

МАТЕРІАЛИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ОНОВЛЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ UpToDate 6.0 + ESMO»

27–28 листопада 2025 р.,

Київ

DOI: 10.32471/clinicaloncology.2663-466X.35470

Установлена причина фатального перебігу раку легень

Л.С. Болгова, В.В. Мед, Б.О. Борисюк

Державне некомерційне підприємство «Національний інститут раку»,
Київ, Україна

Вступ. Рак легень (РЛ) — це найпоширеніша онкологічна форма захворювання у світі. РЛ діагностують у 60–75% усіх випадків на III–IV стадіях, коли уже неможливо провести повний курс лікування, і тому відмічається висока смертність у межах 60–65% до року спостереження з дня верифікації. Ситуація, що склалася, потребує вивчення різних питань РЛ і, зокрема, гістогенезу, від якого багато в чому залежать клінічний перебіг онкопатології, його діагностика і ефективність лікування.

Мета — морфологічне обґрунтування джерела розвитку РЛ як причини характеру клінічного перебігу.

Матеріали та методи дослідження. Вивчені клінічні, макроскопічні, гістологічні і цитологічні дані 150 хворих на РЛ, які обстежувалися і лікувалися в Державному некомерційному підприємстві (ДНП) «Національний інститут раку». Хворі були віком 41–77 років, що в середньому становить $59,6 \pm 2,5$ року. Гістологічні препарати забарвлювали гематоксиліном і еозинном та за методом Папаніколау. Застосували моноклональні антитіла Ki-67, PCNA фірми Дако. Оцінка гістологічної структури пухлин легень виконували згідно з Міжнародною гістологічною класифікацією пухлин легень Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), 2021 р.

Результати. За обсягом виконаних оперативних втручань відмічається поширеність пухлинного ураження не тільки в одній, але і двох ділянках, і навіть усій правій легені. Про це також свідчать макроскопічні дослідження операційного матеріалу. Так, у видаленій частці легені з пухлиною виявляється декілька вузлів, що зафіксовано в 40–53% пацієнтів. У низці випадків простежувалися нечіткі периферичні контури ракових вузлів, що теж підкреслює поширеність і дифузний ріст пухлини в паренхімі легень в 67%. Виявлена особливість розростання РЛ по паренхімі органа обґрунтувала необхідність вивчення клітинного складу поруч з раковим вузлом на відстані 2 і 5 см. Використана нами оригінальна методика отримання матеріалу для дослідження дозволила виявити наявність у макроскопічно незмінній паренхімі легень стовбурові клітини на різній стадії проліферації і атипії, які можна вважати передраковими змінами. Поруч з ними виявлялися окремо розгалужені і в комплексах ракові клітини, які ми демонструємо на мікрофотографіях. Спостерігали ріст РЛ від базальної мембрани в напрямку до центру альвеоли незалежно від гістологічного типу. У міру наближення росту пухлинної тканини до центру відмічалися

ознаки розпаду клітин. У центрі ураженої альвеоли в багатьох випадках накопичувалися некротичні маси, серед яких відмічалися пухлинні клітини в стані розпаду. Такі пухлинні екземпляри ідентифікуються в ексфолятивних бронхоскопічних діагностичних матеріалах, тобто вони потрапляють у дихальні шляхи і вільно виділяються зі слизом. Спостерігали також клітини, які відпадали від солідної структури пухлини в центр ураженої альвеоли, що підтверджує відомий патологоанатомічний патогенетичний процес розпаду епітеліальних пухлин у їх центрі як причини недостатнього кровопостачання, що представлено на мікрофотографіях. Виявлений морфологічний послідовний перебіг виникнення і розвитку РЛ з некрозом у центрі альвеол, що спричиняє відділення пухлинних клітин і потрапляння їх у дихальні шляхи, не може вважатися показником поширення РЛ. Слід підкреслити, що навіть при ураженні окремих альвеол у дихальні шляхи можуть потрапляти пухлинні клітини.

Висновки. Результати наших досліджень уперше в науковій літературі в доказовій формі на основі вивчення гістологічних, цитологічних і гістохімічних досліджень довели існування єдиного джерела розвитку РЛ — стовбурову клітину (альвеолоцит II типу). Початок росту РЛ з альвеол, яких в організмі людини нараховується 300–400 млн, пояснює безсимптомний початок росту і пролонгацію процесу, що призводить до поширення захворювання по всій легені та зумовлює фатальний клінічний перебіг, а також високу смертність. Отримані дані обґрунтовують необхідність пошуку нових удосконалених шляхів своєчасної морфологічної і рентгенологічної діагностики та нового адекватного підходу до більш ефективного лікування РЛ.

Неспроможність анастомозів у колоректальній хірургії: фактори ризику, профілактика, уроки з власних випадків

А.О. Грицай, В.В. Русаков, В.І. Янко, І.П. Бескровний

Медичний дім «Одрекс», Одеса, Україна

Актуальність. Незважаючи на вдосконалення менеджменту, частота розвитку неспроможності анастомозів (anastomotic leakage — AL), згідно з останніми даними світової статистики, сягає 2–19%.

Фактори ризику. Пацієнт-пов'язані: чоловіча стать, ожиріння, гіпоальбумінемія, класифікація анестезіологічного ризику Американського товариства анестезіологів (American Society of Anesthesiologists — ASA) \geq III, коморбідність, імуносупресивна терапія, куріння, алкоголь. Інтраопераційні: ургентність, техніка та рівень анастомозу, натяг та кровопостачання. Післяопераційні: інфекції, гіперперфузія, загоєння, порушений контроль дренажу.

Випадок № 1. Пацієнт Р., 45 років.

14.06.2024 р. — лапароскопічна резекція поперечно-ободової кишки з інтракорпоральним анастомозом.

Патогістологічний висновок (ПГВ): муциозна аденокарцинома рТ4а рN2а(4/18) L0V0Pn0R0.

10.07.2024 р. — біль по всьому животу.

10.07.2024 р. — лапаротомія, дренивання абсцесу, ілеостома.

19.08.2024 р. — лапаротомія, вісцероліз, правобічна геміколектомія, закриття стоми, ілеодесцендоанастомоз.

ПГВ: активне запалення / абсцедування, 21 лімфатичний вузол без метастазів.

Пацієнту проведено 6 курсів поліхімієтерапії (ПХТ) за протоколом XELOX. Стабілізація.

Випадок № 2. Пацієнт М., 59 років.

Метахронний рак: онкопатологія висхідної ободової, сигмоподібної кишки.

Неoad'ювантна хімієтерапія, незавершений 4-й курс FOLFOX (9.10.2024 р.).

12.11.2024 р. — лапаротомія, субтотальна колектомія з D3-лімфодисекцією, ілеоректоанастомоз. Пухлина висхідної кишки з інвазією у дванадцятипалу кишку.

ПГВ: висхідна ободова кишка — муциозна аденокарцинома урТ4b N0(0/35)R0; сигмоподібна кишка — аденокарцинома урТ3 N0(0/32)R0.

20.11.2024 р. — біль у лівих відділах живота. Комп'ютерна томографія (КТ) — біла анастомозу — асцит, перитоніт, тромбоемболія легеневих артерій.

20.11.2024 р. — релaparотомія: 2000 мл кишкового вмісту; неспроможність передньої стінки циркулярного шва; роз'єднання анастомозу, ілеостома, інтубація тонкого кишечника.

14.01.2025 р. — лапаротомія: канцероматоз у тонкій кишці, зоні стоми, реконструкцію відтерміновано.

2.04.2025 р. — 8 курсів хімієтерапії FOLFIRI + бевацизумаб. Стабілізація.

Випадок № 3. Пацієнт К., 46 років.

11.09.2025 р. — лапароскопічна лівобічна геміколектомія, трансверзоректоанастомоз, D2-лімфодисекція.

22.09.2025 р. — біль у лівих відділах живота. Температура тіла 38 °С. КТ — потовщені стінки анастомозу, пухирці газу та випіт, вільний газ ($\approx 350 \text{ см}^3$), асцит.

22.09.2025 р. Діагностична лапароскопія: дефект лінії степлерного шва $\approx 5 \text{ мм}$; ушивання дворядними вузловими швами, дренивання; leak test — герметично. Інтраопераційна ректосигмоскопія.

30.09.2025 р. — виписка зі стаціонару.

30.10.2025 р. — курс ПХТ за схемою XELOX.

Випадок № 4. Пацієнт О., 73 роки.

26.12.2022 р. — обструктивна резекція сигмоподібної кишки з пухлиною, сигмостомою.

ПГВ: аденокарцинома рТ3 рN0(0/20) L1V0Pn0R0.

3 курси ПХТ за схемою FOLFOX-4. Відмова від 4-го курсу хімієтерапії.

3.05.2023 р. — вісцероліз, реконструктивна операція з формуванням десцендосигмоанастомозу.

Ускладнення: 8–9.05.2023 р. — відсутність випорожнень.

9.05.2023 р. — КТ: анастомозит, ознаки товстокишкової непрохідності. Колоноскопія з балонною дилатацією анастомозу; позитивна динаміка; виписка.

Випадок № 5. Пацієнт П., 60 років.

16.09.2022 р. — лапаротомія, резекція низхідної ободової кишки з пухлиною, десцендосигмоанастомоз.

ПГВ: аденокарцинома рТ3рN0(0/25)L0V0Pn0R0.

28.09.2022 р. — температура тіла 38,4 °С, біль, інфільтрат у лівих відділах, затримка випорожнень. КТ — неоднорідний вміст на рівні анастомозу. Позитивна динаміка на тлі антибактеріальної та протизапальної терапії.

За класифікацією Швейцарського інституту експериментальних досліджень раку (Swiss Institute for Experimental Cancer Research — ISREC):

Випадок № 1 (AL-C): Т4а, муциозна аденокарцинома; потенційний натяг / ротація та ішемія країв, абсцес у зоні анастомозу.

Випадок № 2 (AL-C): мультифокальний рак, рТ4b, інвазія дванадцятипалої кишки, тривалість операції, коморбідність.

Випадок № 3 (AL-B): локальна зона ризику в зоні степлерного шва, анемія.

Випадок № 4 (AL-B): реконструктивна операція з масивним вісцеролізом, ручним дворядним анастомозом.

Випадок № 5 (AL-A): натяг у зоні анастомозу.

Висновки:

1. AL погіршує довгострокові результати лікування: ризик місцевого рецидиву вище у 2,05–2,9 раза, смертність — у 1,75 раза.

2. Мультидисциплінарний підхід та вдосконалення стратегії менеджменту на всіх етапах лікування сприяють зниженню частоти AL.

3. Низка клінічних рекомендацій, як-от leak test, передопераційна підготовка кишечника, контроль коморбідної патології та ін., сприяє покращенню результатів лікування, підвищує якість життя пацієнтів у післяопераційний період та оптимізує економічну складову медичного закладу.

Фактори, які впливають на скринінг раку грудної залози в Україні

А. Караєвська^{1,2}, Н. Мельничук^{2,3}, А. Джемлієв^{2,3}, К.Н. Wanis⁴, В. Вус⁵, В. Копецький⁶, І. Гуйванюк^{2,6}, А. Безносенко⁷, С. Семенія^{2,8}, Д. Кізуб^{2,5}

¹Лікарня Святого Пантелеймона Першого територіального медичного об'єднання Львова, Львів, Україна

²Громадська організація «Глобал медикал ноуледж аліанс Україна», Київ, Україна

³Гарвардська медична школа, Бостон, США

⁴Онкологічний центр ім. М.Д. Андерсона, Х'юстон, США

⁵Швейцарське агентство з розвитку та співробітництва, Берн, Швейцарія

⁶Комунальне некомерційне підприємство Київської обласної ради «Київський обласний онкологічний диспансер», Київ, Україна

⁷Державне некомерційне підприємство «Національний інститут раку», Київ, Україна

⁸Університетська клініка, Краків, Польща

Мета. Проаналізувати бар'єри та фактори для скринінгу раку грудної залози (РГЗ) в Україні. Залежно від результатів дослідження, модель стратегій щодо покращення скринінгу РГЗ може бути застосована в Україні, а також в інших країнах з низьким та середнім рівнем доходу.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження поперечно-го перерізу. Онлайн-опитування, поширене серед лікарів первинної ланки по всій Україні через соціальні мережі. Дані були проаналізовані за допомогою методів описової статистики.

Результати. 350 (84,5%) лікарів були ознайомлені з наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», який описує порядок скринінгу і ранньої діагностики РГЗ.

Висновки. Велика частка опитаних лікарів первинної ланки є ознайомленими з наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» і використовують його як основну рекомендацію для скринінгу РГЗ. Три основних бар'єри для скринінгу РГЗ — недостатність мамографів, брак досвіду і тренінгів у лікарів первинної ланки. Наше дослідження проведено до ухвалення наказу МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». Наші результати були обмежені використанням онлайн-вибірки.

Вплив генетичних змін на імунний контекст недрібноклітинного раку легень: українське дослідження

Д.С. Козаков^{1,2}, С.С. Лівцун¹, О.О. Кошик^{1,3}, А.І. Кругликова^{1,4},
О.М. Суласва^{1,3,4}

¹Медична лабораторія CSD, Київ, Україна

²Інститут молекулярної біології і генетики НАН України, Київ, Україна

³Київський медичний університет, Київ, Україна

⁴Громадська організація «Українська асоціація персоналізованої медицини», Київ, Україна

Актуальність. Хоча роль різних генетичних змін і була виділена серед факторів, що впливають на відповідь на імунотерапію при недрібноклітинному раку легень (НДКРЛ), зв'язки між генетичними варіантами в онкогенних драйверах та змінами в циклі імунної відповіді проти раку (cancer immunity cycle) досі залишаються нез'ясованими. Дослідження мало на меті виявити зв'язки між молекулярним та імунним профілями НДКРЛ.

Матеріали та методи дослідження. Це когортне дослідження охоплювало 254 випадки НДКРЛ: 193 випадки аденокарциноми легень (76%) та 61 випадок плоскоклітинного раку легень (24%) з доступними патогістологічними даними та результатами панельного (10 генів: *EGFR*, *ALK*, *ROS1*, *RET*, *KRAS*, *NRAS*, *PIK3CA*, *BRAF*, *HER2*, *MET*) молекулярно-генетичного тестування методом секвенування наступного покоління (Next-Generation Sequencing — NGS). Уперше в українській когорті пацієнтів досліджено частоту та спектр генетичних змін. Ми виявили зв'язок між драйверними мутаціями та експресією PD-L1 при НДКРЛ.

Крім того, проаналізовано наявність та локалізацію Т-цитотоксичних лімфоцитів (CD8⁺) та пухлиноасоційованих макрофагів (CD163⁺) у зразках з мутаціями в генах *EGFR* і *KRAS*, перебудовами *ALK* та зразках НДКРЛ без клінічно значущих генетичних знахідок. Immune desert, immune excluded та inflamed підтипи імунного мікрооточення пухлини (tumor microenvironment — TME) визначені в парадигмі циклу імунної відповіді проти раку (cancer immunity cycle).

Висновки. Високий рівень експресії PD-L1 в НДКРЛ, зумовлений змінами *EGFR* та *ALK*, супроводжувався переважанням низької імуногенності зі зсувом у бік пустельного типу (immune desert) імунного мікрооточення пухлини в новоутвореннях з мутаціями *EGFR* та в бік виключеного типу (immune excluded) у НДКРЛ з перебудовами *ALK*. Подальше дослідження механізмів, що впливають на імунний контекст пухлини, у майбутньому може допомогти з адаптацією менеджменту пацієнтів відповідно до конкретних пухлинних механізмів ухилення від імунної відповіді.

Підвищення якості онкологічної допомоги в Україні

М. Курик^{1,8}, Ю. Новицька^{2,8}, О. Костенчак-Свистак^{3,8},
Д. Хоптар^{4,8}, І. Гуйванюк^{5,8}, Е. Бакер⁶, М. Лопез Варон⁶,
Р. Герреро⁶, Н. Мельничук^{7,8}, Д. Кізуб^{6,8}

¹Перше територіальне медичне об'єднання, Львів, Україна

²Медичний центр «Добробут», Київ, Україна

³Лікарня Святого Мартина, Мукачево, Україна

⁴Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Київ, Україна

⁵Комунальне некомерційне підприємство Київської обласної ради «Київський обласний онкологічний диспансер», Київ, Україна

⁶Онкологічний центр ім. М.Д. Андерсона, Х'юстон, США

⁷Гарвардська медична школа, Бостон, США

⁸Громадська організація «Глобал медикал ноуледж альянс Україна», Київ, Україна

Актуальність. Більшість потреб у підвищенні якості онкологічної допомоги пов'язані з освітою медичних працівників. Інтерв'ю з українськими онкологами висвітлювали недостатню підготовку лікарів у менеджменті побічних ефектів системної терапії раку. Global Medical Knowledge Alliance разом з M.D. Anderson

Cancer Center Project ECHO Superhub розробили навчальний онлайн-курс для клінічних онкологів і гематологів U-COPE.

Методи. U-COPE включає 12 інтерактивних віртуальних навчальних сесій у прямому ефірі, які відбувалися по 2 тиж з 17 лютого до 28 липня 2025 р. Навчальна програма була розроблена після спілкування з українськими клінічними онкологами, гематологами та представниками пацієнтських організацій. Заняття побудовані за моделлю ECHO та містили лекції, обговорення клінічних випадків, блок питання — відповіді. Сесії проводилися англійською мовою експертами M.D. Anderson з онлайн-синхронним перекладом українською мовою. Оцінювання курсу охоплювало самооцінювання учасниками розуміння тем, представлених на курсі, та їхньої впевненості у веденні пацієнтів перед і після кожної сесії на основі кількісної 5-бальної шкали. Дані аналізували за допомогою описової статистики та стандартних тестів асоціації. Наприкінці курсу проведено оцінювання знань у форматі 25 тестових завдань з 1 правильною відповіддю. Учасники, які відвідали понад 75% лекцій та набрали щонайменше 60% правильних відповідей на фінальному тестуванні, отримали 20 балів безперервного професійного розвитку (БПР).

Відгуки. «Ділилася новими даними з колегами, обговорювали питання з лекцій, впровадили використання певних шкал та класифікацій у нашу клінічну практику», «Дуже дякую за курс. Усе подано структуровано, чітко і практично. Хотілося б продовження або серію коротких модулів про окремі синдроми й ускладнення».

Висновки. U-COPE може слугувати ефективною моделлю підвищення якості онкологічної допомоги через освіту лікарів, зокрема під час війни та інших гуманітарних криз.

Зберегти чи видалити? Сучасний погляд на хірургію при мультифокальному / мультицентричному раку грудної залози

А.О. Новикова, Є.Г. Тарасенко, О.М. Суласва, А.В. Жузілін

Лікарня ізраїльської онкології LISOD, Київ, Україна

Мета роботи. Оцінити безпеку та доцільність використання органозберігальної хірургії (ОЗХ) при мультифокальних / мультицентричних пухлинах грудної залози та провести оцінку рівня ранніх хірургічних ускладнень (до 30 діб після операції) і віддалених онкологічних результатів лікування (загальну виживаність та виживаність до прогресування) порівняно із пацієнтками з уніфокальними пухлинами.

Матеріали та методи дослідження. На базі Центру мамології (ЦМ) Лікарні ізраїльської онкології LISOD проведено ретроспективний аналіз пацієток, яким виконували органозберігальні онкопластичні операції за період з 2007 до 2025 р. Пацієток розподілено на 2 групи: з уніфокальними пухлинами (n=1018) та мультифокальними / мультицентричними пухлинами (n=174). Дослідження проводилося на основі внутрішньої електронної бази даних пацієток, що регулярно оновлюється згідно з внутрішнім протоколом ЦМ.

Результати. При аналізі складу груп підтверджено їх однорідність за більшістю параметрів. Однак пацієтки з мультифокальними / мультицентричними пухлинами були молодшими (49 проти 52 років; $p=0,0028$), мали вищу частоту ураження лімфатичних вузлів (43,7 проти 31,9%; $p=0,022$) та вищу частоту HER2+ статусу (33 проти 23,4%; $p=0,005$) порівняно з пацієнтками з уніфокальними пухлинами, загальний розмір новоутворення (3,5 проти 2,4 см; $p<0,0001$) та маса видаленого препарату були більшими (96 проти 56 г; $p=0,001$). Серед технічних варіантів оперативних втручань при мультифокальних / мультицентричних пухлинах найчастіше застосовували терапевтичні мастопластики 2-го рівня (Level 2) за класифікацією Krishna Clough у 64% випадків, острівцеві регіонарні перфорантні клапті — в 17%, різні модифікації технік 1-го рівня (Level 1) — в 12%, регіонарні клапті на широкій шкірній основі — в 4% та комбіновані втручання — в 3% випадків. Переважання методик Level 2 зумовило достовірно вищу частоту симетризуючих операцій (30 проти 18,1%; $p<0,001$). Системні

рецидиви були нижчими у групі пацієнок з мультифокальними / мультицентричними пухлинами (4 проти 8,7%; $p=0,041$), як і пухлиноспецифічна летальність (1,2 проти 4,8%; $p=0,026$). Рівень ускладнень, у тому числі потреба в ревізійних операціях, не мали статистично значущої різниці між групами, що свідчить про рівну хірургічну безпеку обох підходів. Частота залучених країв резекції також не мала статистично значущої різниці (5,2 проти 3,2%; $p=0,188$). Показники локорегіонарних рецидивів були подібними (1,7 проти 1,1%; $p=0,476$), що підтверджує ефективність і безпеку органозберігальних операцій у пацієнток з мультифокальними / мультицентричними пухлинами.

Післяопераційні ускладнення езофагектомії: роль доступу та локалізації пухлини

О.О. Підмуряк, М.Б. Цвігун, О.О. Підмуряк, Ю.М. Федорович
Комунальне некомерційне підприємство «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради, Хмельницький, Україна

Актуальність. Рак стравоходу (РС) — одна з найагресивніших злоякісних хвороб шлунково-кишкового тракту (ШКТ), що посідає 7-ме місце серед причин онкологічної смертності у світі. Езофагектомія залишається основним методом радикального лікування, однак частота ускладнень сягає 40–60%, що впливає на тривалість госпіталізації, якість життя та віддалені результати. Вибір хірургічного доступу — трансторакального (Transthoracic esophagectomy — TTE), трансіатального (Transhiatal esophagectomy — TNE) чи гібридного — залишається дискусійним: TTE забезпечує кращу лімфодисекцію, але супроводжується більшою кількістю післяопераційних ускладнень, тоді як TNE є менш інвазивним, проте може поступатися радикальності. Анатомічна локалізація пухлини визначає обсяг резекції та ризик ускладнень. Аналіз клінічних результатів езофагектомії у межах одного центру за 2013–2024 рр. є актуальним для оцінки впливу хірургічного доступу та топографії пухлини, визначення факторів ризику й оптимізації хірургічної тактики.

Мета. Визначити прогностичну роль хірургічного доступу та локалізації пухлини у формуванні післяопераційних ускладнень для підвищення ефективності та безпеки езофагектомії.

Матеріали та методи дослідження. Проведено ретроспективне одноцентрове когортне дослідження на базі хірургічного відділення Комунального некомерційного підприємства «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради за період 2013–2024 рр. У дослідження залучено 148 пацієнтів, яким виконано резекційні методи хірургічного лікування при РС. Статистичний аналіз проводили у Review Manager (RevMan) 5.3. Гетерогенність оцінювалася за I² та Q-тестом Кохрена. Аналіз чутливості та оцінка упередженості публікацій (тести Еггера та Бегга) підтвердили надійність результатів. Статистичну значущість встановлювали при $p < 0,05$.

Результати. Дослідженням охоплено 148 пацієнтів із гістологічно підтвердженим злоякісним новоутворенням стравоходу, яким виконано радикальні хірургічні втручання. Середній вік пацієнтів становив $64,2 \pm 5,5$ року (діапазон — 42–78 років). Чоловіків залучено 134 (90,8%), жінок — 14 (9,2%). TNE виконано у 70 пацієнтів (47,3%), переважно при ураженнях нижньої третини (64,4%) та стравохідно-шлункового з'єднання (100%), що зумовлено прагненням мінімізувати торакальний компонент при дистальних локалізаціях. TTE використана у 78 пацієнтів (52,7%) при пухлинах верхньої та середньої третини, відповідно до принципів онкологічної радикальності та адекватної лімфодисекції (χ^2 , $p < 0,001$).

Висновки. Переважання пацієнтів із місцево-поширеним РС засвідчує недостатню ефективність ранньої діагностики та необхідність скринінгових програм. Морфологічне домінування плоскоклітинної карциноми дистальної локалізації зумовлює топографічно орієнтований вибір хірургічного доступу. Трансіатальна езофагектомія доцільна при дистальних, а трансторакальна — при проксимальних ураженнях. Використання мініінвазивних технік достовірно знижує післяопераційну морбідність, а інтеграція неoad'ювантної терапії оптимізує віддалені результати лікування.

Стентування як сучасний варіант вирішення кишкової непрохідності у інкурабельних пацієнтів зі злоякісними пухлинами кишечнику

С.С. Пірєва, В.В. Русаков, В.І. Янко, І.В. Король, М.Ю. Гарьковець
Медичний дім «Одрекс», Одеса, Україна

Актуальність. Кишкова непрохідність, спричинена злоякісними новоутвореннями товстої кишки, залишається серйозною клінічною проблемою. Традиційні методи хірургічного лікування асоціюються з високим ризиком інтра- та післяопераційних ускладнень, особливо у пацієнтів із супутньою патологією. Ендоскопічне стентування товстої кишки є сучасною, мінімально інвазивною альтернативою, яка дозволяє швидко відновити пасаж кишкового вмісту. Сучасні клінічні настанови (Європейського товариства гастроентерологічної ендоскопії (European Society of Gastrointestinal Endoscopy — ESGE), Національної мережі багатопрофільних онкологічних закладів США (National Comprehensive Cancer Network — NCCN), Європейського товариства медичної онкології (European Society For Medical Oncology — ESMO)) визнають стентування як ефективний метод паліативного лікування при обструкції на тлі колоректального раку.

Мета: оцінити ефективність, безпеку та клінічні результати ендоскопічного стентування товстої кишки у паліативних пацієнтів зі злоякісними пухлинами, що спричиняють кишкову непрохідність, порівняно з традиційними методами хірургічного лікування.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження включено три клінічні випадки інкурабельних пацієнтів із підтвердженими злоякісними пухлинами товстої кишки, ускладненими кишковою непрохідністю.

Аденокарцинома ободової кишки (T4aN2aM1a, стадія IVA) з метастазами в печінку та канцероматозом очеревини. Виконано ендоскопічне встановлення саморозширювального металевого товстокишкового стенту (self-expanding metal stent — SEMS) у зону пухлинного звуження.

Рак сигмоподібної кишки з метастазами в легені та очеревину (pT4bN2bM1b, стадія IVB). Виконано ендоскопічне встановлення товстокишкового стенту в ділянку пухлинного стенозу.

Рак нижньо- / середньоампулярного відділу прямої кишки із множинними метастазами в печінку та легені (cT4N1M1, стадія IV), ускладнений острою обтураційною кишковою непрохідністю. Проведено ендоскопічне встановлення непокритого ректального стенту.

Результати. У всіх трьох клінічних випадках ендоскопічне встановлення стентів дозволило досягти швидкого клінічного ефекту: протягом перших 24–48 год після втручання відзначено усунення симптомів кишкової непрохідності — відновлення кишкового пасажу, зменшення вираженості больового синдрому та абдомінального дискомфорту, стабілізація загального стану пацієнтів. Хворі поступово були переведені на ентеральне харчування, відмічено поліпшення загального стану (ECOG з 4 до 2–3). Післяопераційних ускладнень (перфорації, міграції стенту, кровотечі) не зафіксовано. Усі пацієнти уникнули оперативного втручання та формування колостоми, що суттєво позитивно вплинуло на якість їхнього життя, психоемоційний стан та рівень соціальної адаптації. Середня тривалість ефективного функціонування стентів становила 3–4 міс без ознак рестенозу або прогресування обструкції.

Висновки

1. Ендоскопічне стентування товстої кишки є високо-ефективним та безпечним методом усунення кишкової непрохідності злоякісного генезу у паліативних пацієнтів.

2. Використання SEMS забезпечує швидке відновлення прохідності кишечнику, дозволяє уникнути екстреного хірургічного втручання та формування колостоми, що критично важливо для підтримки якості життя пацієнтів.

3. Метод є альтернативою хірургічному втручанню у пацієнтів із поширеним метастатичним процесом та високими анестезіологічними ризиками.

4. Результати клінічного спостереження повністю узгоджуються з положеннями сучасних міжнародних рекомендацій (ESGE—2020, NCCN—2023, UpToDate—2024), що підтвердують доцільність інтеграції паліативного стентування до стандартів надання допомоги при злоякісній кишковій непрохідності

Сучасні стратегії біопсії сторожового лімфовузла при локальному рецидиві з раку грудної залози. Викили та обмеження

К.Г. Романуца

Єврейський медичний центр «JMC», Дніпро, Україна

Частота локорегіонарних рецидивів. Відсутність різниці загальної (відношення ризиків (Hazard ratio — HR) = 1,11, $p=0,27$) та безрецидивної (HR=1,01, $p=0,92$) виживаності протягом 10 років спостереження у пацієнок без метастазів у сторожовий лімфовузл (СЛВ) незалежно від обсягу лімфодисекції.

Переваги повторної біопсії сторожового лімфатичного вузла (Repeat sentinel lymph node biopsy — rSLNB). Індивідуальний підхід до лімфодисекції. Індивідуальний аналіз шляхів лімфовідтоку від пухлини. Зменшення терміну перебування в клініці. Зниження ризику безпосередніх та відтермінованих п/о ускладнень. Кращий косметичний результат.

Клінічний випадок біопсії сторожового лімфатичного вузла (БСЛВ) при локорегіональному рецидиві. Пацієнтка Х., 1974 року народження.

Діагноз: рак лівої грудної залози pT1 pN0 (0/8)M0, після хірургічного лікування (2012), ад'ювантної променевої і ендокринної терапії, рецидив хвороби в післяопераційний рубець грT2 грN2a(4/11), після мастектомії і лімфаденектомії, після біопсії сторожового лімфовузла, клінічна група II.

Висновки. Частота визначення СЛВ при локальному рецидиві достовірно нижча, ніж при первинному раку грудної залози (РГЗ). Виконання біопсії СЛВ з мінімальними складнощами дозволяє виявити поширеність рецидивного РГЗ. При рецидиві СЛВ частіше трапляється за межами аксилярної зони. Необхідні подальші дослідження для визначення оптимального методу БСЛВ та впливу при його ураженні на результат лікування.

Доцільність біопсії сторожових лімфатичних вузлів при меланомі в сучасній онкології: клінічна цінність без імунотерапії

Р. Руденко

Комунальне некомерційне товариство «Дніпровський обласний клінічний онкологічний диспансер» Дніпропетровської обласної ради, Дніпро, Україна

Актуальність. Біопсія сторожових лімфатичних вузлів (БСЛВ) — це стандартний метод стадіювання меланомою, який дозволяє виявити мікрометастази в регіонарних вузлах при клінічно негативних даних. БСЛВ дає можливість точно стадіювати захворювання за системою Американського об'єднаного комітету з боротьби проти раку 8-ї редакції (American Joint Committee on Cancer — AJCC), є прогностичним фактором для оцінки ризику рецидиву та визначає показання до ад'ювантної імунотерапії. Рутинна регіонарна лімфаденектомія при меланомі: не підвищує шанси на безрецидивну 3-річну виживаність навіть при метастазах у лімфовузлі; значно збільшує кількість виникнення ускладнень у вигляді лімфедми; збільшує тривалість операції та термін перебування у стаціонарі.

Матеріали та методи дослідження. У період з 2022 до 2024 р. (за 24 міс) в онкохірургічному відділенні № 3 Комунального некомерційного товариства «Дніпровський обласний клінічний онкологічний диспансер» Дніпропетровської обласної ради прооперовано 117 пацієнтів з меланомою ІВ—ІС стадій — виконано висічення утворення та БСЛВ 117 хворим — з них 78 особам було показано подальше лікування імунотерапією. Отримали його

як в Україні, так і за кордоном — 12 пацієнтів (15%), інші (85%) — динамічно спостерігалися.

Результати. Рецидив захворювання протягом цих 2 років трапився у 2 пацієнтів (16%), які отримали імунотерапію, та у 34 (51%), які не отримали її.

Висновки. Дані спостереження підтверджують доцільність використання імунотерапії при позитивній БСЛВ, оскільки:

- пацієнти з позитивною БСЛВ мають вищий ризик рецидиву (до 50–60% за 2 роки);
- при спостереженні БСЛВ має клінічну цінність для прогнозу й раннього виявлення метастазів;
- рекомендовано інтенсивне динамічне спостереження (ультразвукова діагностика регіонарних зон кожні 3–6 міс).

Контактна трансверзостама у пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями товстої кишки

Е.В. Сущенко, С.О. Савві, О.С. Лобанов, Є.А. Новіков, В.В. Жидецький, С.Ю. Битяк

Державна установа «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», Харків, Україна

Матеріали та методи дослідження. 20 пацієнтів з раком правої половини товстої кишки з ускладненим перебігом — гострою кишковою непрохідністю. Період спостереження — 2020–2025 рр. Проводили реінфузію кишкового вмісту ілеостомі. Ілеосекрет цілеспрямовано збирався і потім вводився через катетер Фолея в контактну стому. Ефективність методики монітувалася шляхом контролю сироваткових рівнів альбуміну, калію, натрію, кальцію та магнію, а також оцінкою загального клінічного стану пацієнтів.

Результати. У осіб, яким застосовувалася тактика реінфузії тонкокишкового вмісту в контактну стому, відмічалася стабільна та виражена позитивна динаміка. Зафіксовано підтримання нормальних показників кислотно-лужного та електrolітного балансу: рівні калію та натрію зберігалися в межах фізіологічної норми. Збереження функції товстої кишки через реінфузію сприяло відновленню процесів ферментації харчових волокон та реабсорбції рідини. Пацієнти літнього віку мали значно краще самопочуття, мінімально скаржилися на типові симптоми електrolітного дефіциту та дегідратації: слабкість, судоми, постійну спрагу. Отримані клінічні та лабораторні дані підтверджують, що контактна стома є інструментом для цільової корекції водно-електrolітних порушень у пацієнтів, що проходять складну післяопераційну реабілітацію.

Висновки. Наша методика зумовила перспективні результати, проте вона потребує подальшого поглибленого вивчення. Необхідне формування чітких прогностичних критеріїв та клінічних ознак для точного відбору пацієнтів, яким ця тактика принесе найбільшу користь та зменшить час очікування подальшого етапу відновлення.

Роль малоінвазивних оперативних втручань при місцево-поширеному раку шлунка: одноцентровий досвід порівняння з відкритими операціями

М.С. Терещенко, А.М. Москаленко, Д.О. Пискун

Комунальне некомерційне товариство «Дніпровський обласний клінічний онкологічний диспансер» Дніпропетровської обласної ради, Дніпро, Україна

Матеріали та методи дослідження. Ретроспективний аналіз пацієнтів, прооперованих у 2021–2025 рр. Порівнювали лапароскопічні та відкриті гастректомії за тривалістю операції, госпіталізації, інтраопераційною крововтратою, часом до активізації, початком перорального харчування, часом до початку ад'ювантної хіміотерапії, ускладненнями (Clavien — Dindo), R-статусом; кількістю видалених лімфатичних вузлів та порівняння cTNM з ypTNM; оцінювали загальну та безрецидивну виживаність (Kaplan — Meier, логранг). Непараметричні

міжгрупові порівняння — тест Манна — Уїтні; для частот — χ^2 / Фішер. Рівень значущості $p < 0,05$.

Групи. Основна група (лапароскопічні втручання з D2-лімфодисекцією): субтотальна резекція — 20; тотальна гастректомія — 19; проксимальна резекція — 4 особи. Реконструкція: «Roux-en-Y» — 62,9%; «Billroth II» — 27,9%; «Double-tract» — 6,9%; «Cobra-Head Shape» — 2,3%.

Контрольна група (відкриті операції з D2-лімфодисекцією) субтотальна резекція — 27; тотальна гастректомія — 17; проксимальна резекція — 5. Реконструкція: езофагоєюноанастомоз за Давидовим — 34,7%; «Roux-en-Y» — 24,5%; «Billroth II» — 30,6%; «Double-tract» — 10,2%.

Результати. До аналізу залучено пацієнтів, прооперованих у 2021–2025 рр. (група Lap — $n=43$; група Open — $n=49$). На тлі порівнянних вихідних характеристик малоінвазивні втручання мали переваги в ранньому відновленні. Медіана тривалість госпіталізації була меншою в групі Lap — 7,0 дня проти 9,0 у групі Open ($p=0,0035$), що супроводжувалося значно ранішою активізацією — 1,0 проти 2,0 доби ($p \approx 1,13 \cdot 10^{-9}$) та швидшим відновленням перорального харчування — 2,0 проти 3,0 доби ($p=0,0374$). Разом із цим об'єм інтраопераційної крововтрати був меншим (медіана 100 проти 250 мл, $p=4,8 \cdot 10^{-4}$), тоді як тривалість операції очікувано більша при лапароскопії (медіана 295 проти 210 хв, $p=5,6 \cdot 10^{-12}$). За частотою ускладнень суттєвих відмінностей не виявлено: будь-які ускладнення — 27,9% (12/43) у групі Lap проти 34,7% (17/49) у групі Open ($p=0,509$); значні ($\geq III$) — 11,6% (5/43) проти 14,3% (7/49) ($p=0,765$). Частка R0-резекцій становила 100% в обох групах (43/43 vs 49/49). Патоморфологічні результати й обсяг лімфодисекції були зівставними: у всіх випадках кількість видалених лімфатичних вузлів становила ≥ 16 в обох групах, що свідчить про адекватність D2-обсягу. При порівнянні cTNM → ypTNM не виявлено міжгрупових розбіжностей за відсотком «міграції стадії». Патоморфологічна відповідь (pCR). Повну регресію пухлини (pCR, ypT0N0) відзначено у 6 (13,9%) пацієнтів після лапароскопічних втручань та у 4 (8,2%) — після відкритих ($p=0,52$). Часткова регресія (Ryap 1–2) переважала в обох групах, без статистично значущої різниці. Це свідчить про зівставну ефективність неoad'ювантної терапії незалежно від хірургічного доступу. За довгостроковими показниками виживаності статистично значущої різниці не виявлено: у комбінованому аналізі загальна виживаність становить 0–24 міс) — логранг $p=0,545$, безрецидивна виживаність — $p=0,165$. Це підтверджує онкологічну еквівалентність малоінвазивного підходу в умовах спеціалізованих центрів та дотримання онкологічних принципів, одночасно забезпечуючи кращі параметри ранньої реабілітації та менший об'єм крововтрати.

Висновки. Лапароскопічні втручання забезпечують онкологічну радикальність, співмірну з відкритими, при кращому профілі раннього відновлення (менший об'єм крововтрати, швидша активізація) та порівнянну виживаність; за нашими даними — перевага за загальною виживаністю. Малоінвазивна хірургія є безпечною й доцільною опцією в центрах з відповідним досвідом.

Проспективний реєстр інфекцій ділянки хірургічного втручання в онкопацієнтів як інструмент підвищення якості надання хірургічної допомоги

А. Топіха^{1,3}, І. Гуйванюк^{1,2}, В. Копецький^{1,3}, Т. Іванікович^{1,4}, А. Продавжук², В. Крижівський²

¹Громадська організація «Глобал медикал ноуледж аліанс Україна», Київ, Україна

²Комунальне некомерційне підприємство Київської обласної ради «Київський обласний онкологічний диспансер», Київ, Україна

³Державне некомерційне підприємство «Національний інститут раку», Київ, Україна

⁴Державне некомерційне підприємство «Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького», Львів, Україна

Вступ. Інфекції ділянки хірургічного втручання (ІДХВ) у пацієнтів з онкологічною патологією після операцій на ор-

гана черевної порожнини залишаються однією з провідних причин післяопераційних ускладнень.

Матеріали та методи дослідження. Аналіз проспективної бази даних інфекційних ускладнень у період з вересня 2024 до вересня 2025 р. Кількість — 311 осіб, жінок — 70,7% (220), віковий інтервал становив 44–78 років. Типи хірургічних втручань: резекції підшлункової залози, печінки, циторедукції, 98,4% ($n=306$) через онкологічне захворювання.

Висновки. Показник ІДХВ є нижчим за середньосвітові, що може відобразити явище недорепортування у процесі збору та верифікації даних. Формування проспективної бази даних, систематичний збір та аналіз інформації створює основу для моніторингу, оцінки динаміки показників, ідентифікації факторів ризику та удосконалення профілактичних стратегій. Наступні кроки: проведення порівняльного аналізу частоти ІДХВ при лапароскопічних та відкритих операціях, збір та аналіз даних щодо інфекцій сечовивідних шляхів.

Можливості мобільного додатка HealUA для онкологічних консультацій в умовах війни

Т. Іванікович, М. Горячок, Т. Кондратюк, Д. Хоптар, М. Копчак, А. Никоненко, І. Верещак, Б. Мамедієв, М. Антопів, К. Потапова, І. Гуйванюк, Н. Мельничук
Громадська організація (ГО) «Глобал медикал ноуледж аліанс Україна», Київ, Україна

Вступ. Повномасштабна війна суттєво порушила роботу системи охорони здоров'я України: зруйновано понад 1900 закладів охорони здоров'я; проблеми з логістикою; зменшення кількості медичних працівників; зросла потреба в дистанційних консультаціях між фахівцями.

Мета: оцінити ефективність використання мобільного застосунку HealUA для розв'язання клінічних випадків онкологічного профілю.

Методи. Розробка: ГО Global Medical Knowledge Alliance та студія Emprat у 2022 р. Платформи: iOS та Android. Верифікація користувачів: усі активні користувачі проходять верифікацію на наявність медичної освіти. Функціонал: публікація клінічних кейсів, додавання матеріалів, відеоконференція. Мови: переклад за допомогою штучного інтелекту (ШІ) з української на англійську мову. Аналіз: дескриптивна статистика.

Результати. Приєдналися 4686 лікарів (травень 2022 — листопад 2026 р.): 269 (5,7%) онкохірургів, 243 (5,2%) клінічних онкологів. Подано 637 клінічних запитів, з них 50 (7,8%) — онкологічні. 100% онкологічних кейсів отримали відповідь. Кейси з додатковими візуальними або іншими матеріалами мали вищу активність обговорень.

Висновки. Застосунок HealUA — ефективний інструмент для дистанційної взаємодії лікарів, що забезпечує безперервність медичної допомоги під час війни. Двомовна підтримка полегшує міжнародну співпрацю. Платформа має потенціал для масштабування в інших кризових регіонах.

Рецидивні саркоми черевної порожнини та заочеревинного простору: можливості та межі спеціального лікування

С.Г. Четверіков, В.Є. Максимовський, В.В. Четверікова-Овчинник, М.С. Четверіков

Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) Одеського національного медичного університету, Одеса, Україна

За період 2015–2025 рр. прооперовано 18 хворих з рецидивними саркомами органів черевної порожнини та заочеревинного простору. Первинна гістологічна структура: 11 хворих — лейоміосаркома, 6 пацієнтів — ліпосаркома, 1 особа — дедиференційована саркома на тлі мієлофіброзу. Цим пацієнтам сумарно виконано 94 циторедуктивні операції. Лікування завершено однією циторедукцією у 5 хворих, двома — у 2 пацієнтів, трьома — у 3 пацієнтів. Найбільшу

кількість етапних циторедукцій (21 операція протягом 9 років) проведено пацієнтці з лейоміосаркомою матки, яка отримала перший рецидив у 2015 р. (тривалість життя з моменту першого рецидиву — 93 міс).

Циторедуктивна хірургія у пацієнтів з рецидивними саркомами / перитонеальним саркоматозом черевної порожнини є ефективним методом лікування на додаток до симптоматичної терапії. Повторна рання оптимальна циторедукція з максимально можливим видаленням усієї виявленої пухлинної маси та відновленням анатомічної або функціональної цілісності уражених органів може знизити ймовірність пухлинної кахексії, інтоксикації, анемії, тромбозу та крововиливу, набряку та порушення функції травної та сечовидільної систем. Це, своєю чергою, подовжує тривалість життя цим пацієнтам та підвищує його якість.

Повна гістологічна відповідь на неoad'ювантну ПХТ за схемою FLOT у пацієнтки з дискогезивною карциномою шлунка

М.Т. Чистяк, В.В. Русаков, М.М. Гризлов, І.В. Король
Медичний дім «Одрекс», Одеса, Україна

Представлено клінічний випадок пацієнтки із дискогезивною (персеподібноклітинною) карциномою шлунка, у якої після проведення неoad'ювантної поліхімієтерапії (ПХТ) за схемою FLOT досягнуто повної морфологічної відповіді, що підтверджено гістологічно після лапароскопічної тотальної гастректомії з D2-лімфодиссекцією.

24.09.2024 р. — скринінгова відеоезофагогастродуоденоскопія. Біопсія за протоколом OLGA / OLGIM + *Helicobacter pylori*. ПГВ: дифузна карцинома шлунка, персеподібноклітинний варіант, дифузний тип за Lauren.

2.10.2024 р. — КТ-ознак аденопатії, метастазів головного мозку, ший, паренхіматозних органів, легень, кісток не виявлено.

9.10.2024 р. — діагностична лапароскопія. Ревізія черевної порожнини. Перитонеальні змиви. Біопсія великого чепця. ПГВ: досліджені фрагменти сальника в межах гістологічної норми. Перитонеальні змиви: атипів клітини в рідині відсутні.

31.10.2024 р. — міждисциплінарний онкологічний консиліум. Рекомендовано проведення курсів ПХТ за схемою FLOT з подальшим КТ-контролем після 4 курсів.

17.01.2025 р. — КТ-ознак утворень, аденопатії, метастазів паренхіматозних органів, легень, кісток не зафіксовано.

17.01.2025 р. — передопераційна відеоезофагогастродуоденоскопія — відсутність ендоскопічних ознак пухлини. Лапароскопічна тотальна гастректомія з D2-лімфодиссекцією. ПГВ: повна гістологічна відповідь уT0yрN0(0/32) L0 V0 Pn0 R0. Фрагменти великого чепця без ознак неопластичного процесу. Жирова тканина, лімфатичні вузли без ознак неопластичного процесу.

Морфологічно після гастректомії — повна гістологічна відповідь на лікування (yT0yрN0 (0/32) L0 V0 Pn0 R0). Життєздатних клітин первинної інвазивної неоплазії в межах слизової оболонки не виявлено. Ступінь регресії пухлини — 0 за R. Ryan et al. (відповідно до чинних рекомендацій Колегії американських патологів (College of American Pathologists — CAP), grade 1 — за Mandard. Ознак неопластичного процесу в сальнику та лімфатичних вузлах не виявлено. Післяопераційний період без ускладнень. Стан пацієнтки задовільний, ознак рецидиву при подальшому спостереженні не встановлено.

Висновки. Дискогезивна карцинома шлунка, попри високу агресивність, може проявляти повну відповідь на сучасну неoad'ювантну хімієтерапію за схемою FLOT. Своєчасний мультидисциплінарний підхід є вирішальним для досягнення оптимальних результатів. Представлений випадок підтверджує доцільність проведення неoad'ювантної ПХТ за схемою FLOT при лікуванні дискогезивної карциноми шлунка.

Досвід використання маркера на основі вуглецю для локалізації пахвових лімфатичних вузлів перед неoad'ювантною системною терапією раку грудної залози

С.С. Чуклін, Д.А. Успенський
Медичний центр Святої Параскеви, Львів, Україна

Актуальність. Таргетне видалення раніше ураженого пахвового лімфатичного вузла (ЛВ) після неoad'ювантної терапії покращує точність стадіювання та може знизити рівень хибно-негативних результатів порівняно з лише біопсією сторожового ЛВ. Багато технологій локалізації є дорогими або логістично обмеженими. Маркування фарбою на основі вуглецю (Black Eye) є недорогим та широко доступним. Первинна кінцева точка: персистенція / видимість татування та вилучення маркованого ЛВ під час операції.

Висновки. Татування аксиллярних ЛВ перед проведенням неoad'ювантної терапії за допомогою маркера Black Eye — це легкий та надійний інтраопераційний спосіб ідентифікації ЛВ (5/5, 100%). Побічні ефекти: залишок тату фарби на шкірі пацієнтки в місці ін'єкції.

Виконання мезогепатектомії при гепатоцелюлярному раку

В.О. Чуприна, Д.Ю. Савенков, В.В. Малицький
Комунальне некомерційне товариство «Дніпровський обласний клінічний онкологічний диспансер» Дніпропетровської обласної ради, Дніпро, Україна

Актуальність. Гепатоцелюлярна карцинома (ГЦК) залишається одним із найчастіших первинних злоякісних новоутворень печінки. Хірургічна резекція є основним методом лікування при локалізованому процесі, однак обсяг операції повинен балансувати між радикальністю та збереженням функціонального об'єму паренхіми. Анатомічна мезогепатектомія є альтернативою стандартній правій або лівій гемігепатектомії, дозволяючи видалити пухлину в межах здорових тканин зі збереженням обох латеральних секторів.

Клінічний випадок. Пацієнтка, 70 років. В анамнезі — хронічний вірусний гепатит С (пролікований). Онкомаркери: СА 19-9 — 9,49 Од/мл (норма 0–33) та альфа-фетопротеїн (АФП) — 38,92 Мод/мл (норма 0–7). Магнітно-резонансна томографія (МРТ) органів черевної порожнини: в S7–S8 визначено неправильної форми новоутворення розміром 40×55×41 мм з гетерогенним сигналом, периферичним посиленням, зонами некрозу, капсулою. Комп'ютерна томографія (КТ) органів черевної порожнини: гетерогенне гіподенсивне вогнище в S7, з артеріальним посиленням, капсула можлива; проведено диференційну діагностику між гемангіомою, аденомою, ГЦК. Тонкоіголова біопсія — верифіковано ГЦК.

Хірургічне лікування. Виконано анатомічну мезогепатектомію з урахуванням передопераційного 3D-планування судинно-сегментарної архітектоники. Збережено правий і лівий латеральні сектори. Інтраопераційна крововтрата — мінімальна, гемостаз адекватний. Післяопераційний перебіг — без ускладнень.

Гістологічний висновок. Низькодиференційована гепатоцелюлярна аденокарцинома хромофобної та світлоклітинної будови. Виражені поля некрозу, крововиливи, pT2.R0. LVI+.

Обговорення. Мезогепатектомія дає можливість досягти онкологічної радикальності при центрально розташованих пухлинах печінки без необхідності великого обсягу резекції. Такий підхід знижує ризик післяопераційної печінкової недостатності та зберігає функціональний резерв, що особливо важливо у пацієнтів з фоновим фіброзом або хронічним гепатитом.

Висновки. Анатомічна мезогепатектомія є ефективним органозберігальним методом при центральній ГЦК. 3D-планування дозволяє оптимізувати резекційні межі та судинну реконструкцію. Післяопераційний результат R0 без ускладнень підтверджує доцільність цього підходу.