



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

стандартов допомоги — спосібствует підвищенню інтереса к данної проблемі.

Група Т-кліткових лимфом шкіри — найбільше часта група первичних лимфоїдних проліферацій с первичним поражением шкіри, отличаючися більше агресивним течением, склонностью к генерализации. Согласно данным NCCN, ESMO на ранних стадиях процесса предпочтение в лечении отдается местным методам (топические стероиды, фототерапия, PUVA-терапия, лучевая терапия); возможно применение интерферонотерапии, системного применения кортикостероидов. На поздних стадиях — системные ретиноиды, полихимиотерапия, лучевая терапия, иммунотерапия.

Под нашим наблюдением находится пациент Р. 61 год, который обратился с жалобами на образование кожи полового члена, увеличением паховых л/у. Произведена инцизионная биопсия опухоли кожи и трепан-биопсия паховых л/у — плоскоклеточный рак с mts в паховые л/у. Выполнен 1 этап операции Рэйха, двухсторонняя операция Дюкена. Плановое ПГЗ: половой член — недифференцированная опухоль, л/у — хронический продуктивный лимфаденит. ИГХ: периферическая Т-клеточная лимфома, неспецифическая. На фоне проводимой иммунотерапии, процесс генерализовался: появились множественные опухолевые образования кожи туловища. В настоящее время пациент получает химиотерапию (метотрексат еженедельно + метилпреднизолон) с эффектом частичного ответа (регресс 75%).

Выводы: в связи с разнообразием клинических проявлений, оценке морфологических данных, дополнительных исследований, диагностика лимфом кожи затруднительна. Схожесть клинических проявлений с различными нозологиями, спорадический характер заболевания, делают проблему актуальной для врачей различных специальностей.

Імунокорекція у хворих при лікуванні хронічних лімфопроліферативних захворювань

¹Ніколаснко-Камішова Т.П., ¹Мусієнко Т.Л., ²Завізіон В.Ф.

¹КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня №4 Дніпропетровської обласної Ради»

²ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Проблема інфекційних ускладнень (ІУ) у хворих на хронічні лімфопроліферативні захворювання (ХЛПЗ) під час проведення та після хіміотерапії (ХТ) стоїть дуже гостро. Прояви інтоксикаційного та астеничного синдромів поєднуються з імунодефіцитом, що ускладнює стан пацієнтів та не дозволяє тримати інтервал між курсами ХТ. Застосування імуноглобулінів, протівірусних та метаболічних препаратів дозволяє прискорити лікування ІУ та мінімізувати вірогідність повторного приєднання інфекційних та вірусних проблем.

Мета роботи. Зменшити кількість ІУ ХТ у хворих, що лікуються з приводу ХЛПЗ.

Матеріали та методи. 23 хворим на ХЛПЗ, у яких після першого курсу ХТ (режими FC, R-СНОР, ВVP) мали місце інфекційні (гостра госпітальна пневмонія, гострий гайморит) ускладнення без проявів фебрильної нейтропенії чи вірусна (herpes zoster) інфекції крім спеціальної терапії (антибіотики, протівірусні препарати) призначали біовен 150–200 мл внутрішньовенно крапельно № 3–5 в поєднанні з глутоксимом 3% 2 мл внутрішньом'язово № 10–20. Протягом року в подальшому 1–2 рази між курсами ХТ додатково призначали ербісол 2 мл внутрішньом'язово № 10–20. Контрольну групу склали 19 аналогічних хворих, яким таке лікування не призначалося.

Результати та обговорення. У хворих контрольної групи ускладнення носили затяжний в'язло протікаючий характер. Хворі досліджуваної групи розпочинали другий курс лікування на 5–8 днів раніше, ніж контрольної. Повторні епізоди ІУ в досліджуваній групі мали місце у 2 хворих, в контрольній групі у повторні ускладнення мали місце 5 хворих. Інтенсивність повторних епізодів ускладнень в досліджуваній групі була незначною та практично не вплинула на протипухлинне лікування.

Висновки. Застосування імуноглобулінів, протівірусних та метаболічних препаратів дозволяє прискорити лікування ІУ та сприяє адекватній терапії основного захворювання.

Опыт лечения лимфомы Ходжкина I-II стадии

Полищук И.Н., Дорниова О.А., Попова А.О.

Николаевский областной онкологический диспансер

Вступление. В последние годы в Николаевской области, как и по Украине в целом, растёт заболеваемость злокачественными лимфомами. В 2010г взяты на учет в Николаевском областном онкологическом диспансере 41 пациент, впервые заболевшие; в 2012 году уже 111; более чем в 2 раза увеличилась активность заболевания. 2013, 2014, 2015 годах 89, 71 и 79 пациентов соответственно. И все чаще заболевают молодые люди работоспособного, детородного возраста. Средний возраст в группе заболевших за 2014–2015гг. — 42 года.

Цель. Повышение безрецидивного периода путем оптимизации схем химиотерапии, при минимальных экономических затратах.

Материалы и методы. Проанализированы все случаи первичной лимфомы Ходжкина за 2014–2015 гг. «леченные методом стандартной химиотерапии первой линии с последующей локорегиональной лучевой терапией на остаточный очаг» у пациентов с морфологически подтвержденным диагнозом лимфомы Ходжкина (100%) и иммуногистологическим подтверждением (17%). Из 45 первичных лимфом Ходжкина I–II стадия подтверждена стандартным обследованием у 21 человека. Лечение получили 17 человек (2 пациента отказались от лечения, 1 пациент получил только лучевую терапию). Всем пациентам проведено 4–6 курсов химиотерапии. В индукции ремиссии использованы схемы СОРр, АВВД, СНОР.

I группа пациентов — 11,7% СОРр (2 чел.).

II группа пациентов — 58% АВВД (10 чел.).

III группа пациентов — 29% СНОР (5 чел.)

Эффективность схем оценивалась объективно рестадированием по степени уменьшения лимфоузлов (КТ, УЗИ, биохимический и общий анализ крови, оценка состояния по ECOG).

Результаты. Полная ремиссия достигнута во II и III группе 90% и 80%; и по одному человеку в ЧР (частично ремиссия).

Ранний локальный рецидив во втором году наблюдения возник у одного пожилого пациента из I группы. В этом случае была применена лучевая терапия. Смертности до года не зафиксировано. У всех больных, где использовались препараты блеомицин и доксорубин клинически наблюдалось исчезновение лимфоузлов еще до применения лучевой терапии.

Выводы. Стандартное лечение пациентов с лимфомой Ходжкина I–II стадии схемой АВВД позволяет добиться большего числа ответов и полных ремиссий на цитостатическую терапию схема СНОР при сравнимой эффективности дает экономические преимущества для пациентов с лимфомой Ходжкина. Схема СОР(р) оправдана и имеет право на существование при лечении пожилых и ослабленных больных с сопутствующей кардиососудистой патологией как метод улучшения качества, длительности безрецидивной жизни.

Морфологічна діагностика лімфом з аберантним імунофенотипом

Селезньов О.О.

Патоморфологічна лабораторія «CSD Health care», м. Київ

Лімфоми є злоскісними пухлинами, що походять з лімфоцитів, вони складають приблизно 4% від всіх онкологічних захворювань, займаючи сьоме місце за захворюваністю у дорослих і третє — у дітей. На даний момент, згідно класифікації ВООЗ, розрізняють приблизно 100 нозологічних одиниць лімфом. В останні 4 десятиріччя відбувся значний прогрес в лікуванні лімфом, який є найкращим серед всіх злоскісних пухлин. Успіхи в лікуванні лімфом обумовлені значним прогресом в дослідженні молекулярних механізмів онкогене-