

### 350. Сравнительный анализ результатов методов лечения по показателям пятилетней выживаемости больных раком кожи I-II стадии

*С.В. Антипова, М.А. Надирашвили, А.К. Пищиков, О.В. Пищикова, В.И. Котилевская*

*Луганский государственный медицинский университет  
Луганский областной клинический онкологический диспансер*

Рак кожи – собирательное название злокачественных новообразований кожи эпителиального генеза и одно из самых частых онкологических заболеваний. Ежегодно у нас в стране выявляют более 20 тыс. пациентов со злокачественными опухолями кожи. Существуют следующие методы лечения рака кожи: лучевой, хирургический (оперативное лечение, криогенная деструкция, электрокоагуляция, лазерная деструкция), медикаментозный и комбинированный.

Целью нашего исследования явилось изучение результатов лечения монометодами – хирургическим и лучевым – больных раком кожи I–II стадии по данным отделений «Опухолей головы и шеи», лучевой терапии № 1 Луганского областного клинического онкологического диспансера. Проведен анализ результатов лечения 1824 больных раком кожи T1–2N0M0 I–II стадии, с распространенностью опухоли на коже головы и шеи за период наблюдения 2000–2005 гг. В сравнительном аспекте изучалась эффективность методов лечения по показателям 5-летней выживаемости. Проведен анализ результатов лечения двух групп больных, где в 1-й группе – 918 (50,3%) пациентов получали только лучевую терапию, а во 2-й – 906 (49,7%) только хирургическое лечение. Как правило, это больные старшей возрастной группы – 1088 (63,2%) человек старше 70 лет. При опухолях соответствующих I–II стадии, локализованных в тех областях, где возможно радикальное иссечение опухоли, хирургический метод лечения является конкурирующим методом по сравнению с лучевой терапией.

Результаты лечения оценивались нами на основании 5-летней выживаемости как наиболее достоверного и информативного показателя. Получены следующие данные: отдаленные результаты при лечении рака кожи I стадии у больных, получавших лучевую терапию и хирургическое лечение, примерно равны: 80,2 – после лучевой терапии и 85,5 – после хирургического лечения. У больных, имевших рак кожи II стадии показатели 5-летней выживаемости имеют значительную разницу: 59,9 – после лучевой терапии и 79,8 – после хирургического лечения.

Хирургическое лечение является методом выбора при лечении больных раком кожи I–II стадии по показателям 5-летней выживаемости и экономической эффективности.

### 351. Влияние опухолевого эндопротезирования коленного сустава на рост конечности у детей (экспериментально-клиническое исследование)

*В.В. Баев, И.В. Шевченко, Я.А. Головина*

*ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко НАМН Украины», Харьков*

Наиболее частой локализацией для различных опухолей является область коленного сустава (до 70% опухолей костей). У детей эта область имеет наиболее активно функционирующие зоны роста. Рост конечности после эндопротезирования является актуальной проблемой.

Цель исследования – изучить в эксперименте и на клиническом материале влияние повреждения зоны роста при эндопротезировании на развитие конечности у растущего организма. Экспериментальная работа выполнена на 35 3-месячных белых крысах-самцах (живая масса тела – 190–210 г). Анализируемую клиническую группу составили 18 пациентов, прооперированных с 2004 по 2010 г. Из них со злокачественными опухолями – 16. Возраст пациентов был от 11 до 18 лет. Распределение больных по полу было равным. Согласно предварительному плану лечения 6 пациентов были прооперированы ≥2 раз. Выполнено 17 операций модульного эндопротезирования. Впервые в Украине выполнена операция имплантации «растущего» эндопротеза проксимального отдела большеберцовой кости «MUTARS» («Implantcast», Германия).

Экспериментальные исследования дали реально прогнозируемый результат. К исходу 5-го месяца после операции у всех животных отмечено ограничение движений в оперированном суставе и укорочение конечности. Дополнительными исследованиями выявлено, что у животных, прооперированных на одном сегменте, смежный сегмент был длиннее аналогичного на неоперированной конечности. Анализ клинического материала показал, что укорочение конечности в меньшей степени было выражено у пациентов, которым выполнено однополюсное эндопротезирование.

Экспериментально обоснована целесообразность эндопротезирования детей с опухолями костей коленного сустава. Установлена перспективность однополюсного эндопротезирования как промежуточного этапа в хирургическом лечении.

### 352. Хірургічне лікування вторинних пухлин кісток

*С.І. Бойчук, І.Б. Волков, П.А. Ковальчук*

*Національний інститут раку, Київ*

Актуальність проблеми зумовлена високою частотою розвитку метастазів (40–60%) в кістках скелету у онкологічних хворих. Пацієнти з вторинним ураженням кісток скелету страждають від стійкого больового синдрому, патологічних переломів, рухових порушень, що значно погіршує якість життя та скорочує його тривалість.

Мета дослідження – покращити результати лікування хворих із метастатичним ураженням кісток. 30 пацієнтів із метастатичним ураженням кісток різних нозологічних форм: рак нирки – 16 (53,3%), рак молочної залози – 10 (33,3%), рак легень – 3 (10,0%), рак щитоподібної залози – 1 (3,3%). Середній вік – 54,1 року, чоловіків – 16, жінок – 14. Визначено прогностичні фактори, які впливають на якість і тривалість життя онкологічних хворих із загрозою патологічного перелому або таким, що відбувся. Застосовано алгоритм відбору пацієнтів на хірургічне лікування, який враховує фактори прогнозу та доцільність активної хірургічної тактики за бальною системою: 0–7 балів – показано хірургічне лікування, 8–9 балів – можливе паліативне хірургічне лікування, 10–12 балів – хірургічне лікування не показано. Проведено проспективний аналіз результатів лікування пацієнтів із метастатичним ураженням кісток з урахуванням онкологічних та ортопедичних аспектів.

Згідно з розробленим алгоритмом проліковано умовно радикально 20 (66,6%) хворих, паліативно – 7 (23,3%). У 3 (10,0%) пацієнтів хірургічне лікування було протипоказано. Покращання загального стану після хірургічного лікування відзначено у 27 (90,0%) хворих, а ортопедичного статусу – у 24 (80,0%) пацієнтів. Середній бал функціональної оцінки за шкалою MSTS за 6 міс спостереження після умовно радикальних втручань становив 79,5%, після паліативних – 73,0%.

Хірургічні втручання у хворих із метастатичним ураженням кісток покращують результати лікування та якість життя у 90,0% випадків за умовою визначення показань і протипоказань до оперативного лікування.

### 353. Сучасні підходи до елективних лімфодисекцій при хірургічному лікуванні меланоми

*С.Г. Бондаренко, О.О. Галай, Р.Р. Сліпечкий,*

*О.В. Друзюк, В.Ю. Лудчак*

*Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр*

Захворюваність на меланому в різних країнах становить 0,2–44,0 випадки на 100 000 населення, в Україні – 5,9 (2009). З 1970 по 2010 р. первинна захворюваність підвищилась у 5 разів (на 7% щорічно). 10–20% шкірних форм меланоми локалізуються на голові та шії (з них 47% – на обличчі, 29% – на шії, 15% – на скальпі, 10% – на вусі).

Опрацьовано вибірку з 915 пацієнтів, які стоять на обліку у Львівському онкоцентрі, та ретроспективно проведено статистичний аналіз.

Основним методом лікування меланом є хірургічний, який передбачає широке видалення первинної пухлини та проведення лімфодисекцій різного характеру при верифікованих метастазах. Об'єм проведеної лімфодисекції залежить від розмірів та локалізації метастазів, а також конкретної клінічної ситуації. Більше 20 років

у світі користуються поняттям елективних лімфодисекцій (ЕЛ), або профілактичних, з метою елімінації не маніфестованих лімфатичних колекторів. Проведення таких операцій при певній товщині пухлини суттєво впливає на виживаність хворих. Обґрунтування необхідності проведення ЕЛ базується на особливостях метастазування меланоми. Аналіз виживаності хворих у нашому регіоні показує суттєву різницю порівняно із світовими даними: 5-річна виживаність в Україні становила 49,7% порівняно з 90,0% у США за аналогічний період. Причиною такої різниці, на нашу думку, є, в першу чергу, часткове неправильне стадіювання, недотримання стандартизованого підходу в лікуванні, відсутність ЕЛ та недотримання основних принципів лімфодисекції, лікування хворих у неспеціалізованих закладах.

Зважаючи на гірший прогноз перебігу захворювання при меланомі голови та шиї (особливо при меланомах скальпа), для її лікування є доцільним проведення ЕЛ (радикальної лімфодисекції, лімфодисекції з паротидомією, окципітальної лімфодисекції). Слід відзначити, що показанням до виконання ЕЛ на шиї є товщина пухлини за Бреслау 1,0–4,0 мм.

### 354. Опыт лечения генерализованных форм меланобластом

*А.В. Борота, С.Д. Васильев, В.Г. Суганьяк, С.И. Готковин, И.В. Никулин, А.А. Чистяков*

*Донецкий областной противоопухолевый центр*

Отмечается неуклонный рост заболеваемости меланобластомами, однако к моменту начала лечения около 75% больных имеют распространенный процесс и почти половина больных лечится неправильно.

За период с 1996 по 2005 г. в Донецком областном противоопухолевом центре зарегистрировано 56 больных с распространенной формой меланобластомы кожи. Все они ранее получили радикальное комбинированное и комплексное лечение по поводу первичной опухоли и имели так называемую вторичную меланому. Сроки наступления продолжения болезни были различными, в среднем 1,9 мес.

Для проведения иммунотерапии мы использовали прямое эндолімфатическое введение препарата Реальдирон в дозе 18 млн МЕ ежедневно. После достижения объективного эффекта назначали поддерживающую терапию по 18 млн МЕ 3 раза в нед подкожно на ночь. Параллельно с 1-го дня вместе с иммуностимулятором вводили дакарбазин в дозе 200 мг/м<sup>2</sup> поверхности тела в течение 5 дней суммарной дозой 2 г.

После проведения 3 курсов у 18 больных отмечалась частичная регрессия метастазов, у 6 — полная регрессия, у 22 — стабилизация процесса, у 10 — прогрессирование опухолевого роста. Средняя продолжительность жизни больных генерализованной меланомой кожи составила 1,3 года. Большинство больных умерли в течение 2 лет. Тем не менее, приведенный метод лечения этой сложной категории пациентов позволил улучшить непосредственные результаты лечения и приблизительно в 12% случаев — отдаленные.

### 355. Результаты лечения больных со злокачественными опухолями длинных костей верхней конечности

*О.Е. Вырва, В.В. Бурлака, Д.А. Михановский*

*ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко НАМН Украины», Харьков*

Опухоли длинных костей верхней конечности составляют 26% всех онкологических поражений костного скелета.

Цель исследования — оценить результаты комплексного лечения пациентов со злокачественными опухолями длинных костей верхней конечности. Проведен анализ лечения 29 пациентов (мужчин — 18, женщин — 11) со злокачественными опухолями костей верхних конечностей, которые находились на лечении в период 2004–2011 гг. Основным этапом комплексного лечения были органосохраняющие оперативные вмешательства с модульным эндопротезированием пострезекционных костно-суставных дефектов. Средний возраст пациентов составил 41,4 года (15–76 лет). По нозологическому критерию распределение пациентов было следующим: остеогенная саркома — 5 случаев, хондросаркома — 5,

гигантоклеточная опухоль — 9, вторичные опухолевые поражения костей — 3, фибросаркома — 1, гемпоэтические опухоли — 3, другие — 3 пациентов. Опухоли проксимального отдела плечевой кости были у 11 пациентов, диафиза плечевой кости — 4, дистальной ее части — 3, проксимального отдела локтевой кости — 2, проксимального отдела лучевой кости — 1, дистального отдела лучевой кости — 8. **Оценка функциональных результатов** проводилась по универсальным шкалам MSTS (Musculoskeletal Society Tumour Score) и TESS (Toronto Extremity Salvage Score).

Средний период наблюдения пациентов составил 28,8 мес (6–83 мес). Показатель 5-летнего безрецидивного течения составил 87,0%, 5-летняя общая выживаемость — 71,5%, **Средний общий показатель** шкалы MSTS составил 81%, шкалы TESS — 83%.

В результате проведенного исследования доказана эффективность комплексного подхода в лечении больных со злокачественными опухолями длинных костей верхней конечности в виде высоких показателей общей выживаемости пациентов, низкой частоты возникновения рецидивов и хороших функциональных результатов. Лучшие функциональные результаты получены при лечении опухолей костей, образующих локтевой сустав.

### 356. Эволюция методов лечения пациентов с костными опухолями на примере 50-летнего опыта ИППС им. проф. М.И. Ситенко

*О.Е. Вырва, О.А. Головина, В.В. Бурлака*

*ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко НАМН Украины», Харьков*

За последние десятилетия отмечено существенное изменение к подходам лечения костных опухолей от ампутаций до применения современных протоколов комплексного лечения с выполнением органосохраняющих операций.

По данным архивных материалов проведен анализ лечения 2830 пациентов с опухолями костей за последние 50 лет. Из них со злокачественными опухолями — 1776 больных, с доброкачественными опухолями — 1054 пациента.

С 1960 г. для замещения пострезекционного дефекта применялась аллопластика (>1000 пациентов). Применение аллотрансплантатов позволило расширить возможности хирургических вмешательств у пациентов со значительными пострезекционными дефектами костей и суставов, строго придерживаясь принципов абластики и радикальности операций. С 1980-х годов при замещительной пластике дефектов костей таза и позвоночника стали применяться имплантаты из корундовой керамики. С развитием химиотерапии подход к лечению больных со злокачественными опухолями костей стал комплексным. С 2001 г., после открытия отдела костной онкологии, в хирургическом лечении больных стали применяться эндопротезы (150 пациентов): индивидуальные модульные, с керамическим покрытием, композитное эндопротезирование (эндопротезы в сочетании с аллотрансплантатами). В настоящее время эндопротезирование является методом выбора хирургического лечения больных с опухолями костей. При злокачественных опухолях применяются протоколы SSG XIV, EUROBOSS I, EURO-E.W.I.N.G. 99.

За период с 60-х по 80-е годы XX ст. основным методом лечения опухолей костей являлся хирургический: аллопластика при доброкачественных опухолях, в случае злокачественных опухолей выполнялась ампутация конечностей. С началом эры полихимиотерапии применение комплексного лечения позволило существенно улучшить результаты лечения, общую выживаемость пациентов, восстановить функции пораженных конечностей за короткий срок, психосоциальную реабилитацию.

### 357. Результаты лечения пациентов со злокачественными опухолями длинных костей нижних конечностей

*О.Е. Вырва, Р.В. Малык, И.В. Шевченко*

*ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко НАМН Украины», Харьков*

Цель исследования — анализ результатов лечения пациентов с опухолевыми поражениями костей нижней конечности, которым

проводились органосохраняющие оперативные вмешательства с модульным эндопротезированием пострезекционных дефектов костей в системе комплексного лечения.

Участники исследования — 94 пациента (мужчин — 48, женщин — 46) со злокачественными опухолями костей нижних конечностей за период наблюдения 2001–2011 гг. Средний возраст пациентов составил 41,3 года (11–76 лет). Нозологическое распределение: остеогенная саркома — 24 пациента, хондросаркома — 11, гигантоклеточная опухоль — 24, вторичные опухолевые поражения костей — 9, фибросаркома — 7, гемопозитические опухоли — 7, другие — 12 пациентов. Пациентов с опухолевым поражением проксимального отдела бедренной кости было 25, диафиза — 6, дистальной ее части — 37, проксимального отдела костей голени — 22, дистального — 4. Оценка функциональных результатов после выполнения модульного эндопротезирования дефектов костей нижних конечностей пациентам проводилась согласно шкал MSTS (Musculoskeletal Society Tumour Score) и TESS (Toronto Extremity Salvage Score).

Средний период наблюдения пациентов составил 40,6 мес (6–125 мес). Показатель 5-летнего безрецидивного течения составил 71,4%. 5-летняя общая выживаемость пациентов составила 77,9%. Общий показатель шкалы MSTS в среднем составил 78%. Средний общий показатель шкалы TESS — 76%.

Модульное эндопротезирование является методом выбора замещения пострезекционных дефектов при хирургическом лечении злокачественных опухолей длинных костей нижней конечности. Выполнения модульного эндопротезирования достичь высоких общеонологических показателей, повысить выживаемость пациентов, в ранние сроки восстановить функцию опоры и ходьбы, получить хорошие ортопедические функциональные результаты и продолжать специфическое комплексное лечение.

### 358. Первичные злокачественные мультифокальные поражения костей скелета

О.Е. Вырва, Д.А. Михановский, Р.В. Мальк  
 ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов  
 им. М.И. Ситенко НАМН Украины», Харьков

Возникновение синхронных и метакронных злокачественных опухолей составляет 13–15%, особенно у пациентов молодого возраста, что существенно влияет на диагностику и тактику лечения.

Цель — улучшение результатов диагностики и лечения больных с первичными синхронными и метакронными поражениями костей скелета. Проанализированы результаты диагностики и лечения 4 больных за последние 5 лет. С остеогенной саркомой — 2 пациента, с хондросаркомой — 2 пациента. Возраст больных — 15; 21; 56 и 70 лет. Диагностика включала: рентгенографию пораженного сегмента и органов грудной клетки, компьютерную томографию, остеосцинтиграфию, УЗИ, гистологическую верификацию диагноза. У пациентов с хондросаркомами бедренной и подвздошной кости через 1,5 года выявлены метакронные очаги в костях стопы и II ребре соответственно. У пациентов с остеогенными саркомами плечевой кости и Th<sub>IV</sub> позвонка через 7 и 1 мес выявлены очаги в большеберцовой и плечевой кости. Всем пациентам произведено удаление первичного патологического очага. В 2 случаях пострезекционные дефекты были замещены индивидуальными эндопротезами «СИМЭКС», Харьков. Полихимиотерапия проводилась по показаниям, согласно протоколу SSG XIV.

Результаты лечения прослежены от 3 мес до 3 лет. Двое пациентов по причине отдаленных метастазов умерли через 1 и 3,5 года, динамическое наблюдение за 1 пациентом оказалось невозможным вследствие социальных проблем, 1 пациентка с хондросаркомой бедренной кости спустя 2,5 года после оперативного лечения имеет безрецидивное течение заболевания с восстановлением функции нижней конечности.

Постоянный мониторинг пациентов с костными опухолями и использование современных методов диагностики позволяют своевременно выявлять синхронные и метакронные очаги новообразований, проводить адекватное их лечение с положительными онкологическими и ортопедическими результатами.

### 359. Химиотерапия диссеминированной меланомы на основе полиплатиллена

О.Н. Воробьев<sup>1</sup>, С.Н. Пащенко<sup>2</sup>, Е.В. Шмыкова<sup>1</sup>,  
 Н.П. Тимошев<sup>1</sup>, А.А. Семидюцкий<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Запорожский областной клинический онкологический диспансер

<sup>2</sup>Запорожская медицинская академия последипломного образования

Для повышения эффективности лечения диссеминированной меланомы кожи сегодня применяется новый украинский химиопрепарат полиплатиллен — комплекс платины на ДНК-носителе, который необратимо поражает молекулы ДНК, РНК, АТФазы и тубулина в опухолевой клетке.

Цель — улучшить результаты лечения больных диссеминированной меланомой кожи путем применения схемы полихимиотерапии на основе полиплатиллена. 17 пациентов с диссеминированной меланомой (11 женщин и 6 мужчин, средний возраст — 41 год), получили лечение в следующем режиме: полиплатиллен 200 мг/м<sup>2</sup> поверхности тела внутривенно капельно 1; 3; 5-й день; дакарбазин 800 мг/м<sup>2</sup> внутривенно капельно 1 день; винбластин 1,6 мг/м<sup>2</sup> 1–5-й день каждые 4–5 нед до 6–8 курсов. Лечение начинали в связи с прогрессированием заболевания. 14 (82,4%) пациентов ранее уже получали лекарственную терапию другими химиопрепаратами.

У 3 (17,6%) больных отмечена полная регрессия, у 7 (41,2%) — частичная регрессия метастазирования в мягкие ткани, лимфоузлы, легкие и печень. В 5 (29,4%) случаях — стабилизация процесса длительностью от 7 до 14 мес. Медиана выживаемости составила 19 мес. Прогрессирование наступило у 2 (11,8%) больных на фоне лечения. Установлена связь эффективности полиплатиллена с экспрессией рецепторов к лектинам в первичной опухоли. Отмечено значительное уменьшение выраженности побочных явлений: тошноты, рвоты, лейко-, нейтро-, тромбоцитопении во время лечения полиплатилленом по сравнению с лечением другими химиопрепаратами.

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения полиплатиллена у больных с диссеминированной меланомой, что дает лучший лечебный эффект при низкой общей токсичности и улучшает результаты лечения. Препарат полиплатиллен эффективен при резистентности опухоли к общепринятым схемам химиотерапевтического лечения.

### 360. Определение тактики хирургического лечения больных с метастазами длинных костей скелета

Я.А. Головина, Р.В. Мальк, В.В. Баев  
 ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов  
 им. М.И. Ситенко НАМН Украины», Харьков

Основной целью хирургических вмешательств при костных метастазах является быстрое восстановление функции пораженной конечности, по возможности, удаление опухолевого очага, возобновление самообслуживания пациента и повышение качества его жизни.

Для определения показаний к хирургическому вмешательству при костных метастазах используются шкала Mirels и критерии Harington, шкала Карновски (для оценки соматического статуса). Проведен анализ 80 историй болезней пациентов с костными метастазами за период с 1998 по 2011 г. Выполнен многофакторный анализ висцеральной и костной диссеминации опухолевого процесса, произведена оценка гистологического типа метастазов, их видов, срока безрецидивного периода, эффективности проводимого ранее специфического лечения.

Выделены прогностические признаки, влияющие на ожидаемую продолжительность жизни пациентов. Определение прогноза выживаемости пациентов позволяет поставить показания к хирургическому лечению и выбрать вид оперативного вмешательства. Хирургические вмешательства при метастатическом поражении длинных костей можно разделить на 2 типа: паллиативные (без удаления опухоли) и радикальные (с удалением опухоли и замещением пострезекционных дефектов костей). Паллиативные вмешательства выполнялись с целью предупреждения или стабилизации патологического перелома. Радикальные операции с удалением опухоли производились преимущественно при солитарных или единичных метастазах. Оценивался ортопедиче-

ський и онкологический результаты лечения пациентов. Хороший функциональный результат наблюдался в 75% случаев, выживаемость 2 года — 60%, регресс болевого синдрома — 80%, локальные рецидивы — 10% случаев.

Определение четких показаний к хирургическому лечению пациентов с метастазами в длинных костях, обоснование выбора определенного оперативного вмешательства позволяет систематизировать хирургический этап лечения данной категории больных, что приводит к улучшению результатов лечения.

### 361. Сучасна класифікація пухлин та пухлиноподібних уражень кісток ВООЗ (2002) в аспекті патологічної анатомії

*В.В. Григоровський*

*ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ*

Основою для уніфікації уявленнє про природу, клініко-морфологічні особливості, дані візуалізаційної діагностики, результати лікування виступають класифікації пухлин та пухлиноподібних уражень кісток (Schajowicz, 1994; Dorfman, Czerniak, 1998). У наш час найбільш точно визначення нозології пухлин ортопедичної онкопатології здійснюється патогістологічним та цитологічним методами, які в останні 20 років значно розширили інформативність за рахунок імуногістохімії, цитогенетики та молекулярної біології (Rosenberg, 1995; Fletcher et al., 2002; Unni et al., 2010).

Мета цього повідомлення — на основі власного досвіду та реєстру з понад 2570 випадків біопсійної діагностики в галузі ортопедичної онкопатології ознайомити з основними розділами, складом та особливостями застосування нині діючої Гістологічної ВООЗ-класифікації пухлин та пухлиноподібних уражень кісток (2002).

У сучасній Гістологічній класифікації пухлин кісток ВООЗ (2002) збільшена кількість основних розділів: виділено 3-поміж інших фіброгістіоцитарні, нотохордальні, ліпогенні, гладко-м'язові, нейрогенні пухлини, суглобові ураження. Важливим є підтвердження клініко-морфологічної різноманітності остеосарком, яких нараховують принаймні вісім нозологій, а поміж них — центральні та поверхневі, високого та низького ступеня злоякісності.

Серед фіброгенних та фіброгістіоцитарних пухлин кісток виділяють доволі рідкісні доброякісні — десмопластичну фіброму, доброякісну фіброзну гістіоцитому та злоякісні — фібросаркому та злоякісну фіброзну гістіоцитому. Гігантоклітинна пухлина, як і раніше, виведена в окремий розділ, причому виділяють доброякісний та злоякісний (<5%) варіанти. Розділ «Різнманітні пухлини» вміщує адамантиному та метастатичні пухлини кісток, останні не входили до попередніх видань ВООЗ-класифікації. Розділ «Різнманітні ураження» переформовано: деякі одиниці, відомі з попереднього видання, зберегли представництво (аневризмальна та проста кістки кісток, фіброзна та остеοфіброзна дисплазія, Лангерганссклітинний гістіоцитоз); додатково уведено хворобу Ердгейма — Честера та гамартому грудної стінки. Однак деякі нозології — метафізарний фіброзний дефект, осифікуючий міозит, бура пухлина гіперпаратиріоїдизму, гігантоклітинна репаративна гранульома кістки — відсутні, або розглядаються як непухлинні ураження (метафізарний дефект).

### 362. Аспекти патології та клініко-морфологічної диференційної діагностики гігантоклітинної пухлини кісток

*В.В. Григоровський*

*ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ*

Гігантоклітинна пухлина кістки (ГКП) — одна з таких уражень скелета, що найчастіше відзначаються у практиці онкологів та патологів. Водночас ГКП — одна з нозологій, які зумовлюють значні труднощі для диференційної гістологічної діагностики, особливо у хворих підліткового віку (Szendroi et al., 2005).

Мета роботи — на основі власних клініко-візуалізаційних і гістологічних досліджень 127 випадків гігантоклітинної пухлини та 534 інших «гігантоклітинних уражень» кісток з позицій патолога висвітлити низку відомих, а також дискусійних питань патології й патологічної анатомії ГКП.

Найбільш характерна гістологічна картина ГКП представлена великими полями гіперцелюлярної пухлинної тканини однорідного виду: спостерігаються солідні проліферати відносно монотипних стромальних клітин з округло-овальними ядрами середніх розмірів, причому ядра, незважаючи на виражену гіперцелюлярність, у переважній більшості не відрізняються гіперхромністю, наявністю великих ядерців, вираженим поліморфізмом. Цитоплазма одноядерних кліток середнього обсягу, часто — дрібновиристкова. У тканині пухлини зазвичай рівномірно розподілені багатоядерні гігантські клітки, які час від часу можуть мати різні розміри, до того ж відзначається топографічна нерівномірність вмісту цих форм у межах одного осередку. Число ядер у найбільш типових випадках — кілька десятків і навіть понад 100. Між середньою величиною ядер одноядерних форм та ядрами багатоядерних гігантських кліток є подібність. Крім описаних одноядерних пухлинних і багатоядерних форм, у тканині ГКП в більшій або меншій кількості зустрічаються інфільтрати, що складаються з лімфоцитів, моноцитів, макрофагів, ксантомних клітин — остання форма утворює скупчення — від десятка клітин до суцільних полів, прилеглих до проліфератів пухлинних клітин. Істинні злоякісні форми ГКП у нашій практичній роботі траплялися дуже рідко — лише у двох випадках.

Гістоструктура пухлинної тканини ГКП доволі характерна, тому рідко виникає необхідність у залученні методу імуногістохімії для диференційної діагностики. ІГХ-маркерами одноядерних і багатоядерних форм ГКП є антигени клітин моноцитарно-макрофагального ряду: лізозим, альфа-1-хімотрипсин, CD68 (Rosenberg, 1995; Fletcher et al., 2002).

### 363. Клініко-морфологічні особливості та гістологічна диференційна діагностика остеобластом

*В.В. Григоровський, А.В. Григоровська*

*ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ*

За визначенням Гістологічної класифікації пухлин кісток ВООЗ (2002) остеобластома — це «рідкісна доброякісна кісткоутворююча пухлина, побудована із переплетених між собою кісткових перекладок, оточених великою кількістю остеобластів». Unni та співавтори (2005) підкреслюють, що остеобластома має гістологічні властивості подібні до остеοїд-остеоми, але з «потенціалом до прогресивного росту».

Мета повідомлення — ознайомити з особливостями гістологічної будови та диференційної діагностики остеобластом. Остеобластома доволі рідкісна пухлина, за даними Mayo Clinic (USA), а також Fletcher та співавторів (2002) становить приблизно 1% загальної кількості пухлин кісток і трапляється майже у 4 рази рідше, ніж споріднена з нею остеοїд-остеома. За даними реєстру Відділу патоморфології ІГО НАМН України за період з 1999 по 2011 р. діагноз «остеобластома» встановлено у 41 випадку біопсії.

Класичними гістологічними ознаками остеобластоми є продовгуваті анастомозуючі між собою остеοїдні чи незрілі кісткові трабекули, оточені одним шаром остеобластів, міжтрабекулярні простори заповнені пухкою фібро-васкулярною тканиною, подекуди трапляються кісткоподібні ділянки з геморагічним вмістом, що нагадує гістологічну картину геморагічної кістки кістки. Остеобласти полігональної форми, з помірною кількістю цитоплазми, округлим чи овальним ядром та одним ядерцем; остеобласти оточують дрібні остеοїдно-кісткові трабекули одним шаром та позбавлені клітинного атипізму. На поверхні перекладок пухлинної тканини міститься велика кількість остеокластів. У деяких випадках зустрічаються клітини великого розміру, так звані «епітеліοїдні» остеобласти, приблизно у 2 рази більші за розмірами, ніж звичайні остеобласти, з невеликою кількістю прозорої або гранулярної, злегка еозинο-фільної цитоплазми, округлим ексцентрично розташованим ядром та одним або кількома добре помітними ядерцями.

Такі клітини характерні для агресивної остеобластоми, що на думку Dorfman et Czerniak (1998), відноситься до проміжної нозології між остеобластомою та остеосаркомою, і, окрім епітеліο-

ідних остеобластів, характеризується також широкими смугами остеїду та остеокластичною резорбцією перифокальної кісткової тканини. Таким пухлинам властива вища мітогічна активність остеобластів, ніж звичайній остеобластомі.

### 364. Сучасні довгострокові закономірності первинної захворюваності на рак шкіри населення екокривозного району України

*С.В. Грищенко, А.А. Чистяков, Н.В. Цандур, М.В. Охотнікова, О.Г. Гончар, Д.П. Темніченко, О.М. Дячков, Е.П. Паска*  
Донецький обласний протипухлинний центр

Зростаюча поширеність та негативні медико-соціальні наслідки злоякісних пухлин шкіри зумовлюють важливість проблеми їх лікування та профілактики, особливо в регіонах з несприятливими соціально-економічними умовами життєдіяльності, таких, як Донбас, у зв'язку з чим актуальним є дослідження епідеміології раку шкіри та злоякісної меланоми в Донецькій області.

Частота виникнення злоякісних пухлин шкіри була досліджена за період 1980–2009 рр. серед населення 21 міста та 16 сільських районів Донецької області. Всього було опрацьовано більше 20 000 первинних медичних документів. Встановлено, що рак шкіри до 55-річного віку діагностують частіше у жінок, ніж у чоловіків. Однак, починаючи з вікового періоду 55–59 років, захворюваність чоловіків перевищує показники такої у жіночого населення, причому це розходження досягає максимуму у 80–84 роки (1,9 раза).

Загальна прямолінійна тенденція зростання частоти раку шкіри з віком завершується піком для обох статей у 75–79 років (209,4 випадків на 100 тис. мешканців у жінок і 308,7 випадків — у чоловіків), у більш літніх групах показники знижуються. Критичними віковими періодами для цієї локалізації є 40–44, 50–54, 60–64, 70–74 і 75–79 років у жінок, 40–44, 55–59, 60–64, 70–74 і 75–79 років — у чоловіків. При цьому загальними критичними періодами онкоризику можна вважати чотири з них: 40–44, 60–64, 70–74 і 75–79 років. Хронодинаміка злоякісних новоутворень шкіри має характер хвилеподібного зниження майже у всіх віковостатевих групах населення Донецької області, за винятком періоду 60–69 років. У цій групі реєструється підвищення частоти даної онкопатології в 1,6 раза з подальшою її стабілізацією на високому рівні (112–114 випадків на 100 тис. мешканців). Найсуттєвіше зниження частоти раку шкіри відзначається у жінок 30–39 років (у 3 рази) і 40–49 років (у 3,3 раза), а також у чоловіків 40–49 років (у 3,3 раза).

На відміну від раку шкіри, первинна захворюваність населення Донецької області на злоякісну меланому шкіри характеризується прогресивним зростанням у часі. Збільшення ураженості цієї онкопатологією відбувається в основному за рахунок двох найстаріших вікових груп: 60–69 років (чоловіки — у 4,2 раза, жінки — у 3,0 рази) і старше 70 років (чоловіки — у 2 рази, жінки — у 2,3 раза). Встановлені сучасні довгострокові закономірності статистики й динаміки первинної онкопатології шкіри в Донецькій області будуть використані для обґрунтування заходів щодо її профілактики серед мешканців усіх екокривозних районів України.

### 365. Осложнення ендопротезирования у больных опухолями костей

*А.Г. Дедков*  
Национальный институт рака, Киев

Эндопротезирование у больных опухолями костей является основным методом реконструкции костно-суставных дефектов после радикальных резекций. Осложнения после эндопротезирования могут приводить как к нарушению функции конечности, так и к ее потере. По данным литературы количество осложненных растет с периодом наблюдения.

Цель — определить риски развития ранних и поздних осложнений после эндопротезирования у онкологических больных. Изучены результаты эндопротезирования 228 пациентов с опухолями костей конечностей различных локализаций и нозологических форм, лечившихся в институте с 1999 по 2008 г. Под наблюдением остается 143 пациента со средним периодом 64,8 мес. Средний

возраст — 31,1 года. Проведен многофакторный анализ частоты развития и структуры ранних и поздних осложнений после эндопротезирования костно-суставных дефектов.

Осложнения развились у 64 (28,1%) больных, из них ранние — у 23 (10,1%); поздние — у 41 (18,0%). В структуре ранних осложнений преобладали инфекционные (ИО) (56,5%), а в структуре поздних — асептическое расшатывание ножек эндопротеза (АРНЭ) (41,5%), ИО (21,9%), поломки имплантата (22,0%). ИО эндопротезирования наиболее часто развивались после резекции дистального отдела большеберцовой кости — 2 (28,6%) из 7, и проксимального отдела большеберцовой кости — 9 (18,0%) из 50. В 58,0% случаев высеивался *St. epidermidis*. Ампутации вследствие ИО выполнены у 8 из 22 больных, реэндопротезирования — у 7, другие виды реконструктивных вмешательств — у 7. Осложнения в 2,2 раза чаще развивались у пациентов, получавших комплексное лечение по поводу опухоли. АРНЭ отмечено при эндопротезировании тазобедренного сустава в 5 случаях из 40 (12,5%), локтевого — 1 из 8 (12,5%), коленного сустава с частичной заменой бедренной кости — 9 из 95 (9,5%). Методом лечения АРНЭ было ревизионное реэндопротезирование. «Выживаемость» эндопротезов в группе больных, остающихся под наблюдением, составила 74,2%.

Риск развития ИО выше у больных опухолями дистального или проксимального отдела большеберцовой кости, а также у пациентов, получавших химиотерапию. «Выживаемость» эндопротезов зависит от локализации опухоли, применения противоопухолевой терапии, конструкции имплантата и сроков наблюдения.

### 366. Оптимальні методи лікування синдрому Брук — Шпіглера

*О.Р. Дуда, О.О. Галай, Р.Р. Сліпецький, О.А. Петрончак*  
Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр

Синдром Брук — Шпіглера — рідкісне аутосомно-домінантне захворювання шкіри, яке маніфестує у вигляді множинних пухлин шкіри: множинних циліндром (переважно ділянки скальпа) та трихоепітеліом голови, інколи — спіраденом. Захворювання має генетичне походження, пов'язане з супресією пухлинного гена, який кодує CYLD-протеїн та локалізується на хромосомі 16q12q-13. Захворювання здебільшого носить сімейний характер, частіше виникає серед жінок віком 20–50 років, рідко метастазує, але часто рецидивує.

З огляду на рідкісність цієї патології (у літературі станом на 2011 р. описано 277 випадків) наведено власне спостереження та дослідження 2 випадків синдрому Брук — Шпіглера. У 2006 р. пацієнтка Я., 51 років, та у 2008 р. її рідна сестра, пацієнтка Н., 42 років, перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні пухлин голови та шиї Львівського онкоцентру. В обох випадках захворювання проявлялося у численних (до 80) циліндроматозних пухлинах волосної ділянки голови від 0,5 до 5,0 см у діаметрі на ніжках, що нагадувало «тюрбан» та численних (до 40) трихоепітеліомах обличчя діаметром 0,2–1,0 см.

При первинному зверненні проведено доопераційне морфологічне підтвердження субстрату пухлин. У I випадку виконано радикальне хірургічне втручання під загальною анестезією у 2 етапи: I етап — висічення пухлин шляхом скальпування та пластикою дефекту вільним клаптом із передньої черевної стінки; II етап — видалення пухлин лобно-скроневих ділянок із пластикою місцевими тканинами. У II випадку — за 5 етапів під місцевою анестезією з інтервалом 1,5 міс проводилося видалення 14–16 пухлин шкіри, що поєднувалося із кріодеструкцією частини пухлин, а пластика дефекту виконувалася місцевими тканинами. В обох випадках через 2 роки виявлено продовження хвороби — ріст пухлин — ліквідований хірургічно.

Хірургічне лікування на ранніх стадіях захворювання дозволяє провести оперативне втручання під місцевою анестезією та отримати кращі косметичні результати. Застосування кріохірургічного методу із пластикою місцевими тканинами для лікування синдрому Брук — Шпіглера є методом вибору при тотальному ураженні лоби циліндромами, хоча і потребує подальшого вивчення.

### 367. Возможно ли экономное иссечение меланомы кожи головы?

*С.К. Ефетов, Г.Н. Телькиева*

*ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», Симферополь*

Возможности хирургического лечения меланомы кожи головы и, в частности, лица ограничены косметическими осложнениями. Широкие электроэксцизии, во многих случаях, невозможны из-за рядом расположенных органов и густой иннервации данной зоны. Поэтому нами была прослежена судьба пациентов, которым проводилось экономное иссечение меланомы кожи, отступая от края опухоли не более 1 см.

В Крымском республиканском онкологическом диспансере с 1982 по 2004 г. было пролечено 72 пациента с меланомой кожи лица, 20 — волосистой части головы, 21 — на ушной раковине и 3 — на веках. После 116 электроэксцизий на голове наблюдалось всего 3 рецидива — 2,6±2,2%.

Следовательно, экономные операции на лице можно считать адекватными. Намного чаще элементы опухоли выявляли при исследовании послеоперационного рубца, удаляемого после нерадикального иссечения опухоли ввиду ошибочного клинического диагноза. Из 27 таких больных в 6 случаях выявлены остатки опухолевой ткани — в 22,2±8,1%. Поэтому в большинстве своем даже такая операция может быть достаточной, но при непозволительно высоком риске рецидивирования.

Таким образом, экономные иссечения опухоли на голове являются адекватными, что подтверждается низкой частотой местных рецидивов.

### 368. Прогностическое значение локализации меланомы кожи головы и шеи

*С.К. Ефетов, Г.Н. Телькиева*

*ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», Симферополь*

Известно, что меланома кожи различных локализаций, несмотря на общую высокую склонность к метастазированию и толерантность к лучевому и лекарственному лечению, имеет ряд различий. Поэтому принято рассматривать меланомы отдельно в зависимости от их расположения на голове, конечностях либо туловище. Однако важное значение также имеет вариант расположения опухоли внутри какой-либо анатомической зоны.

Нами изучена выживаемость пациентов с меланомой кожи головы и шеи в зависимости от локализации первичного очага. В исследовании учтены результаты лечения 137 пациентов с меланомой кожи головы и шеи, находящихся на учете в Крымском республиканском клиническом диспансере.

Так, самая высокая 5-летняя выживаемость выявлена при локализации меланомы на лице — 63,5±5,6%, следующей зоной стала шея — 57,1±10,8%, затем ушная раковина — 38,9±11,8%, и худшая выживаемость выявлена при меланоме кожи волосистой части головы — 35,0±10,9%. Вероятнее всего, расположение меланомы на лице вызывало у больных больше беспокойств, чем в других местах, что служило причиной более раннего обращения к врачу. Маскировка опухоли под волосами, невозможность самоосмотра и частое травмирование ногтями и гребешком служат причиной позднего обращения за врачебной помощью. Подтверждением этому служит невысокая частота I—II уровня инвазии среди пациентов с меланомой волосистой части головы (10,0±6,7%) и значительная частота поражения лимфоузлов (45,0±11,6%) по сравнению с меланомой лица (25,3±5,0% и 16,0±4,2% соответственно) (p<0,05).

Таким образом, выживаемость больных зависит от локализации меланомы. 5-летняя выживаемость отличается: 63,5 и 35,0% при меланоме кожи лица и волосистой части головы соответственно.

### 369. Стандарты диагностики и лечения остеосаркомы

*П.А. Ковальчук, А.Г. Дедков*

*Национальный институт рака, Киев*

Остеосаркома (ОС) — одна из наиболее агрессивных злокачественных опухолей человека, характеризуется быстрым течением и ранним метастазированием, занимая 1-е место среди всех других сарком костей. Безрецидивная выживаемость больных ОС при неметастатических формах может достигать 70%, благодаря использованию в комплексном лечении химиотерапии (ХТ).

Цель — продемонстрировать современные подходы к диагностике и лечению ОС. Приведены результаты лечения 87 больных с гистологически подтвержденным диагнозом ОС, которые находились на лечении в институте с 1990 по 2005 г. Все больные имели стадию заболевания ПБ. 1-ю группу составили 45 пациентов лечившихся по схеме, которая включала ХТ в неoadьювантном и адьювантном режимах с применением метотрексата (12 г/м<sup>2</sup> поверхности тела), цисплатина (120 мг/м<sup>2</sup>), доксорубина (60 мг/м<sup>2</sup>); хирургическое органосохранное вмешательство. 2-ю группу составили 42 пациента с ОС и получавших комбинированное лечение с применением метотрексата в дозе 125 мг/м<sup>2</sup>, цисплатина и препаратов антрациклиновой группы в вышеуказанных дозировках, и хирургическое лечение, либо лучевую терапию в суммарной очаговой дозе 60–65 Гр (вместо хирургического лечения).

Выживаемость больных составила: в 1-й группе 5-летняя безрецидивная — 59,3±7,63%, 5-летняя общая — 64,4±8,22%; во 2-й — 35,7±7,88% и 40,5±8,14% соответственно (p<0,05). Локальный рецидив выявлен у 5,2% больных 1-й группы, и у 9,8% — 2-й группы.

Стандартом лечения больных ОС в стадии ПБ является использование комплексного лечения с применением трех-четырёхкомпонентных схем ХТ и органосохраняющего хирургического вмешательства.

### 370. Эффективность химиотерапии дакарбазином генерализованной меланомы кожи

*С.И. Коровин, М.Н. Кукушкина, А.А. Литвищенко, А.Ю. Паливец*  
*Национальный институт рака, Киев*

Монохимиотерапия дакарбазином на протяжении 30 лет остается стандартом лечения больных генерализованной формой меланомы кожи. Данные о результативности применения препарата достаточно противоречивы. Первые моноцентровые исследования декларировали 20–25% объективных ответов, в недавних исследованиях III фазы установлено, что эффективность дакарбазина не превышает 8–11%.

Цель — изучить опыт применения дакарбазина у больных генерализованной формой меланомы кожи в нашей клинике, определить его эффективность (частота ответов, медиана жизни). 60 больных генерализованной формой меланомы кожи, находившиеся на лечении в Национальном институте рака в период с 2008 по 2010 г. (мужчин — 19, женщин — 41; средний возраст — 51,9 года). Пациенты разделены на 3 группы: М1а (отдаленные метастазы в коже, подкожной клетчатке или нерегионарных лимфоузлах) — 14 больных, М1b (метастазы в легких) — 21 больной, М1с (метастазы в других висцеральных органах либо любая локализация метастазов при повышенном уровне ЛДГ) — 25 больных. Всем больным до начала лечения выполнялась КТГ головного мозга, органов грудной клетки, брюшной полости и таза, определялся уровень ЛДГ. Пациенты получили 2 курса химиотерапии дакарбазином по 250 мг/м<sup>2</sup> поверхности тела в 1–5-й день курса; интервал между курсами 21 день. Через 3 нед после окончания второго курса выполнялась контрольная КТГ. Эффективность лечения оценивалась с помощью критериев RECIST 1.0. Для статистической обработки материалов использовались программы Excel 2007 и Statistica 6.0.

Частичная регрессия опухоли выявлена у 7 (11,7%) больных, стабилизация — у 19 (31,7%), прогрессия заболевания — у 34 (56,6%); ни у одного больного не отмечена полная регрессия опухоли. При этом наибольшее число объективных ответов

отмечено в группе M1a (4), в группе M1c — только стабилизация и прогрессия заболевания. Медиана жизни пациентов составила 9 мес: в группе M1a — 11 мес, в группах M1b и M1c — 7 мес.

Результаты лечения больных генерализованной формой меланомы кожи остаются крайне неудовлетворительными, что требует дальнейшего поиска как новых лекарственных препаратов, так и подходов к лечению.

Средний возраст — 51,9 года

< 30 лет — 1

31–50 лет — 24

> 51 года — 35

Количество мужчин — 19 (средний возраст — 51,5 года)

Количество женщин — 41 (средний возраст — 52,1 года)

Локализация первичной опухоли:

• голова — 5

• верхние конечности — 11

• нижние конечности — 23

• туловище — 21

Оценка по RECIST 1.0.:

• полная регрессия (ПР) — 0

• частичная регрессия (ЧР) — 7 (11,7%)

• стабилизация (Ст) — 19 (31,7%)

• прогрессия (Пр) — 34 (56,6%)

Медиана выживаемости — 9 мес

Распределение по группам

M1a — 14 (41,7%) больных, ЧР — 4, Ст — 6, Пр — 4, медиана выживаемости — 11

M1b — 21 (35%) больной, ЧР — 3, Ст — 6, Пр — 12, медиана выживаемости — 7

M1c — 25 (23,3%) больных, ЧР — 0, Ст — 7, Пр — 18, медиана выживаемости — 7

### 371. Значение удаления «сторожевого» лимфатического узла при меланоме кожи (предварительные результаты)

М.Н. Кукушкина, С.И. Коровин, А.Ю. Паливец

Национальный институт рака, Киев

На сегодняшний день биопсия «сторожевых» лимфатических узлов при меланоме кожи является стандартной диагностической процедурой, позволяющей определять наличие микрометастазов в регионарных лимфатических узлах. Вопрос о терапевтической ценности удаления «сторожевых» лимфатических узлов остается открытым. В большинстве стран действующим стандартом является выполнение регионарной лимфодиссекции при выявлении микрометастазов меланомы в «сторожевых» лимфатических узлах. Однако метастазы опухоли в «сторожевых» лимфатических узлах выявляются только в 10% случаев.

Цель — доказать лечебную эффективность удаления «сторожевых» лимфатических узлов у больных меланомой кожи. 138 больных с клиническими признаками первично-локализованной меланомы кожи, находившиеся на лечении в Национальном институте рака в период с 2009 по 2011 г. Пациенты распределены на 2 группы: в 1-й группе (n=66) выполнялось широкое иссечение первичной опухоли, во 2-й группе (n=72) — широкое иссечение первичной опухоли с удалением «сторожевых» лимфатических узлов. После операции все больные независимо от наличия или отсутствия микрометастазов получали терапию  $\alpha$ -2b интерфероном по 3 млн ЕД 3 раза в неделю подкожно 12 мес. Для статистической обработки материалов использовались программы Excel 2007.

За истекший период наблюдения среди больных 1-й группы прогрессирование заболевания отмечали у 12 (18,2%) больных, 4 (6,1%) пациента умерли. Среди больных 2-й группы микрометастазы меланомы в «сторожевых» лимфатических узлах выявлены у 15 (20,8%) пациентов; прогрессирование заболевания — у 5 (6,9%) больных, 1 (1,4%) пациент умер.

Удаление «сторожевых» лимфатических узлов у больных с клиническими признаками первично-локализованной меланомы кожи может иметь не только диагностическое, но и лечебное зна-

чение. Однако этот вопрос требует дальнейшего изучения с определением безрецидивной и общей выживаемости в обеих группах.

### 372. Новая хирургическая технология и новый способ органосохранной операции при опухолях дистального отдела бедра

С.Н. Куценко<sup>1</sup>, В.С. Дутко<sup>1</sup>, Р.Р. Никифоров<sup>1</sup>, Павелко А.В.<sup>1</sup>, Ю.С. Куценко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь

<sup>2</sup>ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины»

С целью повышения эффективности лечения больных и их качества жизни нами разработана новая хирургическая технология и новый способ замещения обширных костных дефектов бедра после сегментарных резекций при злокачественных опухолях.

Клинический материал представлен 19 больными с первичными опухолями высокого злокачественного потенциала I–III ст. распространенности (по А.Н. Махсону). При опухолях I и II ст. применялась резекция дистального суставного конца бедренной кости, при III ст. — сегментарная резекция конечности по Богоразу — Махсону. Протяженность пострезекционных дефектов была в пределах от 15 до 24 см. Образовавшийся обширный дефект устраняли путем сближения опилов бедренной и большеберцовой костей, то есть пострезекционный дефект переводили в укорочение — дефект, далее осуществляли интрамедулярную имплантацию специального distractionного аппарата (патент UA № 59588), выполняли подвертельную остеотомию и с целью восстановления длины конечности, на 10–12-й день начинали дозированную distraction в области остеотомии. С целью минимизации послеоперационной лимфопатической недостаточности при опухолях III ст. распространенности, нами предложена модификация (патент UA № 40324) сегментарной резекции конечности, отличающейся от прототипа тем, что сохраняли кожу и подкожножировую клетчатку в зоне резекции.

Критериями оценки лечения больных служили послеоперационная летальность, функциональный исход и продолжительность жизни. Хороший результат получен у 9 пациентов, в остальных случаях, в ближайший послеоперационный период был достигнут положительный функциональный результат, однако продолжительность жизни составила менее 1,5 года.

Таким образом, при выполнении органосохранных операций могут применяться интрамедулярные distractionные аппараты, конструкционная надежность которых и стабильность фиксации, позволяет активизировать больных, осуществлять раннюю нагрузку, восстанавливать длину конечности, а также улучшить качество жизни в процессе лечения.

### 373. Органосохранные паллиативные операции на основе блокируемого остеосинтеза при метастатических поражениях длинных костей

С.Н. Куценко<sup>1</sup>, В.С. Дутко<sup>1</sup>, А.В. Павелко<sup>1</sup>, Ю.С. Куценко<sup>2</sup>

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь

<sup>2</sup>ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины»

Метастазы в костях сопровождаются выраженным болевым синдромом, приводят к патологическим переломам, значительно осложняют течение заболевания и уход за пациентами.

С целью восстановления способности больных к передвижению и самообслуживанию при метастатических поражениях бедренной кости нами в 32 случаях был применен внутрикостный блокируемый остеосинтез фиксаторами системы Блискунова. При локализации опухоли в метадиафизарном отделе выполнялась сегментарная резекция бедренной кости в допустимых пределах, костные фрагменты сближались и осуществлялся внутрикостный блокируемый остеосинтез титановым фиксатором. Такой вид остеосинтеза позволяет сохранить опороспособность конечности в течение длительного времени, исключает применение дополнительных средств лечебной иммобилизации, что существенно образом отражается на качестве жизни пациентов. Однако недостатком такого вида остеосинтеза является анатомическое

укорочення кінцівки на величину резекції, необхідність призначення ортопедическої обуви, що негативно отражається на психологічному стані хворих.

С целью исключения указанных недостатков нами разработаны новые модели блокируемых фиксаторов, имеющих диафизарную резбовую часть и опорные гайки различного диаметра, с возможностью их перемещения на величину зоны резекции кости. Первый клинический опыт применения таких фиксаторов у 5 больных показал, что они выполняют функцию эндопротеза диафиза бедренной кости, поскольку в ранний послеоперационный период обеспечивают опороспособность и длину конечности, даже в случае прогрессирования метастатического процесса.

Испытания фиксаторов на техническую прочность показало их биомеханическую целесообразность в системе лечения метастатических поражения длинных костей, что дает основание разрабатывать новые модели для других сегментов конечностей.

### 374. Внутривартериальная селективная химиотерапия и радиоволновая хирургия в органосохраняющем лечении больных увеальной меланомой

*А.П. Малецкий, Е.В. Хомякова*

*ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины», Одесса*

Традиционная хирургия и адьювантная системная химиотерапия увеальных меланом (УМ) вызывает ряд осложнений. Применением радиоволнового ножа и селективной внутривартериальной химиотерапии (СВАХ) позволит уменьшить количество осложнений и повысить терапевтический эффект.

Цель — изучить эффективность (СВАХ) и радиоволновой хирургии в лечении больных УМ. Анализ проведен у 52 больных (возраст — 52,8±17,9 года). Резекция опухоли иридоцилиарной зоны и хориоидеи проведена у 36 больных (период наблюдения — 29,1±1,5 мес). В 22 случаях меланома располагалась в иридоцилиарной зоне, протяженность (5,3±2,0) мм, проминенция (2,3±1,6) мм, а в 14 — меланома располагалась в иридоцилиарной зоне и хориоидее (протяженность — 9,6±1,1 мм, проминенция — 6,1±1,5 мм). Резекция опухоли проводилась радиоволновым ножом.

СВАХ с консервативным лечением проведена 16 больным УМ. Суммарная доза дисплатина составляла 85,0±21,3 мг. У 22 больных во время резекции опухоли иридоцилиарной зоны не отмечено осложнений и у 16 из 18 удалось сохранить остроту зрения от 0,1 до 1,0, а у 2 причиной снижения зрения в послеоперационный период явился остаточный отек роговицы и незначительный гемофтальм. При резекции опухоли иридоцилиарной зоны и хориоидеи у 2 из 14 больных во время операции был гемофтальм, в послеоперационный период у 4 больных отмечено субретинальное кровоизлияние и отслойка сетчатки. У 5 из 9 пациентов сохранена острота зрения от 0,1 до 0,3. У 16 больных УМ, которым проводилась СВАХ в сочетании с фотокоагуляцией, брахитерапией и интерферонотерапией, проминенция опухоли через 4 и 6 мес уменьшилась на 32,8 и 41,8% соответственно, в контрольной группе — на 13,3 и 30,0%. У 6 больных сохранена острота зрения от 0,1 до 0,3.

Высокочастотная радиоволновая хирургия снижает риск осложнений и сохраняет зрительные функции. Включение СВАХ в комбинированное лечение УМ ускоряет резорбцию опухоли.

### 375. До питання лікування рецидивів раку шкіри голови

*М.М. Мриглоцький, В.А. Дукач, А.І. Кравець*  
*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

*Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр*

Лікування рецидивів раку шкіри голови, особливо в ділянці обличчя становить певні труднощі, які зумовлені розвитком

косметичних і функціональних дефектів. Загальноприйнятим є принцип заміни методу при лікуванні рецидиву раку шкіри голови. Вищенаведені фактори спонукають вести пошук найбільш раціональних, альтернативних методів лікування. Одним з можливих методів є застосування холодового впливу — криохірургії.

Мета дослідження — вивчити ефективність модифікованого криохірургічного методу в лікуванні рецидивів раку шкіри голови. Нами обстежено 204 хворих з рецидивами раку шкіри голови, які виникли після променевої терапії, хірургії та криохірургії. У 65 хворих наступним методом лікування була променева терапія, 44 пацієнтів — хірургія, 95 пацієнтів — криохірургія.

Порівняльний аналіз результатів лікування рецидивів раку шкіри голови різними методами показав, що 5-річний безрецидивний період суттєво залежав від методу лікування: після променевої терапії — 78,46±5,09%, хірургічного лікування — 77,27±6,31%, криохірургічного лікування — 88,42±3,28%. Також встановлено, що при криохірургічному лікуванні рецидивів раку шкіри голови, які виникли після променевої терапії, частка рецидивів становила 15±5,65%, що менше у 1,6 рази (25±8,18%) порівняно із променевим і у 1,4 рази (21,05±9,35%) — із хірургічним методом, аналогічно при рецидивах, які виникли після хірургічного лікування, рецидиви після криохірургії становили 10,81±5,11%, що також менше порівняно з променевим у 1,7 (18,92±6,44%) та хірургічним 2,2 (24±8,54%) рази відповідно.

На основі отриманих даних встановлено, що застосування модифікованого криохірургічного методу суттєво покращує результати лікування рецидивів раку шкіри голови.

### 376. Диагностика базально-клеточного рака кожи методом дерматоскопии

*И.А. Олейник<sup>1</sup>, И.В. Куценко<sup>2</sup>, В.И. Сафанков<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», Харьков*

*<sup>2</sup>Городской клинической кожно-венерологический диспансер № 1, Донецк,*

*<sup>3</sup>ООО «Медипроф – Яруд», Мариуполь*

Внедрение дерматоскопии в медицинскую практику позволяет врачу осуществлять раннюю диагностику злокачественных новообразований кожи, что способствует совершенствованию оказания медицинской помощи населению в сфере дерматологии и онкологии.

Цель настоящего исследования — оценка значимости метода дерматоскопии для диагностики БКРК. С 2009 по 2011 г. в Городском клиническом кожно-венерологическом диспансере № 1 г. Донецка и в ООО «Медипроф – Яруд» г. Мариуполя проведено дерматоскопическое обследование 3847 пациентов в возрасте от 14 до 87 лет с различными новообразованиями кожи. Скрининговое дерматоскопическое обследование проводили оптическим дерматоскопом «Delta 20» («Heine», Германия). Окончательное дерматоскопическое обследование, учет и анализ изображений осуществляли с помощью экспертной дерматоскопической системы «FotoFinder dermoscope II» (Germany), используя программное обеспечение Body Mapping.

На основании клинико-анамнестических данных и дерматоскопической картины среди 3847 пациентов выявлено 54 больных с различными формами базально-клеточного рака кожи (БКРК). Отличительными дерматоскопическими особенностями этих опухолей были полиморфизм структур, древовидно разветвляющиеся сосуды разного калибра, листовидные структуры (в виде кленового листа), серо-голубые и/или черные голубые, оvoidные «гнезда», структуры «спицевого колеса», янтарного цвета корочки и изъязвления. Диагноз БКРК, установленный дерматоскопически, подтвердился при патогистологическом исследовании в 96,1% случаев.

Дерматоскопическое исследование позволяет с высокой степенью достоверности выявлять различные клинические формы БКРК, что определяет дальнейшую тактику лечения больных и прогноз. Это подчеркивает необходимость широко-



го внедрения дерматоскопии как метода ранней диагностики БКРК в практику врача дерматовенеролога.

### 377. Комбинированное лечение больных саркомой мягких тканей конечностей и туловища

*А.Ю. Паливец, С.И. Корovin, М.Н. Кукушкiна  
Национальный институт рака, Киев*

Саркомы мягких тканей (СМТ) конечностей и туловища отмечаются довольно редко: в 1–1,5% случаев злокачественных опухолей у взрослых. По данным Национального канцер-регистра в 2008 г. заболеваемость злокачественными новообразованиями мягких тканей в Украине составила 3,5 случая на 100 000 населения. У 61,1% впервые заболевших заболевание диагностировано в III–IV стадии.

Цель исследования — определить эффективность различных методов лечения больных СМТ конечностей и туловища. 1-ю группу составили 63 больных, которые получили лучевую терапию до операции с последующим хирургическим вмешательством. Средний возраст — 54,3±3,8 года, мужчин было 35 (55,6%), женщин — 28 (44,4%). Низко- и недифференцированные формы опухоли диагностированы в 79,4% случаев. Во 2-ю группу вошли больные, которым была проведена внутриартериальная полихимиотерапия (ВАПХТ), лучевая терапия, а затем хирургическое лечение в указанной последовательности. Во 2-ю группу вошли 80 больных, средний возраст в группе — 53,8±4,2 года. Мужчин было 45 (56,3%), женщин — 35 (43,7%). Низко- и недифференцированные формы опухоли выявлены в 76,3% случаев. 3-ю группу составили 37 пациентов, которые получили неoadьювантную системную полихимиотерапию, лучевую терапию, хирургическое вмешательство. Средний возраст больных — 45,4±4,1 года. Мужчин было 18 (48,6%), женщин — 19 (51,4%). Низко- и недифференцированные формы опухоли выявлены в 78,2%. 4-ю группу составили 46 больных, которые получили только хирургическое лечение. Средний возраст — 51,2±3,2 года, мужчин было 43 (49,4%), женщин — 44 (50,6%). Низко- и недифференцированные формы опухоли наблюдались в 81,1% случаев. В 1-й группе общая 3-летняя выживаемость составила 58,7±6,2%, безрецидивная 3-летняя выживаемость — 38,1±6,1%. Во 2-й группе общая 3-летняя выживаемость составила 66,3±5,3%, безрецидивная 3-летняя выживаемость — 57,5±5,5%. В 3-й группе общая 3-летняя выживаемость составила 70,3±7,5%, безрецидивная 3-летняя выживаемость — 62,8±7,9%. В 4-й группе общая 3-летняя выживаемость составила 46,2±5,3%, безрецидивная 3-летняя выживаемость — 27,6±4,8%. Комбинированное лечение больных СМТ конечностей и туловища способствует улучшению 3-летних результатов по сравнению с хирургическим методом лечения.

### 378. Застосування апаратів Костюка та ендопротезування при лікуванні хворих із метастатичним ураженням кісток

*В.В. Проценко, А.Н. Костюк  
ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ*

Мета дослідження — показати можливості черезкісткового остеосинтезу (ЧО) та ендопротезування (ЕП) в комплексному лікуванні хворих із метастатичним ураженням кісток (МУК).

Проліковано 29 хворих із МУК. Застосовані апарати зовнішньої фіксації Костюка у 9 (31%) осіб, ЕП — 17 (58,6%), металеві імпланти для заміщення діафізу кістки — 3 (10,4%). Хворим після ЧО проведено курси променевої терапії на осередок ураження до СОД — 40 Гр та курси поліхіміотерапії (ПХТ), після ЕП курси ПХТ.

Спостерігалось відновлення функції та опороспроможності кінцівки у 27 (93,1%) хворих, хороші функціональні результати отримані у 22 (81,5%) хворих, задовільні — 5 (18,5%), нові осередки МУК виявлено у 4 (14,8%), померли внаслідок прогресування захворювання в середньому через 4 міс — 2 (6,9%) хворих.

ЧО та ЕП дозволяють відновити опороспроможність кінцівки та провести хіміопроменеве лікування.

### 379. Критерии прогнозирования эффективности и исхода органосохраняющего лечения увеальных меланом

*Л.С. Терентьева, В.В. Вит  
ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины», Одесса*

Цель — изучить прогностическую ценность клинических и морфологических особенностей метастазирования увеальной меланомы (УМ) при разных методах лечения.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 5043 больных увеальной меланомой: энуклеация — 2637 (47,9%), фотолазеркоагуляция — 744 (15,9%) и комбинированное лечение — 1662 (36,2%). Для определения факторов риска смерти от метастазов применен дискриминантный анализ.

Из 2037 больных после энуклеации глаза умерли от метастазов 553 (20,9%) больных. Период наблюдения — 69 мес. Выживаемость через 5 лет составила 75%, через 10 лет — 50%. Наибольшее прогностическое значение имели следующие факторы риска: клеточный тип опухоли, первоначальное ее выстояние и локализация. После фотокоагуляции из 744 больных умерли 119 (14,7%). Период наблюдения — 76 мес. Наибольшее значение имели факторы риска: энуклеация, первоначальное выстояние опухоли, пол, клеточный тип опухоли, ее локализация, скорость изменения выстояния. После комбинированного лечения (фотокоагуляция + брахитерапия) — из 644 больных умерли 93 (11,5%). Период наблюдения — 76 мес. Наибольшее значение имеют факторы риска: ВГД, возраст, энуклеация, скорость изменения выстояния, локализация, первичное выстояние.

При применении различных методов лечения УМ существенно изменяются биологические особенности опухоли, что проявляется в изменении прогностических факторов риска смерти при том или ином виде лечения. Так, при фотокоагуляции большое значение имеет учет скорости роста опухоли, при комбинированном лечении более важным является направленность изменения ее размеров (регрессия или прогрессия). Учет офтальмологических показателей динамики и скорости изменения размеров меланомы в процессе лечения является важным с точки зрения прогнозирования исхода лечения и его коррекции.

### 380. Опыт лечения больных хондросаркомой

*В.Г. Тихонов, А.Г. Дедков, И.Б. Волков  
Национальный институт рака, Киев*

Хондросаркома (ХС) составляет 10% первичных злокачественных опухолей костей и занимает 3-е место по частоте выявляемости после остеосаркомы и миеломной болезни. В современной гистологической классификации принято различать классическую форму ХС, прогноз течения заболевания которой коррелирует со степенью дифференцировки опухоли (G), и редкие формы — мезенхимальная и дедифференцированная ХС, которые отвечают на химиотерапию (ХТ).

Цель — представить результаты лечения больных ХС с различными гистологическими вариантами опухоли. 124 больных с верифицированным диагнозом ХС лечились в институте с 1995 по 2010 г. Все пациенты распределены на две группы: 1-ю группу составили 29 пациентов с мезенхимальной и дедифференцированной формами ХС (G3-4), получавшие комплексное лечение, включающее химиотерапию в неoadьювантном и адьювантном режимах и радикальное хирургическое лечение; 2-ю группу — 95 пациентов с классическим вариантом ХС, из них 32,3% — высокой степени злокачественности (G3), которым проведено только хирургическое лечение.

В 1-й группе ответ на неoadьювантную терапию получен у 55,7% больных в виде III степени патоморфоза по Novos, у остальных — I и II степень. 5-летняя безрецидивная выживаемость для 1-й группы составила 42,8%. Во 2-й группе у 82,2% пациентов выполнены радикальные резекции с реконструкцией дефекта эндопротезом или другим методом,

и у 17,8% — ампутації (екзартикуляції). Безрецидивна 5-літня виживаемість для 2-ї групи склала — 60,8%. Кількість локальних рецидивів в обох групах виявлено у 8,1% пацієнтів в більшості випадків при локалізації опухолі в кістках таза.

Очень важно определение гистологического подтипа ХС. Применение химиотерапии при лечении мезенхимальной ХС в комбинации с хирургическим методом позволяет достигать длительной ремиссии заболевания, а внедрение органосохраняющих хирургических вмешательств с реконструктивными методиками обеспечивает высокий уровень качества жизни пациентов.

### 381. Дисфункція імунної системи у хворих на меланому шкіри

*Ф.В. Фільчаков, С.М. Кукушкіна, К.С. Шуміліна, Г.Д. Льон, С.І. Коровін, М.М. Кукушкіна, Н.М. Покрасьон  
Національний інститут раку, Київ*

Розробка та впровадження нових схем біотерапії у хворих на меланому шкіри (МШ) передбачає дослідження стану імунної системи.

Мета дослідження — вивчити стан імунної системи у хворих на МШ залежно від стадії захворювання. Об'єкт та методи дослідження — периферична кров 87 хворих на МШ та 36 практично здорових людей (ПЗЛ). Імунологічне дослідження включало визначення фенотипу лімфоцитів периферичної крові (ЛПК) методом проточної цитофлуориметрії; вміст сироваткових імуноглобулінів (Ig) А, М, G — методом радіальної імунодифузії та циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) — методом селективної преципітації поліетиленгліколом 6000.

У пацієнтів із МШ з прогресуванням захворювання розвивається абсолютна лімфопенія, при цьому популяційний склад ЛПК суттєво не змінюється, за винятком природних кілерних клітин (ПКК). Частка ПКК збільшується на I–II стадії МШ та значно знижується при генералізації пухлинного процесу ( $p < 0,05$ ). Серед Т-лімфоцитів виявлено зменшення абсолютної кількості CD8<sup>+</sup>-клітин вже на I–II стадії МШ ( $p < 0,05$ ). Метастатичне ураження регіонарних лімфатичних вузлів супроводжується збільшенням частки регуляторних Т-клітин (Трег), в той час як відносна кількість CD4<sup>+</sup>CD25<sup>+</sup>-лімфоцитів, у склад яких входять Трег, збільшується вже у хворих із локалізованою формою МШ ( $p < 0,05$ ). Розвиток пухлинного процесу супроводжується активаційною дисфункцією імунної системи: на I–II стадії збільшується частка CD25<sup>+</sup>- та HLA-DR<sup>+</sup>-лімфоцитів, на III стадії — CD69<sup>+</sup>- та CD95<sup>+</sup>-лімфоцитів порівняно з такими у ПЗЛ; на IV стадії вміст активованих ЛПК перевищує відповідні показники у хворих на МШ I–III стадії та ПЗЛ ( $p < 0,05$ ). Зміни з боку гуморального імунітету проявляються підвищенням концентрації IgG та ЦІК вже на I–II стадії захворювання.

Із прогресуванням пухлинного процесу у хворих на МШ розвивається активаційна дисфункція імунної системи, що при метастазуванні ускладнюється імунодепресією, морфологічним еквівалентом якої є прогресивне зменшення загальної кількості циркулюючих лімфоцитів з одночасним скороченням найбільш функціонально значущих популяцій — Т-лімфоцитів та ПКК.

### 382. Вплив різних схем ад'ювантної інтерферонотерапії на стан імунної системи хворих на первинно-локалізовану меланому шкіри

*Ф.В. Фільчаков, К.С. Шуміліна, Г.Д. Льон, С.М. Кукушкіна, С.І. Коровін, М.М. Кукушкіна  
Національний інститут раку, Київ*

На сьогодні дослідженню стану імунної системи в онкологічних хворих надається важливе значення у зв'язку з розробкою та впровадженням нових схем імунотерапії.

Мета дослідження — вивчити вплив різних схем ад'ювантної інтерферонотерапії (ІФН-терапії) на стан імунної системи хворих на первинно-локалізовану меланому шкіри (ПЛМ).

Досліджено периферичну кров 36 хворих на ПЛМ ІВ–ІС стадії та 35 практично здорових людей (ПЗЛ). Хворим на 8–10-ту добу після хірургічного видалення первинної пухлини була призначена ІФН-терапія: 1) 18 пацієнтам — із застосуванням рекомбінантного інтерферону- $\alpha 2b$  (рІФН- $\alpha 2b$ ) (Лаферобіон, підшкірно по 3 млн МО 3 рази на тиждень упродовж 12 міс); 2) 18 хворим — із послідовним використанням рекомбінантного інтерферону- $\gamma$  (рІФН- $\gamma$ ) (Інгарон, підшкірно по 500 тис МО через день, 5 ін'єкцій) та рІФН- $\alpha 2b$  за вищенаведеною схемою. Імунологічні дослідження із визначенням вмісту лімфоцитів периферичної крові (CD3<sup>+</sup>, CD4<sup>+</sup>, CD8<sup>+</sup>, CD16<sup>+</sup>, CD19<sup>+</sup>, CD4<sup>+</sup>CD25<sup>high</sup>CD127<sup>low</sup>-neg) та їх цитотоксичності (проти клітин К-562) методом проточної цитофлуориметрії проведено у 3 етапи: до лікування, після 5 ін'єкцій рІФН- $\alpha 2b$  або рІФН- $\gamma$  та через 3 міс від початку терапії рІФН- $\alpha 2b$ .

Встановлено, що у хворих на ПЛМ до лікування досліджувані показники суттєво не відрізняються від таких у ПЗЛ. Через 3 міс застосування рІФН- $\alpha 2b$  у хворих розвивається лімфопенія за рахунок зниження абсолютної кількості CD3<sup>+</sup>-лімфоцитів, а саме CD8<sup>+</sup>-клітин, при порівнянні з вихідними показниками ( $p < 0,05$ ), при цьому абсолютна кількість CD3<sup>+</sup>-лімфоцитів зменшується відносно аналогічної у ПЗЛ ( $p < 0,05$ ). Відносна кількість CD8<sup>+</sup>-лімфоцитів знижується проти показника на I та II етапах спостереження, що призводить до підвищення імунорегуляторного індексу ( $p < 0,05$ ). Послідовне застосування рІФН- $\gamma$  та рІФН- $\alpha 2b$  запобігає вищезазначеним змінам у периферичній крові хворих. Застосування обох схем ад'ювантної ІФН-терапії супроводжується вірогідним збільшенням відносної кількості регуляторних Т-клітин порівняно з ПЗЛ (III етап;  $p < 0,05$ ). Вміст CD16<sup>+</sup>-клітин та цитотоксична активність лімфоцитів не зазнають змін у динаміці комбінованої терапії із застосуванням інтерферонів.

Послідовне застосування в ад'ювантному режимі рІФН- $\gamma$  та рІФН- $\alpha 2b$  у хворих на ПЛМ, на відміну від використання лише рІФН- $\alpha 2b$ , запобігає порушенням у клітинній ланці імунної системи (кількість CD3<sup>+</sup>- та CD8<sup>+</sup>-лімфоцитів у периферичній крові зберігається на рівні норми). Обидві схеми ІФН-терапії викликають суттєве підвищення відносного вмісту регуляторних Т-клітин у периферичній крові хворих на ПЛМ.

### 383. Результати реабілітації хворих після ендопротезування великих суглобів при саркомах та метастатичному ураженні кісток кінцівок

*В.С. Чорний, А.А. Бур'янов, В.В. Проценко, Касем Менсія  
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ*

Мета дослідження — вивчити можливості реабілітації після ендопротезування суглобів (ЕС) у лікуванні хворих при саркомах кісток (СК) та метастатичному ураженні кісток (МУК).

Проліковано 13 хворих із СК та 17 хворих з МУК. Застосовані ендопротези «Інмед» — 23 (77%), «Stryker» — 7 (23%). Виділяли ранній (2–3 тиж після операції), найближчий (1–3 міс) та пізній післяопераційний періоди (3–6 міс) реабілітації. Хворим після ЕС проведено курси ЛФК та масажу.

Опороспроможність кінцівки відновлено у всіх хворих. Функцію кінцівки (за анкетой MSTs)  $73 \pm 7,1\%$  отримано у 25 хворих та  $59 \pm 3,6\%$  — у 5 пацієнтів.

Своєчасна реабілітація хворих після ЕПС дозволяє покращити функціональні результати прооперованої кінцівки та провести подальше спеціальне лікування.

### 384. Комплексна діагностика злокачественних опухолей опорно-двигательного аппарата

*И.В. Шевченко, О.А. Головина, Д.А. Михановский  
ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов  
им. М.И. Ситенко НАМН Украины», Харьков*

По данным большинства авторов, опухоли костного скелета в структуре онкологических заболеваний человека отмечаются в 4–6%. Выявлена тенденция к озлокачествле-

нию первично-доброкачественных опухолей, к увеличению количества злокачественных заболеваний среди детей и подростков. Опухоли костей являются наиболее сложными и наименее изученными разделами клинической онкологии. Своевременная и правильная диагностика опухолей костей — один из главных этапов в системе комплексного лечения данной категории больных, определяющий дальнейшую лечебную тактику.

Цель — разработать оптимальный диагностический алгоритм для пациентов с опухолевым поражением опорно-двигательного аппарата. Для данного исследования был проведен детальный анализ 325 клинических наблюдений пациентов со злокачественными костными опухолями, которые находились на лечении в клинике института в период 2001–2011 гг.

Разработан диагностический алгоритм, который базируется на 4 основных звеньях: клинические данные больного, лучевые методы диагностики, лабораторная диагностика биологических сред организма, патогистоморфологическое исследование пораженных тканей. Обьективизированы оптимальные требования к диагностическим мероприятиям и сроки их проведения с целью получения максимально полных данных об опухолевом поражении скелета.

Только на основании комплексной оценки всех полученных взаимодополняющих данных обследования возможно определить нозологическую форму опухоли, что позволяет выбрать адекватную лечебную тактику и достичь максимально положительного результата комплексного лечения.

### 385. Ефективність високоенергетичного вуглекислотного лазера при хірургічному лікуванні доброякісних новоутворень шкіри

*В.П. Шевченко, В.І. Копанихін, В.В. Шевченко*  
Сумський медичний інститут  
Центр лазерної хірургії СумДУ СООД, Суми

Рак шкіри за частотою розвитку в Україні займає лідируючу позицію, без тенденції до зниження. Одним із шляхів покращання цієї ситуації є своєчасне і ефективне лікування доброякісних новоутворень (ДНУ) шкіри. Для лікування ДНУ шкіри традиційно використовуються хірургічна ексцизія, електрокоагуляція чи криохірургія. Можливі також інші способи деструкції патологічних субстратів шляхом локального введення інтерферону, лідази, 5-Фу, аплікації концентрованого відвару чистотілу. Результати лікування цими методиками не завжди були ефективними. У деяких випадках на місці їх видалення розвивалися деформуючі рубці, процес загоєння був тривалий, супроводжувався нерідко септичними ускладненнями. Після використання нехірургічних методик лікування, крім названих ускладнень, спостерігалось неповне видалення новоутворень, виражений больовий синдром. Тому актуальним є пошук більш ефективних методів лікування. Перспективним у цьому аспекті є використання високоенергетичного вуглекислотного лазера (ВВЛ).

Мета роботи — вивчити можливість підвищення ефективності лікування ДНУ шкіри, шляхом використання СО-2-лазера. Проаналізовані результати лікування 86 хворих із ДНУ шкіри з використанням СО-2 лазера за період 2008–2010 рр. Вік хворих — від 17 до 76 років. Чоловіків — 41, жінок — 45. Використовували високоенергетичний вуглекислотний лазер «Промінь-М» (довжина хвилі 10,6 мкм), вихідна потужність — 25 Вт.

Проведено лазерну коагуляцію (34), лазерну ексцизію (42), лазерну вейпоризацію (10). Вибір методики залежав від розмірів, глибини ураження, наявності пігментації, чи кератизації. Попередньо проводилося цитологічне, а після ексцизії — гістологічне дослідження новоутворень. У післяопераційний період були відсутні набряк, гематоми, біль, септичні ранові ускладнення. Рани загоювалися швидко, з утворенням тонкого ледве помітного рубчика. Про високу ефективність СО-2-лазера свідчить відсутність рецидивів новоутворень.

Отже, використання ВВЛ у лікуванні доброякісних новоутворень шкіри супроводжується вираженим стерилізуючим, бактерицидним ефектом на тканини, інгібіцією фази альтерації, ініціює активацію репаративних процесів у рані, що маніфестується відсутністю гнійно-септичних ранових ускладнень і більш швидким загоєнням ран.

### 386. Неоадьювантна внутріартеріальна химиотерапія остеогенних сарком костей

*О.Г. Югрінов, А.Г. Дедков, Е.М. Новак, С.А. Родзавський*  
Національний інститут рака, Київ

Комбинируванна неоадьювантна химиотерапія, включаюча системне введення цитостатиків і инфузію цисплатини в регіонарну артерію, створює сприятливі умови в більшості випадків остеогенних сарком для виконання органосохранюючої операції.

Цель — установити ангиографические признаки неоваскуляризации в качестве предиктов лечебного патоморфоза опухоли после неоадьювантной полихимиотерапии. Применили современный протокол неоадьювантной полихимиотерапии у 51 больного остеогенной саркомой и 50 — неостеогенной саркомой. Использовали повторяющиеся инфузии эффективных цитостатиков, которые вводили в определенной последовательности внутривенно и внутриаартериально. Диагностическое ангиографическое исследование проводили для определения исходного уровня неоваскуляризации в опухоли. Длительные инфузии цисплатина по разработанному протоколу проводились 2 сут. Внутривенные инфузии доксорубицина выполняли с помощью имплантированного под кожу венозного порта.

После 4-го курса неоадьювантной химиотерапии оценивали ангиографический ответ опухоли на лечение и пациентов разделяли на 2 группы для дальнейшего индивидуального лечения. В 1-й группе больных, у которых на ангиограммах имелось снижение уровня неоваскуляризации в опухоли больше, чем на 90% (респонденты +90%) через 2 нед производили оперативное лечение. Во 2-й группе (респонденты –90%), где сохранились признаки неоваскуляризации больше, чем на 10% от исходного уровня, химиотерапию продолжали в интенсивном режиме повышенными дозами цисплатина еще на протяжении 2 курсов. 1-ю группу больных (респонденты +90%) составили 60 человек (59,4%). У них в послеоперационный период провели по 4 курса системной химиотерапии каждые 4 нед. 2-ю группу больных (респонденты –90%) составил 41 (40,6%) человек. Пациенты второй группы принимали альтернативную химиотерапию в течение 1 года после операции, включающую высокие дозы метотрексата и ифосфамида.

У 64,0% пациентов с остеогенной саркомой гистологически выявлен некроз опухоли более чем на 90%. У пациентов с неостеогенной саркомой в 32,0% случаев определялся такой же результат. Последовательные ангиограммы у больных остеогенной саркомой были точны в плане прогнозирования некроза опухоли и продемонстрировали специфичность 93%.