

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

Місце інтерсфінктерної резекції в лікуванні хворих з нижньоампулярним раком прямої кишки

Сорокін Б.В.¹, Пироговський В.Ю.², Злобинець С.О.², Євтушенко О.І.¹,
Тараненко А.О.² Луценко Д.В.²

¹ *Національний університет охорони здоров'я України, Київ, Україна*

² *КЗ КОР Київська обласна клінічна лікарня, Україна*

Актуальність. Лікування хворих на нижньоампулярний рак передбачає використання ряду операцій. При I стадії, використовується ТЕМ, при II-IV – низька передня резекція, екстирпація, інтерсфінктерна резекція прямої кишки (ICR).

Матеріали і методи. Наш досвід використання ICR ПК складає 49 хворих. По стадіям - 1 (2%) хворий з I стадією, 5(10%) хворих з II стадією, 37(75%) хворих з III стадією, 5 (10%) хворих з IV стадією. Ступінь диференціювання пухлини G₁ була у 5 (10%), G₂ у 44(90%). Неoad'ювантна ПТ проведена 42 (85%) хворим. Регрес пухлини після ПТ спостерігався у 29 (65%) хворих. Особливістю операцій було формування кутанео-колоанастомозу циркулярним степлером за авторською методикою з формуванням протектуючої колостоми.

Результати. Післяопераційна (п/о) летальність відсутня. П/о ускладнення склали - 2 хворих (4%), Часткова недостатність анастомозу з наступними стенозами склала – 5 хворих (10%).

Кількість локальних рецидивів за середній час спостереження склала - 2 хворих (4%).

Функціональні результати оцінювались сфінктрометриєю та опитуванням. В цілому, показали поступове покращання функції сфінктера та якості життя на протязі 2 років. Аналіз проведений у хворих віком від 20 до 60 років показав що функція сфінктера покращувалась краще (на 30 %), а у хворих у віці старше 65 років – покращення було незначним (на 10 %). Однак жоден з хворих не наполягав на виведенні стоми.

Висновки. ICR ПК в лікуванні хворих на РПК, забезпечує задовільні онкологічні та функціональні результати. У хворих старше 65 років отримані

функціональні результати є гіршими, що ставить доцільність використання її в цьому віці під питанням.

Порівняння застосування передочеревинного знеболення з епідуральним знеболенням при застосуванні стратегії ERAS при резекціях товстого кишківника з приводу злоякісних пухлин

Одарченко С.П., Калінчук О.О., Ковальчук М.В., Задоріжний Б.І.

Медичний центр імені акад. Ю.П. Спіженко, Київ, Україна

Актуальність. Застосування стратегії ERAS передбачає раннє відновлення пацієнта після оперативного втручання. В рамках цієї стратегії пропонується регіонарне або епідуральне знеболення для зменшення больового синдрому в післяопераційному періоді та зменшення використання опіоїдних анальгетиків.

Матеріали та методи. На базі клініки імені акад. Ю.П. Спіженка було проведено аналіз історій хвороби 40 пацієнтів, оперованих на черевній порожнині лапаротомно з приводу злоякісних пухлин ободової кишки з резекцією кишківника. Вікова категорія від 18 до 80 років. Пацієнти розділені на 2 групи по 20 осіб. Перша група-пацієнти, з застосуванням епідурального знеболення після операції, друга група-пацієнти з катетеризацією передочеревинного простору. Епідуральна катетеризація здійснювалася анестезіологом, катетеризація передочеревинного простору здійснювалася хірургом під час операції. Оцінювалися наступні показники-початок орального прийому рідини, початок орального харчування, термін появи перистальтики, термін видалення уретрального катетера, термін госпіталізації.

Результати. При співставленні результатів виявлено відсутність розбіжностей в основній та контрольній групах:

- початок ентерального прийому рідини в обох групах пацієнтів не відрізнявся і склав 6-8 годин після операції
- початок ентерального харчування адаптованими сумішами в обох групах пацієнтів склав 12-19 годин після операції
- термін появи перистальтичних шумів складав 18-24 годин після операції