



# 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

Зважаючи на те, що хворі на рак молочної залози після проведеного лікування знаходяться на обліку в онкологічних установах рівень самовиявлення метакронної пухлини повинен бути нижчим ніж при унілатеральному РМЗ. Адже, крім набутої онконастороженості жінок, які отримали лікування з приводу раку молочної залози повинна бути й професійна насторога лікарів-онкологів, які проводять моніторинг цих пацієнток.

**Висновки.** Враховуючи однакові показники самовиявлення пухлин у хворих на первинний (33%) та метакронний (32%) рак молочних залоз система моніторингу пролікованих пацієнток є малоефективною. Для покращення показників раннього виявлення цієї патології необхідно ущільнити графік контрольних оглядів та збільшити період активного моніторингу.

## Особливості імуногістохімічного статусу бластоми у хворих на рак молочної залози Подільського регіону

Дроненко В.Г., Костюк О.Г., Какарькін О.Я., Бірюкова К.І.

Вінницький національний медичний університет  
ім. М.І.Пирогова

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

**Актуальність.** Рак молочної залози залишається актуальною проблемою сучасної онкології, в Україні займає перше місце в структурі захворюваності і смертності від злоякісних пухлин у жінок. Значний прогрес в лікуванні раку молочної залози внесли дослідження по виявленню в пухлині стероїдних рецепторів естрогену і прогестерону.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано архівні дані результатів імуногістохімічного (ІГХ) дослідження 1135 хворих на рак молочної залози Подільського регіону за останні 5 років.

**Результати.** Встановлено, що серед 1135 жінок якісна реакція рецепторів естрогену була наступною: позитивна — у 862 (76%) жінок, негативна 273 (24%). Кількісна естрогенова чутливість містила слідувачі відомості: відсутня (0-10%) у 454 (40%) жінок; низька (11-33%) — 454 (20%), середня (34-66%) — 68 (6%) жінок, висока (100%) — 386 (34%) жінок; прогестеронова відповідь була такою: негативна — 511 (45%) хворих, позитивна — 624 (55%). Кількісна прогестеронова реакція становила наступне: відсутня (0-10%) у 533 (47%) жінок, низька (11-33%) — 227 (20%) жінок, середня (34-66%) — 137 (12%), 1 висока (100%) — 238 (21%). Аналізуючи наявність рецепторів до естрогену і прогестерону, в залежності від віку хворих, встановлено наступні закономірності: в передменопаузальному періоді переважають естрогенові рецептори у 772 (68%) хворих, в постменопаузальному більше прогестеронових рецепторів 612 (54%) хворих, тоді як в похилому та старечому віці, в більшості випадків, рецептори відсутні. Аналіз на протеїн Ki-67 дав такі відомості: 0 — 227 (20%); 10-20% — 488(43%); 20-50% — 124(11%); ,більше 50% — 295 (26%). До факторів пухлинного росту відноситься HER-2/neu-білок, вироблення якого регулюється геном HER-2/neu. Позитивний рак молочної залози має агресивний перебіг, швидкий ріст та розповсюдження, ніж HER-2 негативний, що дозволяє визначити «прихований» проліферуючий потенціал даної пухлини і оцінити ступінь злоякісності, а також розділити пацієнтів на групи з відносно сприятливим і несприятливим прогнозом. Стосовно HER-2/neu нами встановлено: низький рівень — у 499(44%) хворих, середній — 386(34%), високий — 249 (22%).

**Висновки.** Використання клініко-морфологічного діагностичного алгоритму з обов'язковим проведенням (ІГХ) дозволяє індивідуалізувати тактику лікування (хіміотерапія, гормонотерапія) хворих пролонгувати їх виживання. Отримані дані дають цінну прогностичну інформацію та дозволяють призначити адекватне лікування хворих на рак молочної залози.

## Молекулярні підтипи як фактор індивідуалізації хворих на рак молочної залози

Ельхажж М.Х., Бондаренко І.М., Прохач А.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія»

**Вступ.** Молекулярні підтипи (МП) стають все більш вагомим фактором впливу на розробку тактики лікування хворих на рак молочної залози (РМЗ).

**Мета дослідження.** Визначити розповсюдженість, незмінність МП, та їх вплив на особливості метастазування і виживаність хворих з РМЗ.

**Матеріали і методи.** Нами встановлені МП у 7521 хворих на РМЗ, їх стабільність чи змінюваність — у 67 жінок. Загальна виживаність визначена серед 491 пацієнтки, особливості метастазування за критеріями RECIST — у 306.

**Результати та обговорення.** Розподіл на МП склав: люмінальний А (ЛА) — 69%, люмінальний В (ЛВ) — 9%, HER-2/neu-позитивний — 7%, потрійний негативний (ПН) — 15%. Врахування Ki-67 ( $\geq 14\%$ ) збільшило ЛВ МП до 19% за рахунок зниження ЛА. Стабільними МП залишалися у 53,2% хворих, змінювалися 44,8%. Найчастіше у процесі лікування змінювалися люмінальні МП, тоді як ПН та HER-2/neu-позитивний — рідко. Загальна виживаність при метастатичному РМЗ зменшувалася у такій послідовності: ЛА — 32,9 міс, ЛВ — 31,5 міс, ПН — 24,8 міс, HER-2/neu-позитивний — 22,6. В такій самій залежності збільшувалися середні показники Ki-67 та P53, що свідчило про їх прогностичне значення при РМЗ поряд з МП. Доведено, що найбільш агресивним є ПН та HER-2/neu-позитивний МП, при якому найчастіше виявлялося метастазування в головний мозок. Таргетна терапія у таких хворих дозволила подолати HER-2/neu-позитивність як фактор негативного прогнозу.

**Висновок.** Визначення МП РМЗ є простим та ефективним засобом формування індивідуалізованих принципів лікування РМЗ.

## Сумарний розмір маркерних пухлинних вогнищ як фактор прогнозу метастатичного раку молочної залози

<sup>1</sup>Ельхажж М.Х., <sup>1</sup>Бондаренко І.М., <sup>1</sup>Завізон В.Ф.,  
<sup>1</sup>Ходжуж М.І., <sup>1</sup>Скляр А.С., <sup>2</sup>Шевченко М.А.,  
<sup>2</sup>Шерстньова Т.Г., <sup>1</sup>Артюшенко Л.Т., <sup>3</sup>Яцуба С.А.,  
<sup>3</sup>Андрющенко В.С., <sup>3</sup>Василенко І.В.

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup>ТОВ «RDP Ukraine», м. Дніпропетровськ

<sup>3</sup>КЗ «Міська багатопрофільна клінічна лікарня №4  
Дніпропетровської обласної Ради»

Розмір пухлини є одним з найважливіших прогностичних показників прогнозу раку молочної залози (РМЗ).

**Ціль роботи.** Вивчити прогностичне значення сумарного розміру маркерних пухлинних вогнищ (СРМПВ) у хворих на РМЗ.

**Матеріали та методи.** У 76 хворих віком від 31 до 76 років (середній вік — 52,3 роки), які отримували 2 лінію поліхіміотерапії з приводу РМЗ, оцінка ефективності проводилася за допомогою комп'ютерної томографії з застосуванням критеріїв RECIST версія 1.0. За необхідності додатково застосовували ультразвукову діагностику та остеосцинтиграфію. Відстежені безрецидивна та загальна виживаність.

**Результати та обговорення.** У 43 хворих СРМПВ був менше 50 мм (група 1), у 16 — від 50 до 99 мм (група 2), у 13 було 100 — 150 мм (група 3), та у 2 — більше 150 мм (група 4). Безрецидивна виживаність у хворих першої групи була 14 місяців, другої та третьої — 16 місяців, у хворих з СРМПВ більше 150 мм безрецидивний період склав 5 міс. Загальна виживаність в першій групі була 41 місяць, в другій — 46 місяців, в третій — 35, в четвертій — 15 місяців. Аналіз кривих Каплана-Майєра