у 20 (22,3%) хворих, а низькодиференційовані — у 5 (5,7%) пацієнтів. У більшості пацієнтів верифіковано одне новоутворення — 76 (88,4%)

пацієнтів, два новоутворення було в 6 (7%) хворих, а більше двох пухлин — у 4 (4,6%) пацієнтів. Розмір новоутворень також коливався, але у своїй більшості становив до 2 см — 67 (78%) пацієнтів, від 2 до 4 см — 16 (18,6%) пацієнтів, більше 4 см — 3 (3,4%) хворих. Всі пацієнти в післяопераційному періоді одержували внутрішньоміхурову ад'ювантну хіміотерапію доксорубіцином дозою 50 мг, Мітоміцином С дозою 40 мг з експозицією 1 год №5 й імунотерапію Уро-БЦЖ 1 раз на тиждень № 6. Випадки рецидивів відзначені у всіх групах хворих і сумарно становили 11,6%. Відсоток рецидиву був вище в групі пацієнтів, яким проводили інстиляцію доксорубіцином — 6 (13,6%) випадків, на відміну від групи після введення мітоміцину С, де було відзначено 3 (9,3%) рецидиви ($p < 0,05$), а в групі із введенням БЦЖ — 1 пацієнт.

Доведено достовірне збільшення безрецидивного періоду, отже, зростання виживаності пацієнтів у групі хворих, які одержували ад'ювантну внутрішньоміхурову терапію мітоміцином С, порівняно з пацієнтами, що лікувалися доксорубіцином.

Особливості лікування плоскоклітинного раку сечового міхура

*Стаховський Е.О., Пікуль М.В., Богдан К.В.,
Вукалович П.С., Войтенко О.А., Стаховський О.Е.,
Вітрук Ю.В., Кононенко О.А.*

Національний інститут раку, м. Київ

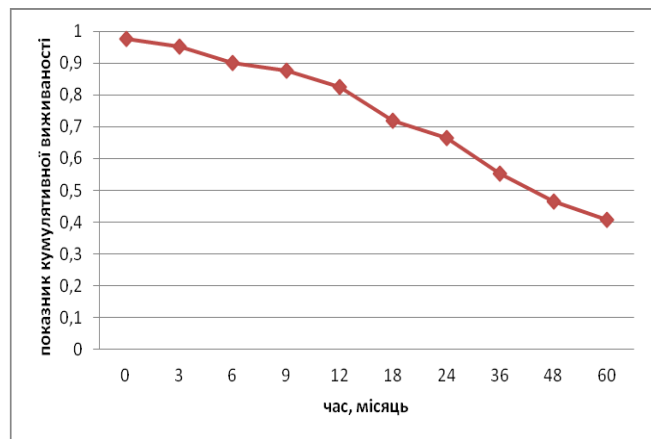
Вступ. Плоскоклітинний рак сечового міхура являється рідкісною та високо агресивною пухлиною. Плоскоклітинний рак, не асоційований з шистосомозом, зустрічається менш, ніж у 3% випадків пухлин сечового міхура, що визначає низький досвід у лікуванні даної патології. Основи лікування нозології, визначені загальноприйнятими стандартами, відповідають терапії перехідно-клітинної карциноми.

Метою роботи. Був аналіз особливостей перебігу захворювання та визначення тактики лікування плоскоклітинного раку сечового міхура.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз медичної документації 865 пацієнтів з пухлинами сечового міхура, котрі проходили обстеження та лікування в клініці з 2008 по 2016 роки. Середній вік пацієнтів становив $53 \pm 2,7$ років. Співвідношення чоловіків до жінок склало 634/231. Клінічний аналіз ґрунтувався на оцінці локалізації враження, анатомо-функціональних змін сечових шляхів, морфологічної характеристики пухлини, клінічної та патоморфологічної стадії, віддалених результатів лікування. В ході аналізу виділено групу з 41 (4,7%) пацієнта, у яких при морфологічному дослідженні, діагностовано плоскоклітинну карциному або перехідно-клітинний рак сечового міхура з плоскоклітинною метapлазією, яка стала предметом дослідження.

Результати. В ході комплексного обстеження, в досліджуваній групі, Т1 пухлини діагностовано у 11 (26,8%) випадках, Т2 — 13 (31,7%), Т3 — 12 (29,3%), Т4 — 5 (12,2%). Понадкневі пухлини згідно стандартів лікування підлягали ендоскопічному лікуванню, проте в зв'язку з рецидивом раку в сечовому міхурі, у 9 (81%) пацієнтів, другим етапом, було виконано цистектомію. Первинно-інвазивні пухлини здебільшого підлягали органовиносному лікуванню (70%), проте в 3 (10%) випадках проведено відкриту резекцію сечового міхура. Враховуючи високу частоту враження шийки сечового міхура та задньої уретри у переважної більшості пацієнтів котрі підлягали цистектомії — 27 (90%), виконувалась зовнішня деривація або відведення сечі в сигмоподібну кишку. Паліативна хіміотерапія рекомендована 6 (20%) пацієнтам. Згідно даних патоморфологічного дослідження плоскоклітинний рак сечового міхура діагностовано у 14 (34%) випадках, перехідно-клітинну карциному з плоскоклітинною метapлазією — у 27 (66%). Рівень локального рецидивування після радикального лікування склав — 57%, віддаленого метастазування — 45%. Загальна 5-річна виживаність склала — 38,4%, канцер-специфічна — 40,7% (див. рис.).

Висновки. Плоскоклітинний рак сечового в 73% на момент постановки діагнозу є інвазивним та потребує органовиносно-



го лікування. Морфологічна форма характеризується високою схильністю до рецидивування та віддаленого метастазування. Враховуючи перебіг захворювання плоскоклітинний рак сечового міхура потребує комплексного підходу до лікування.

Інгібітори 5 α -редуктази в лікуванні хворих на рак простати у поєднанні з доброякісною гіперплазією передміхурової залози

*Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Вукалович П.С.,
Буйвол О.В., Кононенко О.А., Литвиненко Р.А., Пікуль М.В.,
Чепурнатий М.В., Богдан К.В.*

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Дослідження інгібіторів 5 α -редуктази показали, що вони ефективні як при лікуванні доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ), так і профілактиці та лікуванні раку передміхурової залози (РПЗ), однак питання лікування хворих, в яких у простаті поєднуються два різних патологічних процеси — доброякісна гіперплазія та рак, залишається відкритим.

Метою нашого дослідження. Було вивчити ефективність використання інгібіторів 5 α -редуктази в лікуванні хворих на РПЗ в поєднанні з ДГПЗ.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 96 хворих, які протягом 2008–2015 рр. знаходились під активним спостереженням (АС) з приводу РПЗ низького ризику. Вік хворих складав від 57 до 82 років ($68,6 \pm 11,3$), об'єм простати коливався від 39 до 83 см³ ($62,1 \pm 20,4$). Крім наявності РПЗ, у всіх хворих була виявлена ДГПЗ, при цьому індекс простат-специфічних симптомів (I-PSS) в середньому склав $11,1 \pm 5,2$ балів, індекс якості життя (QoL) — $1,7 \pm 1,1$ балів. Всі хворі отримували фінастерид («Проскар», «Простан») в дозі 5 мг на день. Оцінювали вплив лікування на розміри простати та якість життя пацієнтів, визначали час до ПСА та гістологічної прогресії, а також кількість радикально пролікованих хворих.

Результати. Період спостереження за хворими склав від 12 до 86 місяців ($46,2 \pm 33,6$). Померло від супутньої патології 8 (8,3%) хворих, відмовились від проведення подальшого АС протягом перших двох років, незважаючи на відсутність ознак прогресування захворювання, 11 (11,5%) пацієнтів. Загалом прогресування по рівню ПСА виявлено у 26 (27,1%) випадках в період від 16 до 48 місяців ($32,2 \pm 14,3$), що послужило показанням до проведення повторної біопсії простати, за даними якої тільки у 15 (15,6%) хворих було гістологічно підтверджено прогресування захворювання із середнім періодом — 38,4 місяців. Завдяки прийому інгібіторів 5 α -редуктази виявлено зменшення об'єму простати на 22,6%, також значно знизився індекс I-PSS до рівня $5,1 \pm 5$ балів та QoL — до $0,5 \pm 0,5$ балів. У 26 (27,1%) пацієнтів, які вийшли з-під АС за власним бажанням чи внаслідок прогресування захворювання, в подальшому було проведено радикальне лікування (радикальна простатектомія чи променева терапія).