

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

за основними клінічними параметрами. Оцінку післяопераційних ускладнень проводили згідно зі стандартами класифікації хірургічних ускладнень за Clavien-Dindo.

Результати. Суттєвої різниці у тривалості операції не відмічено, ІСР 210 – 562 (380,4±38,4) хв проти 190–557 (311,3±49,5) хв при МП II. Рівень інтраопераційної крововтрати при формуванні ІСР та МП II є співставним, 110– 2850 (707,42±97,2) мл проти 170–3000 (788,51±141,3) мл. Периопераційні ускладнення після ІСР та МП II (1 (4,5 %) проти 6 (4,8 %) не перевищували 3 ст. за Clavien-Dindo. Частота післяопераційного хронічного пієлонефриту була вища при МП II 26 (24,3 %) проти ІСР 3 (15,7 %). Газовий рефлюкс в нирки спостерігався лише при МП II 18 (16,8 %). Метаболічний ацидоз виявлено у 27 (25,2 %) після МП II та 2 (10,5 %) після ІСР. При формуванні ІСР порівняно із МП II збільшується об'єм резервуару в середньому до 1000 мл проти 750 мл, зменшується тиск у сигмоподібній кишці до 18 см. водн. ст. проти 35 см. водн. ст., покращується частота сечовипускання/дефекації у пацієнтів після ІСР – кожні 3–4 годин протягом дня та 5–6 годин вночі проти МП II кожні 2–3 години протягом дня та 3–4 годин вночі.

Висновки. Формування ІСР сприяє покращенню уродинаміки по сечовивідних шляхах та нівелювання метаболічних розладів організму.

Використання маркера проліферативної активності Ki-67 в аналізі ефективності ад'ювантного лікування хворих на м'язово-неінвазивний рак сечового міхура високого ризику

Чистяков Р.С., Костєв Ф.І., Бондар О.В., Лисенко В.В., Ставничий О.С.

Одеський національний медичний університет, Україна

Вступ. Дотримуючись поточних рекомендацій Європейської асоціації урологів, гіпертермічна хіміотерапія може розглядатися як лікувальна опція у пацієнтів з м'язово-неінвазивним раком сечового міхура (МНРСМ), у яких попереднє внутрішньоміхурове лікування не допомогло (BCG-failure), і яким

радикальна цистектомія не буде виконуватися, однак, як альтернатива BCG терапії, на даний момент не розглядається.

Мета. Оцінка прогностичної значимості експресії пухлинного маркера Ki-67 в аналізі ефективності ад'ювантної терапії у пацієнтів з МНРСМ високого ризику.

Матеріали та методи. Залежно від виду лікування, пацієнти були розподілені на 2 групи. У I групу увійшли пацієнти, яким ад'ювантна терапія після ТУР проводилася за допомогою вакцини BCG (група BCG терапії; n = 54), у II групу – пацієнти (група HIVEC® терапії; n = 53), яким ад'ювантна внутрішньоміхурова хіміотерапія проводилася за допомогою апарату для локальної гіпертермії Combat BRS HIVEC®.

Результати. Рецидиви пухлини були зареєстровані у 23 (43 %) пацієнтів, які отримували BCG терапію, та у 10 (19 %) пацієнтів після гіпертермічної хіміотерапії (p = 0,008). Рівень експресії Ki-67 у первинних пухлинах не відрізнявся, у рецидивних пухлинах він суттєво відрізнявся в обох групах (30,74 ± 13,27 проти 13,00 ± 6,86; p = 0,009). Після ад'ювантного лікування у групі BCG терапії 16 (70 %) пацієнтів мали експресію маркера Ki-67 ≥ 20 %, у 3 (13 %) випадках експресія була в діапазоні від 14 % до 19 %, у 4 випадках (17 %) рівень експресії був нижче 14 %. У групі хіміогіпертермії у 7 (70 %) пацієнтів маркер Ki-67 виявився <14 %, у 3 випадках (30 %) рівень експресії був вище 14 %. Аналіз 3х-річної виживаності підтвердив взаємозв'язок між рівнем експресії Ki-67 після ад'ювантної BCG терапії та частотою безрецидивної виживаності (HR 1,06; p = 0,021). Частота БРВ у пацієнтів, які отримували хіміогіпертермію, була достовірно вища, ніж у пацієнтів після BCG терапії (результат Лонг-ранг тесту: p = 0,023).

Висновки: Оцінка експресії Ki-67 у рецидивних пухлинах може бути критерієм ефективності внутрішньоміхурового лікування пацієнтів з МНРСМ високого ризику. Впровадження у практику хіміогіпертермії зменшило кількість радикальних цистектомій серед пацієнтів з BCG-failure.