

САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ

ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

7-8 ДЕКАБРЯ 2023 ГОДА

САМАРА

УДК 616-006

ББК 55.6

Научная редакционная коллегия:

Академик РАН, доктор медицинских наук, профессор Г.П. Котельников

Профессор РАН, доктор медицинских наук, профессор А.В. Колсанов

доктор медицинских наук А.Е. Орлов

доктор медицинских наук О.И. Каганов

доктор медицинских наук С.В. Козлов

доктор медицинских наук М.О. Воздвиженский

кандидат медицинских наук Т.Г. Золотарева

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ: Сборник материалов ежегодной научно-практической конференции с международным участием. – Самара, 2023. – 201 стр.

В издание включены статьи, тезисы, посвященные вопросам организации онкологической помощи, современным возможностям профилактики, скрининга, диагностики, лечения и реабилитации больных со злокачественными новообразованиями. В сборнике представлены научные работы сотрудников Самарского областного клинического онкологического диспансера, Самарского государственного медицинского университета, а также специалистов из других лечебно-профилактических учреждений и регионов Российской Федерации.

Все работы представлены в авторской редакции.

©Коллектив авторов, 2023

ЙОКОГАМСКАЯ СИСТЕМА ОФОРМЛЕНИЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛУ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Азова М.А., Торопова Н.Е., Липатова Е.Н., Морошкина Г. П.,
Трухова Л.В., Щавелева С.С.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Дисгормональные поражения молочных желез вне периода лактации и беременности – наиболее распространенная патология репродуктивных органов женщины. По определению ВОЗ мастопатия – это фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ), характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительно-тканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы. Различают непролиферативную и пролиферативную формы ФКБ. При этом риск малигнизации при непролиферативной форме составляет 0,86%, при умеренной пролиферации – 2,34%, при резко выраженной пролиферации – 31,4%. Рак молочной железы является одной из основных проблем здравоохранения. В 2020 г. рак молочной железы был диагностирован у 2,3 млн женщин и вызвал 685 000 случаев смерти во всем мире. Цитологический метод диагностики заболеваний молочной железы стал активно использоваться в практическом здравоохранении с 40-х годов XX века. Изначально использовали эксфолиативный материал – исследование выделений из сосков. В течение десятилетий с момента первого использования Мартином и Элисом в 1930 году наблюдался рост использования метода тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) в диагностических процедурах для оценки опухолей молочной железы. В большинстве стран мира диагностика новообразований молочной железы базируется на так называемом тройном тесте (Triple Test). Тройной тест включает клиническое обследование, изучение структуры ткани молочной железы с привлечением маммографии, ультразвукового исследования или магнитно-резонансной томографии, а также цитологическое исследование выделений из молочных желез или биоматериала, полученного при ТАБ.

Первое сообщение о разработке системы критериев цитологической диагностики патологии молочной железы по материалу ТАБ было сделано в 2016 г. на Международном конгрессе цитологов в Йокогаме (Япония). Международной академией цитологии была учреждена группа по исследованию патологии молочной железы, в которую, помимо цитопатологов, вошли другие специалисты по диагностике и лечению заболеваний молочных желез. На основе обзора литературы и экспертных знаний членов группы был подготовлен, а затем представлен профессиональному сообществу проект документов. В 2019 г. на 20-м Международном конгрессе по цитологии в Сиднее была представлена Йокогамская система (IAC Yokohama System) оформления заключения по материалу ТАБ молочной железы.

Цель исследования. Проанализировать Йокогамскую систему оформления цитологического заключения по материалу тонкоигольной аспирационной биопсии образований молочной железы.

Результаты. Йокогамская система написания заключения по материалу ТАБ образований молочной железы представляет собой единую многоуровневую систему цитологических заключений и включает 5 диагностических категорий. В каждой категории определен вероятный риск малигнизации и прописана тактика необходимых диагностических и лечебных мероприятий.

Категория С1. Неинформативный материал. В зависимости от клинических и рентгенологических данных может быть рекомендована повторная пункция (в общей сложности до 3 раз). Неудачные с точки зрения получения адекватного клеточного материала последующие пункции пристораживающих в отношении злокачественности данных могут рассматриваться как основание для проведения трепанобиопсии. Риск развития злокачественной опухоли в этой категории составляет от 2,6 до 4,8 %.

Категория С2. Доброкачественный процесс. В этих случаях, если клинические и лучевые данные соответствуют доброкачественному процессу, биопсия не требуется. При получении неоднозначных клинико-рентгенологических данных или при подозрении на злокачественное поражение необходимо повторить ТАБ или прибегнуть к трепанобиопсии. Риск развития злокачественной опухоли в этой категории составляет от 1,4 до 2,3 %.

Категория С3. Атипия неясного значения. Соответствует цитологической картине выраженного пролиферативного процесса, как правило, доброкачественного. Часть клеток могут отличаться полиморфизмом, иметь иные признаки атипии. Если клеточные изменения вызваны техническими погрешностями, необходима повторная ТАБ; если клеточный материал адекватен и характеризуется атипичностью, рекомендуется трепанобиопсия. Риск развития злокачественной опухоли в этой категории составляет от 13 до 15,7 %.

Категория С4. Подозрение на злокачественный процесс. Соответствует подозрению на злокачественный процесс. Трепанобиопсия, с учетом клинических данных и данных лучевых методов диагностики, выступает обязательным назначением. Вероятность злокачественного процесса составляет 84,6–97,1 %.

Категория С5. Злокачественное новообразование. Включает злокачественные новообразования. Если данные всех исследований «тройного теста» при комплексной оценке соответствуют злокачественному процессу, проводится трепанобиопсия. Вероятность злокачественного процесса составляет 99–100 %.

Выводы. Основные требования Йокогамской системы к диагностической цитологии предполагают следование единым правилам тонкоигольной пункции с использованием ультразвукового наведения, изготовление цитологических препаратов надлежащего качества, высокий уровень профессиональной компетентности врача-цитолога. Авторы системы ставили перед собой задачи минимизировать ошибки на преаналитическом этапе, стандартизировать терминологию цитологического заключения и разработать общие требования к структуре его написания, категоризировать цитологические заключения и сопроводить их рекомендациями по клиническому ведению.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН

Айбетова Э.Р., Лозовая С.В., Пущенко А.И., Скупченко А.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Обеспечение доступа к сосудистому руслу является важной задачей анестезиологии и реаниматологии. Постоянный доступ к сосудистому руслу позволяет вводить лекарственные препараты и инфузионные среды, что дает возможность регулировать состояние жизненно важных органов и систем, осуществлять заместительную почечную терапию и реализовывать прочие варианты экстренной помощи. Это наиболее часто выполняемая манипуляция врачом анестезиологом-реаниматологом и она сопряжена с непреодолимым и сложно прогнозируемым риском развития тяжелых осложнений. Установка PICC-катетера или венозного порта – адекватная альтернатива катетеризации центральной вены в случае необходимости длительной инфузии или введения ирритантов и везикантов.

Цель исследования. Показаниями для катетеризации центральной вены являются потребность во введении инфузионных сред или лекарственных препаратов при невозможности обеспечения требуемого объема, скорости, эффективности и безопасности инфузионной и медикаментозной терапии за счет катетеризации периферических вен; контроль центрального венозного давления и прочие виды гемодинамического мониторинга; проведение вазопрессорной терапии; проведение заместительной почечной терапии; проведение экстракорпоральных методов поддержки кровообращения и дыхания; эндокардиальная кардиостимуляция; парентеральное питание; введение гиперосмолярных и обладающих раздражающим действием на интиму кровеносных сосудов растворов; замена катетера. Целью нашего исследования является снижение риска осложнений при катетеризации центральных вен, нахождение альтернативных путей установки катетера при невозможности (технической) катетеризации врачами нашего отделения и при необходимости очень длительного нахождения катетера в вене.

Материалы и метод. Для адекватного проведения интенсивной комплексной терапии, антибиотикотерапии, введения парентерального питания, проведения программ химиолучевого лечения, онкологические пациенты нередко нуждаются в постоянном венозном доступе. Для выполнения этих целей мы рутинно используем центральные венозные катетеры. Однако их применение ограничено по времени (14 дней) и техническому исполнению (больные, оперированные в отделении опухолей головы и шеи; больные со стернотомическим доступом; больные с явлениями лимфостаза; больные с синдромом сдавления верхней полой вены; больные с деформацией (переломами) костей верхнего плечевого пояса). За отчетный период нами выполнены 132 катетеризации центральных вен. У 97 больных была выполнена катетеризация центральной вены врачами нашего отделения и у 23 из них возникли технические сложности, в дальнейшем потребовались рекатетеризации и установка PICC-катетера или порта. 28 пациентов не имели экстренной необходимости в установке катетера и им были установлены PICC-катетеры или порты коллегами из отделения рентгенхирургии. Катетеризация бедренной вены используется в нашем стационаре только в экстренных ситуациях и только очень кратковременно (до 48 часов), таких пациентов было 7; в дальнейшем изыскиваются альтернативные способы катетеризации.

В клиническую практику нашего стационара внедрены различные устройства постоянного венозного доступа, устанавливаемые на длительный срок – порты и PICC-катетеры. Этим занимаются коллеги из отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения.

Среднесрочный периферически имплантируемый центральный венозный катетер (PICC) устанавливается сроком от 6 дней до 6 месяцев для проведения интенсивной инфузионной терапии и введения гипер- и гипоосмолярных, кислых и щелочных растворов. Эти катетеры называются так, потому что вводятся в одну из небольших вен на руке (как

правило, в медиальную подкожную или латеральную подкожную вену руки), но при этом, кончик катетера находится в верхней полой вене.

Долгосрочный имплантируемый центральный венозный катетер (PORT) вводится по плановым показаниям для проведения инфузионной терапии, введения химиопрепаратов, антибиотиков, парентерального питания сроком от 1 года до 5 лет. При необходимости центрального венозного доступа необходим подбор оптимального устройства, соответствующего индивидуальным клиническим особенностям пациента и длительности планируемой терапии.

Результаты исследования: важным критерием оценки необходимости и безопасности катетеризации является частота и число технических трудностей и возникших после нее осложнений. В основной группе больных технические сложности, потребовавшие вмешательства рентгенхирургов возникли в 9 % случаев. В этой же группе процент осложнений, возникший после катетеризации составил 2%. При катетеризации бедренной вены частота возникших осложнений – 12%. В группе пациентов, которым были установлены РИСС-катетеры или порты осложнений не было.

Выводы. В каждом конкретном случае решение о необходимости и виде сосудистого доступа принимается индивидуально анестезиологом-реаниматологом или коллегиально с онкологом с учетом экстренности и дальнейших целей катетеризации центральной вены. Если мы говорим об экстренной ситуации или предполагаемой относительной кратковременности, выбор всегда в пользу катетеризации центральной вены врачом анестезиологом-реаниматологом под контролем ультразвука. Если пациент нуждается во внутривенной инфузии в течении более чем 6 суток или у нас возникли сложности с катетеризацией, должны рассматриваться возможности установки РИСС-катетера. Это минимальный риск имплантации, отсутствие риска случайной кровопотери и воздушной эмболии. Также важно отсутствие при РИСС-катетере хронической гепаринизации. И абсолютным преимуществом является возможность использования как в стационаре, так и при амбулаторном ведении пациента. В условиях возможности выбора установка РИСС-катетера является преимущественной для наших пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЁННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Акамова Э.М., Чекулаев Р.А., Козлов В.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Оказание паллиативной медицинской помощи — это подход, направленный на улучшение качества жизни пациентов (взрослых и детей) и их семей, которые сталкиваются с проблемами в связи с опасными для жизни заболеваниями. Благодаря ранней диагностике, правильной оценке и лечению боли, а также решению других проблем, будь то физических, психосоциальных или духовных, паллиативная помощь позволяет предотвратить и облегчить страдания. (ВОЗ 2019г.).

Своевременность терапии патологических симптомов является одним из факторов, необходимых для улучшения качества оказания паллиативной помощи. В 2014 г. первая в истории глобальная резолюция по паллиативной медицинской помощи WHA67.19 призвала ВОЗ и государства-члены улучшить доступ к паллиативной медицинской помощи в качестве одного из ключевых компонентов систем здравоохранения, уделяя особое внимание первичной медико-санитарной помощи, оказанию помощи на уровне местных сообществ и на дому.

Согласно Положению об организации оказания паллиативной медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 мая 2019 г. N 345н/372н (приложение №1), одним из показаний к началу паллиативной помощи у пациентов со злокачественными новообразованиями является, наличие болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания. Различные патологические проявления заболевания зачастую появляются до признания пациента, нуждающимся в оказании паллиативной помощи.

От момента установки диагноза, коррекция, или первичное назначение симптоматической терапии у пациента с онкозаболеванием, проводится только на этапе получения первичной паллиативной помощи (в поликлинике по месту жительства.) Получение специализированной паллиативной медицинской помощи, которая осуществляется силами кабинета паллиативной медицинской помощи и отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи, осуществляется только после постановки паллиативного статуса.

Признание факта нуждаемости в оказании паллиативной помощи порой затрудняется в случае длительности не обращаемости родственников и пациента за первичной медицинской помощью.

Улучшение качества жизни от момента проявлений патологических симптомов является актуальным для всех видов онкологических заболеваний.

Цель исследования. Оценить клинические показатели здоровья женщин с распространёнными формами рака молочной железы в зависимости от модели организации паллиативной помощи.

Материалы и методы. Были отобраны 246 пациентов, с распространёнными формами рака молочной железы. Пациенты были распределены на две группы (А и В). Группа А – пациенты получающие симптоматическую терапию, только при присвоении нуждаемости в оказании паллиативной помощи; Группа Б – пациенты, получающие коррекцию и симптоматическое лечение до присвоения паллиативного статуса, получающие специализированное противоопухолевое лечение.

Для оценки клинических показателей были использованы самые часто используемые в паллиативной помощи клинические шкалы [2].

Данные были проанализированы с последующим использованием регрессионных моделей Манна-Уитни, хи-квадрат, Каплана-Мейера.

В качестве используемых методов паллиативной симптоматической терапии использовались схемы противоболевой терапии, дезинтоксикации, лечение лимфостаза, антиэметическая терапия, в том числе после проводимой химиотерапии, одышка с медикаментозная коррекция развития осложнений после проводимого этиотропного лечения, психологическое сопровождение пациента на всех этапах получаемой терапии, в том числе профилактические меры развития дистресса, эмоциональных нарушений у пациента.

Выводы При наблюдении со стороны специалистов паллиативного отделения по поводу боли и других патологических симптомов во время противоопухолевой терапии пациенты отмечали улучшение качества жизни уменьшение психологического дистресса, выживали дольше, чем те, кто стал получать паллиативное лечение позже.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЦИНТИГРАФИИ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЗА 2022-2023 гг. Артемов Р.В., Шубина Ю.Н., Гусак Ю.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: поиск и картирование «сигнальных» лимфатических узлов (СЛУ) при злокачественных новообразованиях различной локализации на данный момент является одним из приоритетных направлений в повседневной практике отделения радионуклидной диагностики, а также востребованным и актуальным исследованием в онкоучреждениях по всему миру. Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах наиболее значимый фактор прогноза как общей, так и безрецидивной выживаемости, оказывающий непосредственное влияние на выбор тактики послеоперационного лечения. Факторами, повышающими риск метастатического поражения регионарных лимфоузлов, являются большой размер опухоли, лимфоваскулярная инвазия, степень злокачественности, наличие опухолевых эмболов в лимфатических щелях и т. д. Сторожевой лимфатический узел – это лимфатический узел в регионарном бассейне, который является первым барьером на пути продвижения опухолевых клеток от первичного очага. Большим количеством исследований было подтверждено, что распространение опухоли начинается с появления метастазов в одном или двух ближайших по ходу тока лимфы лимфатических узлах, а потом в процесс вовлекаются другие регионарные лимфоузлы.

Цель исследования: сравнительный статистический анализ диагностики сторожевых лимфатических узлов с использованием радиологических методов исследования. Улучшение качества стадирования и лечения больных с меланомой и раком молочной железы с использованием метода сканирования СЛУ.

Материалы и метод. С 2020 г. в практику отделения радионуклидной диагностики (ОРД) ГБУЗ СОКОД введено исследование со специфичным радиофармпрепаратом «Нанотоп». Нанотоп – нанокolloид человеческого сывороточного альбумина. По меньшей мере, 95% частиц имеют размеры меньше 80 нм (для сравнения Технефит – 200-300 нм). После приготовления РФП согласно инструкции, пациенту вводится 15-100 МБк меченого коллоида. Исследование проводится через 60-90 минут после введения, статистика 300-500 тыс. импульсов. Рациональное временное окно для обнаружения сигнальных лимфоузлов от 2 до 24 ч от момента инъекции радиоизотопа. При заключении оценивается наличие очагов гиперфиксации по ходу путей лимфоотока. Доза облучения пациента при выполнении указанного исследования незначительна и составляет до 0,5 мЗв на все тело. С 2020 г. по настоящее время сцинтиграфия сторожевых лимфатических узлов в ОРД проводится преимущественно пациентам со злокачественными новообразованиями молочной железы.

Результаты анализа. Количественный анализ сканирования СЛУ при меланоме и раке молочной железы показал, что за весь 2022 г. объем выполненных исследований - 146 СЛУ. А только за первые 6 месяцев 2023г было выполнено уже 200 сканирований сторожевых лимфатических узлов. В общей структуре исследований подавляющее большинство приходится на сцинтиграфию лимфатических узлов при раке молочной железы. Способ введения радиофармпрепарата «Нанотоп» - перитуморально, подкожно или субареолярно, с активностью 15-60 МБк. С августа 2023 г началось внедрение метода исследования СЛУ в отделении онкогинекологии пациенткам с раком шейки матки.

Выводы. В структуре всех выполненных исследований в ОРД за первые 6 месяцев 2023 г. картирование СЛУ составило порядка 200 случаев и уверенно выходит на третье место в разрезе услуг отделения: остеосцинтиграфия (1900) и щитовидной железы (273). Количество исследований СЛУ за первое полугодие 2023 г увеличилось практически в 3 раза по сравнению с первым полугодием 2022 г (200 и 73 сканирования соответственно). Данные показатели косвенно свидетельствуют об улучшении качества стадирования и назначения последующего лечения больных со злокачественными новообразованиями наружной локализации.

РАБОТА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОКОД В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ НАГРУЗКИ Башлыкова Г.В., Исакова Г.Н.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. С марта 2022 года, в связи с улучшением эпидемиологической ситуации, в Самарской области были сняты ограничения, установленные в период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. В регионе возобновилось оказание первичной медико-санитарной помощи, плановой госпитализации в профильные стационары. Вследствие этого наблюдается увеличение числа пациентов, направляемых в онкодиспансер. Что в свою очередь приводит к необходимости ускорить рабочий процесс приёма пациента, не ухудшив при этом качество предоставляемых услуг. По официальной статистике среднее количество приёма пациентов в приёмном отделении СОКОД за одну рабочую смену в 2021 г составило около 250 человек В 2022 году среднее количество приёма увеличилось до 300 человек в день.

Цель исследования. Формирование алгоритма действий врача-терапевта приёмного отделения СОКОД в условиях повышенной нагрузки. Предотвращение конфликтных ситуаций.

Материалы и метод. Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи: сокращение времени приёма пациента без ухудшения качества выполняемого осмотра, соблюдение времени приёма.

На основании нескольких приёмов из собственного опыта нами был установлен следующий порядок действий:

1. Пациенты приходят на госпитализацию согласно памятке, где указывается отделение, время прибытия, необходимые обследования, адрес электронной почты.
2. За 1-2 дня до госпитализации отсканированные копии документов приходят на электронную почту СОКОД, что позволяет заранее ознакомиться с документами пациентов, скорректировать поток. при необходимости распечатать на приёме.
3. Пригласить пациента на приём, идентифицировать личность человека.
4. При согласии пациента проводить осмотр в присутствии сопровождающих, допустить нахождение в кабинете
5. Провести осмотр и опрос пациента, ознакомиться с документами, выданными пациенту в ЛПУ по месту жительства, заполнить протокол первичного осмотра .
6. Ознакомить пациента с предварительным диагнозом и обсудить индивидуальный план сопровождающего лечения для химиолучевых пациентов и сопроводительную терапию для поступающих на хирургическое лечение. В случае наличия противопоказаний подготовить заключение для ЛПУ по месту жительства, а иногда вызвать скорую помощь для транспортировки пациента в другой стационар.
7. При повторном приёме ознакомиться с результатами обследований, уточнить диагноз, обсудить возможное лечение (для химиолучевых пациентов, повторное оперативное лечение)
8. Наблюдение за пациентами в стационаре: коррекция плановой терапии. Обсуждение с лечащим врачом-онкологом дальней тактики ведения пациента, назначение необходимого дообследования и лечения на стационарном этапе.

Выводы. В результате чёткого выполнения данного алгоритма удаётся сократить время приёма, в среднем, до 5 минут, не снижая качество осмотра и опроса пациента. Данные этапы очень важны, так как особенно первичные пациенты нуждаются в подробном подборе лечения, что формирует мнение больных как о враче так и об учреждении в целом. Получение документов на электронную почту значительно облегчает работу терапевтов приёмного отделения СОКОД.

**ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ
ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ,
БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ
Блинов Н.В., Фролов С.А., Тулупов М.С.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: По данным различных отечественных и зарубежных авторов лечение пожилых пациентов с онкологическими заболеваниями ассоциировано с более высоким риском смертности. Большинство авторов сходится в едином мнении, что нарушение питания и нутритивная недостаточность играет одну из заглавных ролей в смертности от рака. Для оценки нутритивного статуса пациента в повседневной клинической практике используют целый комплекс соматометрических и клинико-лабораторных параметров. Опросник (PG-SGA) глобальная субъективная оценка был разработан специально для нутритивной оценки онкологических больных, по мнению многих авторов именно в опроснике (PG-SGA) детально оценивается большинство факторов, влияющих на метаболизм, а также параметров, отражающих изменения метаболических процессов.

Цель исследования: оценить общую выживаемость выживаемости пожилых пациентов с колоректальным раком и связь данного показателя с индексом массы тела (ИМТ) и показателем опросника (PG-SGA) глобальная субъективная оценка.

Материалы и метод. В исследовании приняли участие 90 пациентов, получавших лечение в ГБУЗ СОКОД с 2017 по 2020 годы по поводу рака прямой кишки. Соотношение мужчин и женщин – 51(56,6%) и 49 (54,4%) соответственно, средний возраст составил 70,1 ± 4,3 года. Всем пациентам при поступлении определялся индекс массы тела (ИМТ), проводилась оценка по опроснику (PG-SGA). У всех пациентов, включенных в исследование, степень локальной опухолевой инвазии соответствовала Т3-Т4, опухоль располагалась в верхнеампулярном отделе прямой кишки. По данным предоперационного обследования не было получено данных за наличие измененных регионарных лимфоузлов. Пациенты, включенные в исследование, не получали неоадьювантное и адьювантное лечение.

Результаты исследования. По данным обследования у 17,2% был снижен ИМТ, у 56% был нормальный ИМТ и 26,8% имели избыточный вес. На момент проведения анализа ни в одной из групп не было достигнуто медианы общей выживаемости. По данным PG-SGA - 79.9% не нуждались в нутритивной поддержке (PG-SGA A); 23,4% пациентов нуждались в дополнительной нутритивной поддержке (PG-SGA B), а 3,3% нуждались в срочной нутритивной поддержке (PG-SGA C). В группе с PG-SGA A на момент проведения анализа общая медиана выживаемости не была достигнута, в группе PG-SGA B и группе PG-SGA C общая медиана выживаемости составила 18,7 и 6,7 месяцев соответственно. Тяжелая недостаточность питания (SGA C), по сравнению с PG-SGA A, была связана с относительным риском смерти 12,04 (95% доверительный интервал [CI], 3,43-42,19, P < .001.

Выводы. Опросник «Глобальная субъективная оценка» (PG-SGA) имеет значимое влияние в определении нутритивной недостаточности у пожилых пациентов с колоректальным раком, PG-SGA C ассоциировано с худшей выживаемостью.

РОЛЬ МЕХАНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Блинов Н.В., Фролов С.А., Тулупов М.С.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: В течение многих лет ведутся дискуссии по оптимизации способа подготовки толстой кишки к операции. Многие авторы склоняются к тому, что предоперационная механическая подготовка кишечника не демонстрирует значимой пользы в сравнении с пациентами, кому не проводилась данная подготовка. Более того в ряде исследований было продемонстрировано, что механическая подготовка толстой кишки может являться причиной возникновения послеоперационных осложнений, связанных с дегидратацией и возникновением электролитных нарушений.

Цель исследования: Оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов, которым перед операцией проводилась механическая подготовка толстой кишки.

Материалы и метод. В данное исследование вошли 40 пациентов. Основная группа 18 пациентов, 8 мужчин (44,4%) и 10 (55,5%) женщин. Группа контроля – 22 пациента, 10(45,5%) мужчин и 12 (54,5%) женщин. Средний возраст в обеих группах составил $66,1 \pm 3,6$ лет. По данным предоперационного МРТ органов малого таза у всех пациентов, включенных в исследование, опухоль располагалась в среднеампулярном отделе прямой кишки, степень локальной опухолевой инвазии соответствовала сТ3-Т4а. На дооперационном этапе все пациенты получали химиолучевую терапию. За день до операции, пациентам основной группы выполнялась механическая подготовка толстой кишки, пациентам контрольной группы проводилась подготовка толстой кишки традиционным способом- постановкой очистительных клизм. Пациентам обеих групп выполнялась передняя резекция прямой кишки с формированием превентивной трансверзостомы.

Результаты исследования. Медиана наблюдения составила 1,5 года. Статистически значимых различий в частоте послеоперационных осложнений за 30-ти дневный период между группами исследования выявлено не было. Нескорректированное отношение рисков смерти от всех причин для пациентов основной группы составил 0,72 (95% CI, 0,58 – 0,92). Многофакторный анализ с поправкой на возраст, пол, стадию заболевания показал, что механическая подготовка толстой кишки не оказывает независимого влияния на смертность от всех причин (HR 0,86, 0,66 - 1,12).

Выводы. Применение механической подготовки толстой кишки перед операцией не оказывает влияния на ближайшие и отдаленные результаты лечения.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТНЫХ РАН ПОСЛЕ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ ЛОКАЛЬНО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
Блинов Н.В., Фролов С.А., Мешков А.В., Окулевич Н.Б.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Несмотря на большие достижения в неоадьювантной и адьювантной терапии рака прямой кишки с локализацией в нижеампулярном отделе, по-прежнему в большинстве случаев методом выбора является брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ). Основными недостатками БПЭ являются формирование обширного дефекта промежностной раны и связанные с этим инфекционные осложнения, по данным отечественных и иностранных исследователей после БПЭ отмечают высокий уровень послеоперационных осложнений (35 - 46 %).

Материалы и метод. В исследование были включены 19 пациентов получавших лечение в ГБУЗ СОКОД в 2019-2020 гг. В основную группу вошли 9 пациентов: 4 (44,4 %) мужчин и 5 (55,6 %) женщин, средний возраст составил $68,3 \pm 2,2$ года. Группа сравнения была представлена 10 больными: 4 (40 %) мужчин и 6 (60 %) женщин, средний возраст составил 66 ± 2 года. По данным предоперационного МРТ органов малого таза у всех пациентов, включенных в исследование, степень локальной опухолевой инвазии соответствовала сТ3-Т4а, дистальный край опухоли находился на 2-4 см. У всех пациентов были получены данные за наличие измененных мезоректальных лимфоузлов (сN1-2). На дооперационном этапе все пациенты получали химиолучевую терапию, СОД 46 Гр, после неоадьювантного лечения, пациентам обеих групп выполнялась брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Пациентам основной группы в промежностную рану устанавливали систему локально отрицательного давления с постоянным разрежением 100 мм рт.ст., повязки меняли 1 раз в 3-4 сут. В группе сравнения применяли традиционные средства местного лечения в соответствии с фазой течения раневого процесса.

Результаты исследования. В основной группе длительность применения системы локально отрицательного давления составила $6,7 \pm 2,0$ дня, за этот период проведено $2,6 \pm 0,4$ смены повязки. В контрольной группе традиционную обработку раны проводили ежедневно. Длительность госпитализации в группе сравнения в составила $24,5 \pm 3,7$ сут, а в группе исследования – $15,2 \pm 2,8$ сут ($p < 0,05$). В основной группе инфекционных раневых осложнений со стороны раны промежности не наблюдали, что позволило ушить промежностную рану наглухо у всех больных через $8,6 \pm 2,0$ сут. В группе сравнения у 2 (16,6 %) пациентов отмечено увеличение бактериальной обсемененности раны на фоне проводимой терапии.

Выводы. Применение системы локально отрицательного давления при лечении промежностных ран ассоциировано с достоверно меньшей частотой септических осложнений. Данный метод позволяет улучшить результаты лечения и сократить среднюю длительность пребывания больного в стационаре.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Борисова Е.Б., Трусова Л.А., Полукарова И.В., Круглова П.Л.,
Долгинин В.В., Байчорова М.Г., Золотарева Т.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава РФ

Актуальность: Во многих странах мира и в России рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующие позиции и занимает второе место по смертности среди женщин. Большому числу пациенток с диагностируемым РМЖ необходимо хирургическое лечение на разных этапах комплексного лечения. Как известно, снижение иммунного ответа на злокачественные клетки, возраст пациенток, коморбидность становятся факторами, предрасполагающими к развитию таких осложнений как: лимфедема верхней конечности, постэктомический синдром, гематомы. На практике и в ряде научных исследований наблюдается взаимосвязь между частотой возникновения рожистого воспаления и лимфедемой конечности. Предрасполагающими факторами развития инфекционного осложнения у пациенток после хирургического лечения рака молочной железы можно считать индивидуальную предрасположенность приобретенного или врожденного характера, в том числе развитие гиперчувствительности замедленного типа к гемолитическому стрептококку. В возникновении рецидивов рожистого воспаления на одном и том же месте имеют значение аллергическая перестройка и сенсибилизация кожи к гемолитическому стрептококку. Снижение общей резистентности организма вследствие перенесенной операции, лучевой терапии способствует присоединению сопутствующей микробной флоры, прогрессированию процесса и осложнению течения рожистого воспаления.

Цель исследования: Целью работы была оценка особенностей локализации и течения рожистого воспаления у пациенток распространенным раком молочной железы.

Материалы и методы: объектом исследования были 108 пациенток с вторичной лимфедемой верхней конечности после радикального лечения рака молочной железы, закончивших его не менее чем за 12 месяцев до включения в исследование, поступившие в отделение клиники пропедевтической хирургии №2 Клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России.

Результаты исследования: анализ клинических форм рожистого воспаления по типу кожных изменений показал, что в группе исследуемых женщин преобладали следующие формы: эритематозная (48,9%) и эритематозно - геморрагическая формы (41,6%). В подавляющем большинстве случаев (81,5%) наблюдалось рецидивирующее течение заболевания. При этом, средняя длительность безрецидивного периода рожи составила 1,2 месяца. У всех исследуемых больных основные дермальные изменения располагались на стороне опухолевого поражения с вовлечением кожи руки и/или верхнего плечевого пояса. При этом локализация очагов только в области верхней конечности отмечалась у 37,6% женщин, с переходом на кожу шеи и грудной клетки у 35,4%, с поражением руки и других участков тела – у 6,2%, только в области грудной клетки (в области постоперационного рубца) – у 6,8% больных. Многоуровневая локализация присутствовала в 14,0% случаев. Средняя площадь кожных изменений составляла 96,7 см². Комплексное клинико-иммунологическое обследование этих пациенток позволило оценить влияние ряда факторов на возникновение рожистого воспаления и на основе этого выделить факторы риска. Ведущее место среди них занимают:

1. Иммунодефицитное состояние: преимущественное подавление Т-клеточного (снижение абсолютного и относительного числа Т-хелперов) и фагоцитарного звеньев иммунной системы (достоверное снижение поглотительной функции нейтрофилов ($P < 0,001$) и их микробоцидной активности в кислородзависимых механизмах переваривания ($P < 0,002$)).

2. Хронический лимфостаз в области руки и плечевого пояса на стороне поражения, возникающий в результате проведения специальных методов лечения и/или обусловленный местным прогрессированием опухоли.

3. Наличие очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, дисбиотические состояния и др.), а в старшей возрастной группе - наличие тяжелой неинфекционной патологии (заболевания сердечно-сосудистой, пищеварительной и дыхательной систем).

Таким образом, исследование рожистого воспаления у больных распространенным раком молочной железы выявило определенные различия форм рожистого воспаления в общей популяции: преимущественная локализация кожных изменений в области верхней конечности на стороне опухолевого поражения, преобладание эритематозной и эритематозно-геморрагической форм, доминирование рецидивирующего характера течения заболевания.

Вывод: профилактика инфекционных осложнений является важной задачей, направленной на повышение качества жизни онкологических больных. Разработка превентивных мероприятий должна быть основана на комплексном исследовании условий развития конкретных инфекций, с учетом факторов риска.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ СОВМЕСТНО С ГЕМОСОРБЦИЕЙ В ОРИТ ГБУЗ СОКОД

Вишняков В.А., Калиновик А.А., Лозовая С.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Гемодиофильтрация (ГДФ) – один из методов экстракорпорального очищения крови. Данный метод основан на принципе переноса через полупроницаемую мембрану воды и растворённых в ней молекул за счёт градиента давления и градиента концентрации. Это позволяет эффективно удалять из крови воду, низко- и средне-молекулярные гидрофильные токсины, устранять электролитные нарушения; восстанавливать кислотно-щелочное равновесие крови. Гемосорбция - метод экстракорпорального очищения крови путём адсорбции токсинов на поверхности сорбента. Метод используется для удаления из крови гидрофобных эндо- и экзотоксинов. У большинства пациентов с признаками сепсиса и септического шока в короткий период развивается острое почечное повреждение, ограничивающие объём терапии. Процедуры ГДФ и гемосорбции продолжительны по времени. Для каждого сеанса требуются новый набор расходных материалов и время для подготовки к процедуре.

Материалы и метод. В условиях отделения ОРИТ ГБУЗ СОКОД было выполнено 13 процедур ГДФ и гемосорбции у 10 пациентов, у которых в послеоперационном периоде возникли осложнения в виде сепсиса, септического шока и острого почечного повреждения. В 11 случаях процедуры гемосорбции и ГДФ выполнены поочерёдно. Две процедуры выполнены в виде совмещения ГДФ и гемосорбции, посредством последовательного подключения гемофильтра и сорбционной колонки.

Процедуры проводились на аппарате Fresenius multiFiltate®, системы магистралей multiFiltrate Kit 8 CVVHDF с гемофильтром Ultraflux1000S®, диализирующий раствор multiPlus 2®, замещающий раствор multiBic®, сорбционная колонка Эфферон® ЛПС и ЦТ, катетер для гемодиализа ABLE 12 Fr\20 cm. Венозный доступ осуществлялся через бедренные вены.

Для последовательного подключения гемофильтра и сорбционной колонки использовался комплект переходников к магистральям для гемосорбции Эфферон®. Антикоагуляция осуществлялась непрерывной инфузией нефракционированного гепарина под лабораторным контролем АЧТВ.

Поток крови, скорость диализирующего и замещающего растворов корректировались под контролем гемодинамики и электролитного состава крови. Скорость ультрафильтрации устанавливалась до 100 мл\час.

Продолжительность совмещённых процедур составляла 25 часов.

Результаты исследования. Во всех случаях после начала процедуры с изолированным применением сорбционной колонки отмечалась стабилизация гемодинамики, снижение явлений эндотоксемии, устранение лихорадки. По результатам лабораторных исследований отмечалась снижение «воспалительных» маркёров — С-реактивного белка, прокальцитонина. Отмечалось снижение лейкоцитоза.

Однако после выполнения процедуры изолированной гемосорбции в лабораторных анализах наблюдались признаки прогрессирования острого почечного повреждения — увеличения уровня мочевины, креатинина, калия, усугубление лактат-ацидоза. Сохранялась олигоанурия.

В тех случаях, когда выполнялась совмещённая процедура ГДФ и гемосорбции, в лабораторных анализах было выявлено снижение как воспалительных маркёров, так и мочевины, креатинина, калия, нормализация кислотно-щелочного равновесия крови, снижение уровня лактата. Так же отмечалось увеличение диуреза.

Выводы. Совместное применение ГДФ с геморбцией является эффективным методом терапии сепсиса и септического шока. Данная методика позволяет одновременно эффективно бороться как с проявлениями эндо- и экзотоксемии, так и проводить терапию острого почечного повреждения. Так же этот метод позволяет экономить расходный материал и время, необходимые для выполнения процедуры.

ВЫЯВЛЕНИЕ СЛАДЖ-ФЕНОМЕНА У БОЛЬНОГО С ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Воронцова О.К., Макарова И.В., Ярыгина А.В., Горопова Н.Е.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В 1918 г. шведский ученый R. Fahræus в своем труде «The suspension stability of blood» описал сладж – феномен. Сладж (термин «sludge» в переводе с английского означает «густая грязь», «тина», «ил») представляет собой типовую форму патологии агрегатного состояния крови. Сладж заключается в разделении (сепарации) крови на плазму и отдельные конгломераты ее форменных элементов (эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов) с их адгезией, агрегацией и агглютинацией. Причины сладжа- это нарушения центральной и региональной гемодинамики (например, при сердечной недостаточности, ишемии, патологических формах артериальной гиперемии); повышение вязкости крови (в условиях гемоконцентрации, гиперпротеинемии, полицитемии); повреждение стенок микрососудов (при воспалении, аллергических реакциях, опухолях и др.) Последствиями сладж-феномена являются внутрисосудистые нарушения микроциркуляции, расстройства трансмурального тока плазмы и переноса форменных элементов крови в сосудах микроциркуляции, гипоксия и ацидоз в тканях и органах, нарушение в тканях обмена веществ с развитием различных дистрофий. Феномен сладжа может являться как следствием нарушений микрогемоциркуляции, так и причиной расстройств микроциркуляции (в тех случаях, когда сладж развивается первично).

Цель исследования. Исследовать особенности параметров крови больного с лимфопролиферативным заболеванием при сладж-феномене.

Материалы и методы. Образцы крови пациента, проходившего диагностику в ГБУЗ СОКОД. Подсчет количества форменных элементов крови проводили унифицированными методами: с использованием гематологических анализаторов UniCel DxH 800, Sysmex XN 1000. Микроскопическое исследование форменных элементов крови в мазках проводили с использованием микроскопа Leica DM1000 в препаратах окрашенных с использованием прибора Nematek по Романовскому-Гимзе.

Результаты исследования. Пациент К., 1960 г.р. обратился в ГБУЗ СОКОД с жалобами на общую слабость, увеличение подмышечных и паховых лимфоузлов. В анамнезе перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения. Было проведено УЗИ брюшной полости. Заключение: Лимфопролиферативное заболевание с поражением периферических и забрюшинных лимфатических узлов, селезенки. Выпот в плевральной полости слева. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Выполнена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия лимфатического узла. Цитологическое заключение: гиперплазия лимфоидных элементов. Проведена трепанобиопсия подмышечного лимфатического узла. Гистологическое заключение: в трепанбиоптатах лимфоузла выраженный ангиоматоз, диффузная пролиферация центробластоподобных клеток с включением клеток среднего размера со светлой цитоплазмой. Больше данных за лимфому. Было выполнено КТ органов грудной и брюшной полости с контрастным усилением. Заключение: КТ-картина лимфопролиферативного заболевания с поражением надключичных и подмышечных лимфоузлов, лимфоузлов средостения, брюшной полости и забрюшинного пространства, подвздошных лимфоузлов, паренхимы нижней доли правого легкого, селезенки.

Проба капиллярной крови пациента, взятой в микропробирку с КЗЭДТА, макроскопически была неоднородной, с ярко выраженными крупинками, напоминала жидкую манную кашу. При исследовании на гематологическом анализаторе DxH 800 «Beckmen Coulter» получены следующие результаты: уровень гемоглобина 103 г/л (норма 130-160 г/л); концентрация эритроцитов составляла $0,24 \cdot 10^{12}/л$ (норма $4,0-5,0 \times 10^{12}/л$). Расчетные

показатели среднего объема эритроцитов (MCV) 169,7 fl (норма 80-100 fl), среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH) и средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC) выражены в «крестах» ++++ (норма MCH 27—31 пг, MCHC 300—380 г/л). Проба венозной крови пациента, взятая в вакутейнер с КЗЭДТА, макроскопически неоднородна, творожистой консистенции. При исследовании образца крови с использованием анализатора Sysmex XN1000:

гемоглобин 104 г/л (норма 130-160 г/л), эритроциты $0,04 \times 10^{12}/л$ (норма $4,0-5,0 \times 10^{12}/л$). Расчетные показатели среднего объема эритроцитов (MCV) 125,0 fl (норма 80-100 fl), среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH) 63,7 пг и средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC) 469,0 г/л (норма MCH 27—31 пг, MCHC 300—380 г/л). Отмечалось патологическое распределение эритроцитов, измененные формы эритроцитов. Образцы капиллярной и венозной крови брали у пациента неоднократно. Результаты были аналогичны. Микроскопически выявлено склеивание эритроцитов во всех полях зрения. Комплексы эритроцитов разных форм и величины, компактные, находились на расстоянии друг от друга. Для исключения холодной агглютинации образцы крови помещали в термостат на 1 час при температуре +37* С. Для исключения наличия тепловых агглютининов образцы крови помещали в холодильник на 1 час при температуре +2*+4*С. Использовали стеклянные пробирки с раствором гепарина для исключения КЗЭДТА-зависимой агрегации крови. Результаты исследований были аналогичны. Макро и микроскопически выявлены агглютинаты. В биохимическом анализе крови лабораторных признаков внутрисосудистого гемолиза не обнаружено. Показатели общего билирубина - 12,3 мкмоль/л (норма 5-21 мкмоль/л), прямой билирубин- 2,6 мкмоль/л (норма 0-3,4 мкмоль/л), общего белка -85,6 (норма 66-83 г/л), мочевины-7,6 (норма 5-21 ммоль/л), креатинина -87,10 (норма 72-127 ммоль/л), уровень глюкозы -5,83 (норма 3,5-6,2 ммоль/л). Показатель фотометрического теста гемолиза - 0 г/л (норма < 0,5 г/л). Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, белок - отсутствует, уробилиноген- не обнаружен. Микроскопия осадка – без особенностей.

Вывод. Особенности сладжированной крови больных злокачественными новообразованиями эффективно выявляются с помощью методов лабораторной диагностики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ КОМБИНИРОВАННОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ГОРТАНИ

Выжигина Б.Б., Кропотов М.А., Сафаров Д.А., Погребняков И.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

Актуальность. Рак гортани в России занимает 13 место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России. Несмотря на стремление к ранней выявлению, в России на 2021 год выявлено 58% местно-распространенных случаев рака гортани. Сохранение целостности гортани – главная цель консервативного лечения при местно-распространенных формах заболевания. В ряде клинических исследований внутриартериальная химиотерапия продемонстрировала значимые результаты локального контроля, общей выживаемости, и выживаемости без ларингэктомии.

Цель исследования. Сравнить результаты лечения пациентов с операбельным местно-распространенным плоскоклеточным раком гортани с использованием различных комбинированных и комплексных подходов в лечении пациентов.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование было включено 83 пациента с диагнозом местно-распространенный плоскоклеточный рак гортани, находившиеся в клинике с 2016 по 2022 г. Дизайн исследования включал 3 групп пациентов. В группу комбинированного лечения вошли пациенты с ларингэктомией на первом этапе $n=31$, группы консервативного лечения включали пациентов, которым было проведено 2 – 3 курса регионарной химиотерапии (РВАХТ) $n=25$, и системной химиотерапии $n=27$ по схеме TRF с последующей лучевой/химиолучевой терапией.

Результаты исследования. Медианная продолжительность наблюдения составила 27,8 (16,8–43,1) месяцев. В исследовании полученные данные общей и безрецидивной 2х-летней выживаемости: РВАХТ – 83,2% и 68,1%, системная полихимиотерапия - 78,8% и 63,2%, хирургическое лечение 73,8% и 67,2%. Статистически значимых отличий в трех группах в отношении общей и безрецидивной выживаемости выявлено не было ($p=0,607$ и $p=0,984$, соответственно). Частота полного клинического ответа опухоли после завершения индукции в группе РВАХТ составила 100%, в группе системной полихимиотерапии 84% ($p=0,047$). Многофакторный регрессионный анализ выявил тенденцию большему риску смерти у пациентов с инвазией опухоли в хрящи гортани ($HR = 2,11$ [95% ДИ: 0,88; 5,04], $p=0,085$). Тяжелая гематологическая токсичность (grade 3-4) в сравнении с РВАХТ была значительно выше в группе системного лечения, нейтропения (28% vs 3,7%) и анемия (28% vs 0%). При РВАХТ главными побочными явлениями являлось развитие мукозита (36%) и частичная алопеция (33,3%).

Выводы. Индукционная регионарная внутриартериальная химиотерапия в химиолучевом лечении местно-распространенного рака гортани позволяет значимо улучшить частоту полного клинического ответа опухоли, а также позволяет получить удовлетворительные результаты в отношении локорегионарного контроля, общей выживаемости и сохранения гортани на фоне выраженного снижения токсичности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЛЕГКОГО В СЕРДЦЕ

Вышинская В.А., Югина О.В., Кузнецов А.Г., Селезнева А.В.,
Баканова Ю.Г., Атанов А.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Опухолевые поражения сердца диагностируются относительно редко, подавляющим большинством из них являются метастатические опухоли, встречающиеся в 0,7–3,5% по данным аутопсий, и намного реже, первичные опухоли сердца, частота их обнаружения от 0,001% до 0,28%. Чаще всего, первичным очагом метастазов являются расположенные рядом органы средостения, такие как легкие, реже метастазируют первичные опухоли из кроветворной, желудочно-кишечной, мочеполовой систем и опухоли молочных желез. Кардиальные новообразования чаще всего поражают по мере убывания частоты - перикард, миокард, эпикард и эндокард. Как правило, для диагностики данных поражений проводят перикардиоцентез, с последующим цитологическим исследованием перикардимального выпота. Зачастую, клинические симптомы вторичных опухолевых очагов могут обнаруживаться только на поздних стадиях заболевания, так как нивелируются перед симптомами, вызванными поражениями других очагов (первичного очага, или других вторичных очагов). В связи с этим, новообразования сердца, особенно метастатические, в большинстве случаев обнаруживаются только на последнем диагностическом этапе - на аутопсии.

Цель исследования. Изучить особенности течения, метастазирования и диагностики аденокарциномы легкого в сердце при проведении аутопсий на примере клинического случая.

Результаты исследования. Пациентка М., 71 год, в августе 2020 г. была госпитализирована в ГБУЗ СОКОД для хирургического лечения в связи с новообразованием нижней доли правого легкого, проведена операция: торакотомия. Атипичная резекция нижней доли правого легкого, биопсия опухоли плевры. По результатам гистологического и иммуногистохимического исследований была диагностирована инвазивная аденокарцинома легкого с преобладанием ацинарного субтипа. Позже пациентке было назначено 12 циклов МХТ до 01.07.2021 (МХТ 2020-2021гг).

В июле 2023 г. пациентка госпитализирована в химиотерапевтическое отделение №1 для проведения химиотерапевтического лечения. В стационаре на КТ органов грудной полости (легкие, средостение) выявлены в паренхиме и на плевре правого легкого очаговые образования неправильной формы, прежними размерами и прежним количестве, максимальными размерами в верхушке до 90*42мм (ранее до 67*17 мм) с нечеткими неровными контурами, с распространением на окружающие мягкие ткани и деструкцией 3-5 ребер. В сравнении с КТ от ноября 2022 г. - отрицательная динамика. В стационаре был проведен 1 цикл ПХТ (карбоплатин+этопозид), после состояние больной резко ухудшилось, наступила смерть пациентки, предположенной и, в последующем подтвержденной, от субмассивной тромбоэмболии легочной артерии. На аутопсийном исследовании с последующей гистологической диагностикой обнаружены метастазы в правое легкое, паракостальную плевру правого легкого, 3-5 ребра, мягкие ткани передней грудной стенки, клетчатку средостения. В перикардимальной полости имелся серозный выпот объемом 80 мл, на перикарде, в области задней стенки правого предсердия выявлены белесоватые наложения до 0,5 см, на эпикарде правого предсердия на передне - боковой и с переходом на заднюю стенку - белесоватый плотный участок без четких границ 3,5*3,5*0,8 см с прорастанием в полость правого предсердия на всю толщину сердца. Были предположены метастазы аденокарциномы легкого в перикард, в сердце с поражением всех слоев, что и подтвердило последующее гистологическое исследование аутопсийного материала.

Выводы: Редкость опухолевых поражений сердца, зачастую обнаруживаемых только на аутопсии, стертая клиника на фоне других симптомов, ставят перед многими специалистами – клиницистами, цитологами, патологоанатомами -сложную задачу как прижизненной, так и посмертной диагностики данных метастатических поражений.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МУЦИНОЗНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ Галкин Р.А., Баландина А.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак толстой и прямой кишки – самая частая злокачественная опухоль желудочно-кишечного тракта и вторая по частоте среди всех злокачественных новообразований как у мужчин, так и у женщин. Пик частоты падает на возраст между 50 и 70 годами. Преобладающий гистологический тип – аденокарцинома, на которую приходится до 70% от всех злокачественных образований толстой и прямой кишки. Одним из гистологических подтипов является муцинозная или слизеобразующая аденокарцинома – опухоль, состоящая из эпителиальных клеток, вырабатывающих слизь. Такие новообразования отличаются высокой злокачественностью, ранним появлением отдаленных метастазов и частыми рецидивами. Муцинозная аденокарцинома несколько чаще встречается при локализации опухоли в ободочной, чем в прямой кишке (15% и 9% соответственно). По данным наблюдаемых исследований заболевание реже диагностируется у лиц азиатского происхождения, чаще у населения Европы, Северной Америки и Австралии. Более того, заболевание чаще выявляют у пациентов, имеющих в анамнезе воспалительные заболевания кишечника, такие как болезнь Крона или язвенный колит, а также у пациентов, которым была проведена лучевая терапия на органы брюшной полости и малого таза. Муцинозный рак характеризуется повышенной секрецией слизи, занимающей не менее 50% объема злокачественной клетки.

У пациентов с муцинозной аденокарциномой были описаны различные варианты aberrаций, часто встречается микросателлитная нестабильность. Также характерны BRAF мутации, что обуславливает инфильтрирующий характер роста опухоли. Часто имеется повышенная экспрессия гена MUC-2, который кодирует синтез муцина-2, белка, находящегося на поверхности кишечного эпителия.

Большая роль в диагностике муцинозной аденокарциномы толстой и, в частности, прямой кишки на дооперационном этапе отводится магнитно-резонансной томографии, особенно если она проводится параллельно с выполнением гистологического исследования. Резистентность муцинозной аденокарциномы к химиотерапии и лучевой терапии может быть обусловлена сочетанием разной молекулярной сигнатуры и особенностями строения муцин-содержащих опухолей, что приводит в конечном итоге к повышенной васкуляризации и росту опухоли.

Несмотря на относительно неблагоприятный прогноз, определенные успехи в терапии больных достигнуты в связи с улучшением стандартов хирургического вмешательства и выполнения тотальной мезоректальной экцизии. Подобная тактика позволяет выполнить операцию без разрыва опухоли и попадания ее содержимого в брюшную полость.

Целью исследования: является изучение диагностических критериев муцинозной аденокарциномы с использованием метода магнитно-резонансной томографии на примере клинического наблюдения пациента ГБУЗ СОКОД.

Материалы и метод исследования. Пациент Р., 1963 года рождения, проживает в г. Оренбург. Больным себя считает в течение 8 месяцев, когда впервые появились жалобы на примесь крови в стуле. В период с 30.01.2023 по 03.02.2023 гг. проходил стационарное лечение по месту жительства, где была проведена фиброколоноскопия с последующей биопсией образования слизистой прямой кишки. Выставлен диагноз: Рак прямой кишки. Гистологическое заключение: Слизеобразующая аденокарцинома прямой кишки. Был направлен на консультацию в СОКОД. На представленных магнитно-резонансных томограммах на расстоянии 46мм выше ануса выявлено патологическое утолщение стенок до 22мм на протяжении 99мм, с выраженным гиперинтенсивным МР-сигналом на T2 ВИ, с ограничением диффузии. Отмечаются признаки экстрамуральной венозной инвазии,

регионарные лимфоузлы увеличены до 14мм. Также увеличены наружные подвздошные лимфоузлы слева до 27*19мм и справа до 22*14мм, внутренние слева до 10*10мм и справа до 14,5*9,5мм.

Результаты исследования. Вышеописанная совокупность изменений на МР-сканах характерна для рака прямой кишки с метастазами в регионарные и подвздошные лимфоузлы. При пункционной биопсии образования цитологически получены злокачественные клетки слизеобразующей аденокарциномы.

Обсуждение и выводы. Магнитно-резонансная томография играет важную роль в диагностике рака прямой кишки. Данный вид исследования позволяет с большой точностью определить протяженность и выраженность патологических изменений стенок кишки, степень распространения опухолевого процесса на окружающую параректальную клетчатку, соседние органы, ткани и сосуды, детально оценить состояние лимфатических узлов. Особенно трудно переоценить роль МРТ в предоперационной подготовке, когда хирургу необходимо получить исчерпывающую информацию относительно протяженности и распространенности опухоли прямой кишки, состояния соседних органов малого таза. Контрольные исследования малого таза после оперативного вмешательства позволяют оценить эффективность проведенного лечения, выявить возможные патологические изменения, такие как рецидив рака, метастазы в клетчатку таза, лимфоузлы, кости или мягкие ткани. Важной является оценка интенсивности МР-сигнала от пораженных стенок кишки. Высокая интенсивность МР-сигнала образования на T2 ВИ позволяет заподозрить слизеобразующую аденокарциному, однако магнитно-резонансная томография в обязательном порядке должна быть дополнена гистологическим исследованием выявленного новообразования.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯЗЫКА ПОСЛЕ ГЕМИГЛОССЭКТОМИИ

Ганина¹ К.А. Кропотов¹ М.А., Саприна¹ О.А, Косова² Е.В., Ажетова¹ Т.А.,
Герасимов³ О.В., Исаева¹ М.Т.

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России;

²ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России;

³ГБУЗ «Городская онкологическая больница №1 Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия

Введение. Основную часть всех злокачественных новообразований полости рта составляет рак языка, ведущим методом лечения которого является операция. Проведение хирургического лечения приводит к нарушению таких важных функций, как речь и глотание, что снижает качество жизни пациентов. Однако на сегодняшний день единого мнения относительно целесообразности выполнения реконструкции языка нет. К тому же не существует четких показаний для использования того или иного вида замещения дефекта, с помощью которого можно достичь наилучших функциональных результатов.

Цель исследования – оценить функциональные результаты после гемиглоссэктомии по поводу злокачественных новообразований языка, сравнить различные стратегии реконструкции (с использованием лоскута и без него).

Материалы и методы. В исследование включены 44 пациента с раком языка с периодом наблюдения не менее 6 мес. Пациенты были разделены на 2 группы. Группа А (n=22), где реконструкция не выполнялась и группа В (n=22), где выполнялась реконструкция. В нашем исследовании мы использовали реконструкцию субментальным n=3(14%), лучевым n= 16 (73%), и щечным n=3(14%) лоскутом. Всем пациентам была выполнена гемиглоссэктомия с ипсилатеральной лимфодиссекцией. Функциональные результаты проанализированы с помощью опросника качества жизни и логопедической оценки.

Результаты исследования. В настоящее время мы проанализировали результаты лечения всех пациентов, включенных в исследование, из них 18 мужчин и 26 женщин. Средний возраст пациентов был различен, в группе А составил $59,4 \pm 13,3$, в группе В $48,8 \pm 12,3$ что является статистически значимым показателем ($p=0,006$), следовательно реконструкция выполняется у пациентов более молодого возраста. Также стоит отметить, что только в группе В пациенты имели категорию Т3 и опухоль распространялась на дно полости рта, что являлось статистически значимым показателем ($p=0,0026$). Мы получили статистически значимые различия ($p < 0,001$) в группах по результатам логопедической оценки на всех трех этапах: артикуляция, звукопроизношение, способность к реализации речевого высказывания. Так же нам удалось достичь статистически значимых различий при оценке качества жизни с помощью опросника по некоторым показателям: глотание, речь, сухость во рту, кашель.

Заключение. Выполнение гемиглоссэктомии приводит к нарушению функций речи и глотания и, соответственно, к снижению качества жизни. Поскольку проведение реконструкции влияет на функциональные результаты, она должна быть надлежащим образом спланирована перед операцией.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПЕРСОНАЛЬНОГО БЛОГА И СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Гарина А.А., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Белова Т.Г., Шорникова А.П.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В последние годы социальные сети занимают лидирующие позиции по поиску полезной и актуальной информации, особенно на узких тематических площадках. Аудитория форумов с 2020 года активно перешла в социальные медиа, что было обусловлено началом пандемии, изменением форматов подачи информации и поиска достоверной информации на интересующую тематику. Интернет – ресурсы прочно вошли в жизнь каждого человека и организации. На начало 2023 года в РФ насчитывалось 127,6 млн. Интернет - пользователей, проникновение интернета составляет 88,2%. В январе 2023 года в России было 106,0 млн. пользователей социальных сетей, что составляет 73,3% от общей численности населения. Более 75% жителей Российской Федерации активно используют социальную сеть «ВКонтакте». Социальные сети способствуют развитию личных блогов специалистов, в том числе и в сфере здравоохранения, а также сообществ медицинских организаций как источника достоверной информации. Однако, при работе в социальных медиа, как у организации, так и отдельного специалиста, при развитии своего блока, есть ряд правовых ограничений. Для бюджетных учреждений сферы здравоохранения действует еще и принцип соблюдения ФЗ «О рекламе» от 13.03.2006г. Несоблюдение норм законодательства при ведении личного блога или социальных сетей медицинских организаций ведет к административной и уголовной ответственности. Сфера работы в социальных сетях, вопросы медицинского блогерства и алгоритмы взаимодействия на законодательном уровне прописаны недостаточно.

Цель исследования. Рассмотреть правовые аспекты и составить алгоритм ведения социальных медиа сотрудниками медицинской организации и непосредственно медицинского учреждения.

Материалы и метод. Проведен анализ медицинских социальных сетей – платформ, онлайн – сервисов или web- сайтов, которые предназначены для построения и отражения социальных взаимодействий с пациентами.

Официальные госпаблики в социальных сетях медицинских учреждений в настоящее время контролируются специальными структурными подразделениями или штатными единицами по связям с общественностью на уровне министерства здравоохранения, в частности, региона, а также правительством области. Публикуемый контент проходит модерацию администрацией медицинской организации, регионального министерства здравоохранения и Центром управления регионом на предмет актуальности и соблюдения всех норм Российского законодательства.

Большую настороженность следует иметь начинающим специалистам или экспертам, которые решили заниматься своим личным брендом и продвижением своей экспертности, а также услуг посредством социальных сетей и иных Интернет – ресурсов. Врачи имеют право высказывать личное мнение в Интернет – пространстве. Данные высказывания не должны ущемлять чести, достоинства и деловой репутации третьих лиц.

Выступающий в качестве эксперта несет ответственность за свои слова. Публиковать и озвучивать конкретные адресные советы в социальной сети, которые могут быть квалифицированы как медицинская помощь и, тем самым, повлиять на жизнь и здоровье людей, запрещено Российским законодательством. Медицинский блогер может реализовывать себя различными способами. Возможно, публиковать цитаты из разных медицинских источников. И совсем другое – это давать конкретные рекомендации для конкретных людей. Специалист медицинской организации не может ставить диагнозы и делать назначения в online – пространстве. Это - медицинская деятельность, а она, в соответствии с законодательством, осуществляется в медицинском учреждении, имеющим необходимые для этого лицензии. Проведение медицинских консультаций в мессенджерах и

раскрытие персональных данных пациентов тоже строго регламентированы ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2023 г. Консультирование в социальных сетях запрещено, как отдельным специалистам, так и медицинским организациям в целом. В связи с этим возникает большое количество вопросов и сложностей по формированию ответственности медицинских блогеров и прочих лиц, которые предоставляют рекомендации в online- формате и публикуют информационные материалы на различные медицинские темы. Медицинская деятельность и медицинское блогерство - это принципиально разные понятия, которые осуществляются с разными целями и на разных Интернет – ресурсах. Профессиональная деятельность учреждения может предоставляться дистанционно только с использованием телемедицинских технологий по защищенным каналам связи и с идентификацией всех участников процесса. Круг задач и возможностей в рамках телемедицинских консультаций крайне ограничен.

Работу на Интернет – ресурсах, связанную со сферой здравоохранения, возможно, разделить на 3 части: социальные сети, которые ведутся от лица медицинского учреждения, блоги специалистов с медицинским образованием и медийные личности, которые не связаны профессионально со сферой здравоохранения. Медицинская организация и врач, развивающий свой блог и бренд, не могут рекомендовать конкретные виды лечения, назначать и рекомендовать лекарственные препараты. Публикация данной информации в социальных медиа сопряжена с рядом юридических рисков гражданско – правового, административного и даже уголовного законодательства. Стоит помнить об информационном следе – это информация, которая опубликована на Интернет – ресурсах и остается в сети Интернет навсегда.

Медицинский блогер, как информационная услуга, имеет право на существование. На личной странице и под свою профессиональную и репутационную ответственность, возможна публикация различного материала, в том числе и медицинского характера, если он не является прямым руководством к действию, не содержит персональных данных, и не нарушает иных требований законодательства РФ. При потреблении контента из блога медицинского работника, ответственность за решение воспользоваться данной информацией лежит на подписчике и пользователе социальными сетями. При ведении личного блога нельзя нарушать требования законодательства к рекламе медицинских услуг и сохранению врачебной тайны. Действия медицинского блогера или иного лица, представляющего медицинские консультации в сети Интернет или иную медицинскую помощь, могут быть основой для состава административных правонарушений и уголовных преступлений в том числе: по части 2 статьи 14.1. КоАП РФ (осуществление предпринимательской деятельности без специального разрешения или лицензии, если они обязательны); ст.235 УК РФ (осуществление медицинской или фармацевтической деятельности лицом без лицензии на данный вид деятельности при условии, что такая лицензия обязательна, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью или смерть); ст. 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей); ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности).

При ведении медицинского блога, эксперт должен следовать следующим правилам: не ставить диагнозы и не давать прогнозы, не комментировать лечение народными средствами. Эксперт должен говорить только в рамках доказательной медицины, при этом нельзя комментировать и обсуждать назначения другого медицинского работника, что является компетенцией вопросов медицинской этики. Рекомендуется отвечать на вопросы в рамках своей компетенции, переводить вопросы из публичной плоскости в чат или личные сообщения, рекомендовать очный прием у специалиста. В рамках закона о рекламе, запрещено рекомендовать консультацию конкретного специалиста. При ведении блога не стоит оставлять свои комментарии, советы и рекомендации, в том числе и на иных Интернет – ресурсах общего доступа, а пользоваться только закрытыми, тематическими, медицинскими платформами.

Выводы. Учитывая большое количество ограничений в сфере здравоохранения, особенно в государственной сфере, ведение персонального блога и пабликов медицинской организации в социальных сетях требует большого внимания и неукоснительного соблюдения требований законодательства. Вместе с тем, ведение официального госпаблика организации и личного блога позволяют эффективно позиционировать медицинские организации, создавать положительный имидж и репутацию, выстраивать эффективные коммуникации с пациентами.

PR В ОНКОЛОГИИ. РАССТАВЛЯЕМ АКЦЕНТЫ

Гарина А.А., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Шорникова А.П., Белова Т.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Позиционирование медицинских организаций, создание положительного имиджа и репутации, формирование эффективных коммуникаций с пациентами, персонального бренда учреждения и его сотрудников, - все это становится одними из основных задач специалистов по связям с общественностью в сфере здравоохранения. Для реализации данных задач и целей в организациях создаются структурные подразделения, которые занимаются разработкой и внедрением вышеуказанных направлений взаимодействия с общественностью.

Цель исследования. Изучить и определить приоритетные направления работы подразделений по связям с общественностью, как основных коммуникаторов между пациентским и медицинским сообществами.

Материалы и метод. Проведен анализ деятельности отдела по связям с общественностью ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер».

Отдел по связям с общественностью был создан в 2008 году, первым среди лечебных учреждений Самарской области. В 2023 году отделу исполнилось 15 лет. В настоящее время отдел по связям с общественностью ГБУЗ СОКОД входит в ТОП 5 пабликов здравоохранения Самарской области, является лауреатами общественно – значимых конкурсов: «Лучшие в электронном здравоохранении», «Лучший социальный паблик Самарской области 2018 года» и т.д.

За время работы отдела вышло 916 новостных сюжетов и передач со специалистами диспансера на ТВ и радио, опубликовано 626 статей в печатных СМИ, 4161 выход на федеральных и региональных информационных порталах. Обработано свыше 25 000 анкет в рамках проводимых отделом социологических исследований. С 2020 года проведено свыше 100 прямых эфиров со специалистами ГБУЗ СОКОД.

Основными направлениями работы отдела является: работа с госструктурами, реальными и потенциальными пациентами диспансера, СМИ и Интернет – ресурсами. При работе с госструктурами осуществляется взаимодействие с пресс – службой министерства здравоохранения Самарской области, администрациями городов и районов Самарской области, Губернской Думой Самарской области. Основными формами сотрудничества являются организация круглых столов, совещаний с информационным сопровождением, в том числе и в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» и региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями».

Общение с пациентами начало формироваться с реализации проекта по психологической поддержке больных и их родственников. В диспансере регулярно проводятся благотворительные концерты, выставки картин и фотографий, мастер – классы, совместные акции, направленные на профилактику и раннее выявление онкологических заболеваний.

Ежегодно увеличивается число вопросов, поступающих в адрес учреждения. Осуществляется работа в системе «Контроль отработки сообщений и инцидентов на местах», взаимодействие с пациентами в offline/online режимах, проводятся ежеквартальные социологические исследования.

Акцент на работе со СМИ. Учитывая сложности психологического и физического характера онкологических пациентов, возрастные особенности и места проживания, акцент в работе отдела по связям с общественностью сделан на работу с печатными СМИ. Особенность взаимодействия со СМИ для специалистов государственных медицинских учреждений – это отсутствие финансирования для публикации. Проведя анализ онкологической заболеваемости в регионе, ГБУЗ СОКОД было инициировано заключение договоров об информационном сотрудничестве со всеми районами Самарской области.

Акцент на работе с Интернет – ресурсами. Основным инструментом взаимодействия с пользователями сети Интернет, является официальный сайт ГБУЗ СОКОД (www.samaraonko.ru) и группы учреждения в социальных сетях «ВКонтакте» и «Одноклассники».

Ключевым аспектом работы в социальных сетях 2023 года стала безопасность. Социальная сеть «ВКонтакте» запустила процедуру двухфакторной аутентификации для владельцев и администраторов сообществ, ввела процедуру верификации госпабликов для получения специальной метки, идентифицирующей сообщество. Данная мера помогает снизить риск появления «фейковых» страниц, получения информации из непроверенных источников, а также является дополнительной гарантией безопасности для пользователей Интернет – ресурсов. «Взломать» персональный аккаунт или паблик медицинской организации практически не возможно.

Акцент на оперативности. Группы диспансера в социальных сетях были созданы в 2013 году. С 2022 года ГБУЗ СОКОД представлен только на двух площадках: «ВКонтакте» и «Одноклассники». Одним из приоритетных направлений работы в паблике ГБУЗ СОКОД, является проведение прямых эфиров со специалистами учреждения. Прямой эфир – это видеотрансляция в реальном времени, когда эксперт организации общается с подписчиками группы, отвечает на вопросы, проводится включение с места проведения мероприятий и показывает различные аспекты работы медицинского учреждения с соблюдением норм законодательства. До проведения прямого эфира, за 24 часа до начала трансляции, в госпаблике размещается анонс с регалиями эксперта. Все желающие могут задать вопросы заранее или во время проведения прямого эфира. В 2022 году акцент при проведении прямых эфиров был сделан на трансляции с широкомасштабных акций для привлечения аудитории и повышения лояльности. Эфиры проводились в общественных организациях, конференциях и других мероприятиях, а также с рабочих мест специалистов, показывая и рассказывая об особенностях проведения того или иного вида исследования или лечения. На регулярной основе проводятся прямые эфиры с психологом отделения медицинской реабилитации ГБУЗ СОКОД. В 2023 году акцент при проведении прямых эфиров был сделан на проведении трансляций с участием экспертов из других медицинских специальностей и организаций. При проведении трансляций, сами эксперты учатся работать перед камерой, изучают дополнительную информацию и получают обратную связь.

Акцент на доступности. С 2020 года в социальных медиа ГБУЗ СОКОД стал реализовываться информационно – просветительский проект «PRосто об онкологии», направленный на формирование дружественной среды, уменьшение недостоверной информации, удовлетворение потребности в реализации актуального контента для социальных сетей диспансера. Информационно – просветительский проект «PRосто об онкологии» включает в себя выпуск следующих авторских передач: «Советы специалистов», «Мифы об онкологии», «Непридуманные истории об онкологии». Серия выпусков передачи «Мифы об онкологии» подразумевает встречу с экспертами медицинского учреждения и развенчивание мифов о причинах, факторах заболеваемости, особенностях диагностики и лечения пациентов с онкологическими заболеваниями. Специалисты отвечают на самые популярные вопросы по той или иной тематике, подтверждая или опровергая информацию, распространяемую в сети Интернет.

Учитывая актуальность темы, вопросы подписчиков в социальных сетях учреждения, было принято решение о создании в рамках проекта, передач с участием пациентов. В рамках выпусков передачи «Непридуманные истории об онкологии», пациенты рассказывают свои истории заболевания, постановки диагноза и дальнейших действий. Это истории про жизнь и про путь к выздоровлению. При съемках данной программы, отдел активно сотрудничает с сообществом онкологических пациентов Самарской области.

Акцент на экспертности. В рамках создания контента групп диспансера в социальных сетях, была внедрена рубрика: «Совет специалиста». Информация носит рекомендательный характер и соответствует всем требованиям законодательства РФ.

Акцент на обратной связи. Коммуникация со своей аудиторией на Интернет – ресурсах и ответы на сообщения от пациентов и их родственников, являются направлением работы, которое набирает значительные обороты в последние годы. В 2022 году на электронные ресурсы диспансера поступило 1942 обращения, в 2021 году цифра составляла 1646 сообщений от пациентов и их родственников. Данное направление работы позволяет не только наладить коммуникацию с пациентами, но делать акценты на ключевые темы и работать на «опережение» некоторых, возможно, конфликтных ситуаций.

Акцент на новые тенденции. Клипы – это одно из последних обновлений в социальной сети «ВКонтакте». Они позволяют охватить новые аудитории, носят развлекательный и информационно - профилактический характер.

Акцент на работу с негативом. На странице группы ГБУЗ СОКОД представлены контактные данные отдела по связям с общественностью. Пациенты и их родственники всегда получают обратную связь в рамках закона РФ « О персональных данных». Подписчики сообщества могут задать вопрос администратору сообщества. Многие пациенты решают свои вопросы и переходят в категорию лояльных участников групп ГБУЗ СОКОД в социальных сетях. Проведение различных конкурсов и опросов позволяет активизировать аудиторию, получить обратную связь, повысить качество работы специалистов отдела по связям с общественностью, сформировать позитивный настрой в обществе.

Выводы. Работа отдела по связям с общественностью и пресс – служб необходима в работе каждой медицинской организации. Это динамически развивающееся направление, которое позволяет эффективно налаживать коммуникации между медицинским и пациентским сообществами.

**ИНФОРМАЦИОННО - ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЕ ПРОГРАММЫ
«ПРОСТО ОБ ОНКОЛОГИИ» КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ
ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОБ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
(в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение»)
Гарина А.А., Шорникова А.П., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Белова Т.Г.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Современные тенденции и анализ статистики посещения аудиторией Интернет – ресурсов, указывает на ежегодное увеличение потребности в социальных медиа. Интернет - ресурсы используются как для личных, так и для профессиональных целей. Ключевым аспектом обращения на Интернет-ресурсы является поиск информации. С 2010 по 2020 гг. основное количество пользователей совершало запрос в поисковой строке или на тематических форумах. С 2021 года приоритетным направлением для поиска необходимой и актуальной информации стали официальные паблики учреждений в социальных сетях, которые отвечают за достоверность публикуемой информации. При этом, формат, используемый в официальных группах организаций в социальных сетях, подвергается изменениям. В дополнение к ранее используемым текстовым форматам, стали широко применяться иные формы контента: графический, аудио и видео.

С 2022 года значительно увеличилось потребление видеоконтента, продолжительность просмотра видео увеличилась с 32-33% до 40%. Контент в формате видеороликов стал одним из инструментов передачи и поиска информации. Формат видео применяется для массового информирования за счет легкого усвоения пользователями социальных медиа по сравнению с текстом, аудио, и может эффективно использоваться для повышения осведомленности населения об особенно актуальных социальных темах. Видео – формат позволяет аудитории ознакомиться с достоверной информацией от имени экспертов и находить ответы на интересующие вопросы. Преимущество видео – контента перед текстом или аудио заключается также в том, что с помощью видеоролика возможно передать структурированную информацию за короткое время.

Достоверная информация на медицинскую тематику может размещаться от лица квалифицированных специалистов или профильного учреждения на интернет - площадках, официальном сайте или в социальных сетях. Для информирования населения в ГБУЗ СОКОД используются официальный сайт <http://www.samaraonko.ru> и социальные сети «ВКонтакте», «Одноклассники». Здесь публикуются информационные материалы, которые способствуют повышению осведомленности об онкологических заболеваниях. В данный период, для пользователей Интернет – ресурсов актуален видеоконтент, поэтому специалисты отдела по связям с общественностью ГБУЗ СОКОД используют видео в качестве инструмента для повышения осведомленности населения о профилактике, диагностике, лечении и реабилитации пациентов, в том числе, в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» и информационно – коммуникационной кампании региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями». Онкологические заболевания являются самыми распространенными после сердечно – сосудистых. Одной из причин этого является низкий уровень осведомленности и отсутствие онконастороженности у населения. Ежегодно количество новых случаев онкологических заболеваний увеличивается. Национальный проект «Здравоохранение» направлен на борьбу с онкологическими заболеваниями, в том числе за счет проведения кампании по информированию населения. С целью повышения осведомленности населения об онкологических заболеваниях и реализации информационной кампании национального проекта «Здравоохранение» специалисты отдела по связям с общественностью Самарского областного клинического онкологического диспансера создали проект «ПРОСТО об онкологии» в формате видео - контента.

Цель исследования. Рассмотреть видео – контент информационно-просветительского проекта «PROсто об онкологии» как инструмент повышения осведомленности населения об онкологических заболеваниях и их профилактике.

Материалы. Информационно-просветительский проект «PROсто об онкологии» представляет собой серию тематических видеороликов со специалистами и пациентами ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер». В рамках создания видеороликов «Мифы об онкологии» ведущий и врач - специалист в формате «вопрос-ответ» разбирают тему, вызывающую вопросы у пациентов. Видеоролики с пациентами «Непридуманные истории» представляют собой беседу ведущего и пациента о его пути от постановки диагноза до выздоровления и социализации.

По данным за 9 месяцев 2023 года на официальном сайте Самарского областного клинического онкологического диспансера и в сообществе в социальной сети «ВКонтакте» вышел 31 видеоролик со специалистами и 8 - с пациентами. Данный видео – контент пользователи Интернет – ресурсов посмотрели более 52 000 раз.

Благодаря информационно – просветительскому проекту «PROсто об онкологии» у населения есть возможность в открытом доступе получить актуальную и достоверную информацию о профилактике, диагностике и лечении онкологических заболеваний от квалифицированных специалистов ГБУЗ СОКОД. Данный видео–контент позволяет познакомиться с реальными историями пациентов, проходивших лечение в ГБУЗ СОКОД, что может служить в качестве психологической поддержки пациентов с онкологическим заболеванием, их родственников и как мотивация для проведения профилактических мероприятий с целью исключения рисков для людей без диагноза.

Выводы. Реализация информационно – просветительского проекта «PROсто об онкологии» способствует повышению осведомленности населения об онкологических заболеваниях и их профилактике, возможностях лечения и реабилитации. Актуальная форма подачи качественного и экспертного контента, позволяет охватить максимальное количество пользователей и подписчиков социальных – медиа диспансера.

РАСПРОСТРАНЁННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РАК - НЕ ПРИГОВОР. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Гончаров М.А., Круглова П.В., Куюкина Ю.В., Долгинин В.В., Байчорова М.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак щитовидной железы (РЩЖ) - относительно редкое заболевание. Тем не менее, эта патология становится всё более актуальной. По данным мировой статистики выявлен неуклонный рост заболеваемости(за 20 лет) в 2 раза. Ежегодно выявляется около 300 тысяч случаев. «Грубый» показатель заболеваемости 4,2 на 100 000 населения. Мировой стандарт – 4,0. В развитых странах 9,9, в развивающихся странах 3,0. Стандартизированные показатели смертности от РЩЖ в среднем в мире находятся на уровне 0,5. Максимальные показатели зарегистрированы в Папуа-Новая Гвинея - 4,4 .

В 2021 году в России абсолютное число заболевших 12546 человек. В РФ в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями ВРЩЖ составил 2,1% случаев. Средний возраст пациентов – 53,7 года. Стандартизированная заболеваемость РЩЖ в РФ в 2021 г. 8,6 на 100 000 населения((среди мужчин – 3,23; среди женщин – 13,26). Смертность в России 996 человек (0,68 случай на 100 000 населения (0,44 – среди мужчин, 0,89 – среди женщин).

В Самарской области в 2021 году абсолютное число заболевших 289 человек. Заболеваемость составила 9,2 случаев на 100 тыс. населения (среди мужчин - 2,85; среди женщин - 14,57), смертность от РЩЖ 17 человек – 0,54 случая на 100 тыс. населения (0,42 – среди мужчин; 0,65 – среди женщин).

Существует 6 гистологических типов РЩЖ: 1.Папиллярный; 2.Фолликулярный; 3.Медуллярный; 4.Гюртлечеточный; 5.Низкодифференцированный; 6.Анапластический.

Материалы и методы. В данной статье представлено два случая из клинической практики. Папиллярный рак щитовидной железы является одним из самых распространённых видов рака щитовидной железы. По статистике папиллярная форма рака ЩЖ занимает около 90 % от всех ЗНО данной нозологии. Особенности данной разновидности рака являются: медленный рост опухоли, редкие метастазирование в регионарные лимфатические узлы, отдалённое метастазирование, агрессивное врастание в другие органы и окружающие ткани. Методом лечения данной патологии является исключительно хирургический, но в зависимости от стадии опухолевого процесса дополнительно назначается лечение радиоактивным йодом.

Медуллярный рак щитовидной железы (МРЩЖ) – составляет около 4–6 % всех случаев рака ЩЖ. Однако при современном скрининг-зависимом росте заболеваемости дифференцированным раком ЩЖ (в основном за счет папиллярных микрокарцином) относительная доля МРЩЖ в некоторых странах уменьшается до 1–3 %. В 20–25 % случаев МРЩЖ выявляют в рамках синдрома МЭН 2-го типа, в остальных случаях он является спорадическим заболеванием. Чаще всего МРЩЖ не имеет специфической клинической картины, наиболее типично сочетание узлового зоба и, в запущенных случаях, дисфагии и нарушений фонации.

Пациентка Т. 42 года, обратилась в СОКОД с жалобами на затруднение при дыхании в течение 1 месяца после перенесенной covid-пневмонии в сентябре 2021 года. После назначенного дообследования выявлена опухоль левой доли щитовидной железы, очаговые изменения в легких, подозрение на метастазы. Компенсированный стеноз трахеи. 14.01.2022 года выполнена срочная нижняя трахеостомия в дежурном ЛОР-стационаре из-за развития субкомпенсированного стеноза трахеи по причине сдавления опухолью верхних дыхательных путей. В феврале 2022 года проведено хирургическое лечение в объеме экстирпации щитовидной железы, трахеостомия. Установлен клинический диагноз: С73. Рак щитовидной железы рТ4aN0M1 (пульмональные, медиастинальные). R2, 2 стадия 14.01.2022 года нижняя трахеостомия, 24.02.2022 года экстирпация щитовидной железы. После завершения

хирургического этапа, пациентка направлена в МРНЦ им. А.Ф. Цыба (Филиал ФГБУ "НМИЦ радиологии" МЗ РФ) с целью проведения радиойодтерапии. В апреле и сентябре 2022 года проведено 2 курса РЙТ. По данным контрольного обследования в августе 2023 года - стабилизация. В октябре 2023 года пациентке планируется продолжение РЙТ(3 курс).

Пациентка И. 60 лет, в 2012 году проведено комбинированное лечение(хирургический этап - экстирпация ЩЖ, курс лучевой терапии) по поводу медуллярного рака щитовидной железы 3 стадии. При контрольном обследовании в апреле 2014 года выявлено значительное повышение уровня Кальцитонина в крови (до 1888). После проведения уточняющей диагностики выявлены множественные метастазы в печень, кости скелета. По рекомендации из Федерального центра, пациентке назначен препарат Вандетаниб. С 2014 по февраль 2017 года пациентке проводилась таргетная терапия (Вандетаниб), терапия бифосфонатами. В настоящее время, стабилизация заболевания. По рекомендации федерального центра, пациентке рекомендовано продолжить динамическое наблюдение онколога.

Выводы: Таким образом, несмотря на достаточно плохие исходные данные и неблагоприятный прогноз из-за распространённости опухолевого процесса, при правильном планировании специального лечения и индивидуальном подходе при назначении терапии, можно добиться значительных успехов в борьбе с ЗНО с улучшением качества и продолжительности жизни пациентов.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. ВАЖНЫЕ СЛУЧАЙНЫЕ НАХОДКИ ПРИ ЭНДОСОНОГРАФИИ И ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ УЗИ
Горбунова С.В., Лужнова Т.П., Круглова И.И., Аблекова О.Н.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Неэпителиальные опухоли пищевода и желудка чаще всего представлены лейомиомами и гастроинтестинальными стромальными опухолями. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST, ГИСО) являются очень редкими, менее 1% всех первичных опухолей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), чаще всего (в 60-70%) локализируются в желудке. Все GIST считаются потенциально злокачественными. В ходе проведенных исследований показано, что ни пол, ни первичная локализация опухоли не влияют на уровень общей выживаемости. При этом выявление этих образований является важным для выработки верной тактики наблюдения за такими пациентами, а при необходимости и своевременного лечения.

Цель исследования: проанализировать выявляемость неэпителиальных опухолей верхних отделов ЖКТ методом эндосонографии и трансабдоминального УЗИ.

Материал и методы: для анализа историй болезни выбран период январь-август 2023 года, и случайная выборка 40 пациентов, которым выполнено мультипараметрическое исследование, включающее фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) и эндосонографическое исследование. 6 пациентам с неэпителиальными образованиями проведено трансабдоминальное УЗИ, компьютерная томография (КТ) в 4 случаях, 5 пациентам выполнено оперативное лечение с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием материала.

Обсуждение результатов: в анализируемой группе были пациенты в возрасте от 38 до 72 лет, средний возраст (60,3 г), мужчин 16, женщин 24. Среди них пациенты с выявленными неэпителиальными образованиями в количестве 15, средний возраст пациентов в этой группе 60,3 лет. (от 38 до 71 лет). При мультипараметрическом эндоскопическом обследовании лейомиома заподозрена у 9 человек, ГИСО у 5. Локализация лейомиомы в пищеводе у 3 человек, в желудке у 6.

GIST в пищеводе не описано, в желудке у 5 пациентов. При трансабдоминальном УЗИ патологические образования в пищеводе не описаны из-за ограничения метода, в желудке описаны изменения у 3 человек. При КТ описаны изменения у 4: 3 с локализацией в желудке, 1 - в пищеводе. Тактика ведения пациентов с лейомиомой подразумевает динамическое наблюдение из-за доброкачественного течения заболевания, поэтому гистологической верификации в наших случаях не было. При этом эндосонографическое обследование позволяет оценить патогномичные признаки такие как: структура образования, локализацию в мышечном слое стенки желудка или пищевода, ровные контуры образования и оценить отсутствие инвазивного роста, что говорит о доброкачественном характере. Образования, подозрительные на ГИСО также имеют специфичную ультразвуковую картину (как при трансабдоминальном УЗИ, так и при эндосонографии); при трансабдоминальном УЗИ у 3 пациентов (в 50%) выявлены образования размерами от 2 см до 5 см. 5 пациентов с ГИСО были прооперированы, с полным удалением опухоли и последующей иммуногистохимической верификацией. При этом в одном случае у пациента верифицирована липосаркома желудка, в 3 случаях, с учетом гистологического строения и фенотипа, картина более соответствует мезенхимальной опухоли с низким индексом пролиферации, в 1 случае - с высоким индексом пролиферации.

Выводы:

1. Лейомиома верхних отделов ЖКТ протекает бессимптомно, доброкачественно и выявляется методом эндосонографии, чаще всего как случайная находка.
2. Гастроинтестинальные стромальные опухоли с локализацией в желудке, при наличии адекватного акустического окна и достаточных размеров опухоли можно выявить при трансабдоминальном УЗИ.
3. Эндосонография в диагностике ГИСО является наиболее точным методом, с возможностью оценки характера роста опухоли в стенке желудка или пищевода.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХЕМИЛЮМИНИСЦЕНТНОГО АНАЛИЗАТОРА «ARCHITECT i2000SR» ДЛЯ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОНКОМАРКЕРОВ В СЫВОРОТКЕ ПАЦИЕНТОВ

Грошева М.С., Торопова Н.Е., Рылеева М.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Наука занимается разработкой высоких технологий для повышения качества и точности выполняемых исследований. Появление автоматизированных хемилюминисцентных анализаторов последнего поколения для количественного определения в сыворотке крови пациентов онкомаркеров, гормонов и других аналитов позволяет решить эту задачу.

Цель исследования: проанализировать технологические характеристики анализатора «ARCHITECT i2000SR» и оценить возможность усовершенствования процесса количественного определения онкомаркеров, сокращения времени выполнения исследований и ускорения выдачи результатов; повышения точности и воспроизводимости результатов.

Материалы и методы: инструкции к прибору Architect i 2000SR, реагенты для выполнения исследований количественного определения онкомаркеров с использованием анализатора Architect i 2000SR. Сыворотка крови пациентов ГБУЗ СОКОД.

Результаты. Принцип работы анализатора- Architect i 2000SR в целом не отличается от большинства автоматических иммунохемилюминисцентных анализаторов, в том числе анализатора Immulite 2000, за исключением усовершенствованных используемых реагентов, а именно: парамагнитных частиц, захваченных молекулой-улавливателем (антигеном, антителом или вирусной частицей), специфичных для измеряемого аналита; акридин-меченный конъюгат и пре-триггерный и триггерный растворы. Реакция является двуступенчатой. Пипеттор распределяет парамагнитные микрочастицы, захваченные молекулами-уловителями в образец в реакционной ячейке. Вортекс смешивает реакционную смесь. Реакционная смесь выдерживается, и аналит, имеющийся в образце связывается с соответствующими молекулами-уловителями на микрочастицах, образуя иммунный комплекс. Магнит притягивает парамагнитные микрочастицы (связанные с конкретным аналитом) к стенке реакционной ячейки. Манифолд промывочной зоны промывает реакционную смесь с целью удаления несвязанных материалов. После этого пипеттор распределяет хемилюминисцентный акридин-меченный конъюгат. Конъюгат связывается с иммунным комплексом для получения реакционной смеси. Реакционная смесь выдерживается. Манифолд промывочной зоны промывает реакционную смесь с целью удаления несвязанных материалов. Пре-триггерная форсунка распределяет пре-триггерный раствор (пероксид водорода), и оптическая система ХИАМ считывает фон. Триггерная форсунка распределяет триггерный раствор (гидроксид натрия) в реакционную смесь. Акридин подвергается окислению под действием пероксида и физиологического раствора. Эта реакция вызывает хемилюминисцентную реакцию. N-метилакридон производит и высвобождает энергию (световое излучение) в процессе возврата в свое основное состояние. Оптическая система ХИАМ измеряет хемилюминисцентную эмиссию (активированное считывание) в течение определенного периода времени с целью количественной оценки концентрации аналита. По сравнению с анализаторами старого поколения, Architect i 2000SR имеет следующие преимущества: быстрая обработка тестов и выдача результатов. Рабочий цикл составляет 28 мин на получение первого результата, каждый последующий через 18 сек; вмещает до 135 образцов с возможностью загрузки приоритетных тестов (по cito) без прерывания работы иммуноферментного анализатора (до 35 позиций); имеет произвольный доступ: анализ образцов проводится в любом заданном порядке; функция помощи, встроенная в ПО системы, позволяет быстро находить информацию о текущем окне или сообщении об ошибке; прямой доступ к справке сообщения об ошибке предоставляет информацию о возможных причинах и действиях по устранению; процедуры планового техобслуживания

отображаются в списке задач, что обеспечивает автоматическое отслеживание и упрощает работу; распознавание сгустков гарантирует точный отбор проб; автоматическое разведение, повторное и рефлексное тестирование; удобный интерфейс на русском языке и возможность управлять несколькими модулями анализатора; после обработки, полученные результаты выгружаются в систему ЛИС, что обеспечивает быструю выгрузку результатов в историю болезни пациента, встроенный контроль качества с использованием правил Вестгарда и графиков Леви-Дженнингс.

Выводы: использование высокотехнологичного анализатора «ARCHITECT i2000SR» позволяет улучшить качество и точность выполняемых исследований, увеличить скорость получения и выдачи результатов.

РОЛЬ СОПРОВОДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Добрянина О.С.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Лекарственная терапия - один из ведущих методов лечения больных злокачественными новообразованиями. Как самостоятельный метод или в сочетании с хирургическим она эффективна более чем у 75% больных. Широкие показания к лекарственной терапии объясняется возможностью ее применения при операбельных и неоперабельных формах опухоли. В настоящий момент современная онкология насчитывает более 150 противоопухолевых препаратов,

Сопроводительной терапии требует множество состояний: анемия, фебрильная нейтропения, тошнота и рвота, патология костной ткани, кардиоваскулярные, дерматологические и тромбоэмболические осложнения, мукозиты, иммуноопосредованные нежелательные явления, анорексия и кахексия, хронический болевой синдром.

Позднее течение злокачественного процесса как правило, сопровождается болью. Кроме того, противоопухолевое лечение, в том числе химиотерапия, может вызывать появление болевого синдрома, сохраняющуюся длительное время. В связи с этим коррекция болевого синдрома является неотъемлемой частью лечения пациентов.

Материалы и метод. В структуре ГБУЗ СОКОД имеет отделение выездной патронажной паллиативной медицинской помощи онкологическим больным. Специалистами отделения проводится симптоматическая терапия, включая: консервативное лечение болевого синдрома, синдрома одышки, антиэметическая терапия, выполняются малые хирургические вмешательства не требующие дообследования (торакоцентез, катетеризация мочевого пузыря, некрэктомия, и т.д.); оказывается психологическая помощь больным и родственникам; обучение основным принципам ухода за пациентом

В отделении химиотерапии No2 ГБУЗ СОКОД обязательно проводится сопроводительная терапия для снижения выраженности и предотвращения развития нежелательных явлений, связанных как с проводимым лекарственным лечением, так и с течением злокачественного процесса.

Выводы. При анализе работы отделения за 2020-2022 г.г. отмечается снижение частоты развития нежелательных явления на фоне лекарственной терапии ЗНО.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ

Евсеев Д.С., Горбачев А.Л., Хахимов В.Г., Боряев А.Н., Трубин А.Ю.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Сохраняется стабильный рост заболеваемости раком почки (РП) во всех регионах мира, в том числе и в России, в Самарской области в частности. В 2022г. в Самарской области заболеваемость составила 19,4 на 100 тыс. населения (в 2010 г. — 13,2), прирост числа заболевших за 10 лет составил 47%. Также отмечается рост числа больных с опухолевым процессом I-II стадии, так удельный вес больных с опухолевым процессом I-II стадии от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в России в 2012 г. - 51,5%, а в 2022 – 65,6%. Наиболее эффективным методом лечения РП является хирургический. В течение длительное время полагали, что наиболее эффективным лечением локализованного рака почки является радикальная нефрэктомия, только в случаях анатомически или функционально единственной почки или патологии контроля латеральной почки приходилось использовать органосохраняющий подход. В последнее несколько лет данная тактика была пересмотрена, и стал более активно применяться органосохраняющий подход в лечении РП, при этом онкологические результаты лечения были не хуже, чем после выполнения нефрэктомии.

Достаточно часто подвергается обсуждению положения, к которым относятся: преимущества органосохраняющих операций (ОСО), размер и локализация опухоли, длительность безопасного времени ишемии почки, методики эффективного гемостаза, частота хирургических осложнений, развитие хронической болезни почек, выживаемость и качество жизни пациентов. Рандомизированное исследование эффективности ОСО и нефрэктомии при РП (S.P.Kim и соавт.) свидетельствуют о равной эффективности органосохраняющих операций и ОСО в отношении специфической выживаемости. В России за последние 10 лет количество ОСО при РП увеличилось лишь на 15,5 %. Аналогичная ситуация наблюдается в Самарской области.

Материал и метод. Для сравнительного анализа использованы клинические данные и результаты хирургического лечения 862 пациентов с РП 1 стадии, подвергшихся хирургическому лечению в ГБУЗ СОКОД за период с 2010 г. по 2017 г.

Результаты исследования. Так в 2010 г. выполнено 54 операции, из них резекций – 9 (16,6%), нефрэктомия выполнена у 45 (83,3%). В 2011 г. отмечает рост числа больных, которым выполнена резекция почки: 28 (14%), нефрэктомия – 172 (81,7%), из них 64 лапароскопическим доступом. В 2012г. сохранилась прежняя тенденция – 120 (43%) резекций, 155 (67%) нефрэктомий, из них 56 лапароскопическим доступом, в 2013г. - 59 (19,7%) резекций, 126 (80,3%) нефрэктомий, из них 140 лапароскопическим доступом, в 2014г. – 125 (34,8%) резекций, нефрэктомий 234 (65,2%), из них лапароскопическим доступом – 114, в 2015г. – 97 (27,3%) резекций, нефрэктомий – 258 (72,7%), из них лапароскопическим доступом – 142. Таким образом, за 4 года количество ОСО выросло более, чем в 5 раз.

Светлоклеточный рак встречался наиболее часто – 69,8% (646) случаев. папиллярный рак — в 16,9% (146), хромофобный рак — в 8,2% (70). Распределение РП по степени дифференцировки опухоли: чаще регистрировался высокодифференцированный рак (G1) — 72,3% (623), реже — умеренно-дифференцированный (G₂) — 17,5% (151), низкодифференцированный (G3) — 7,2 % (65) и недифференцированный (G₄) РП – 3% (13).

Медиана наблюдения за оперированными больными составила 115,6 мес. Из 862 оперированного больного РП в настоящее время живы 710 (82,3 %), Всего умерли 152 (17,6%) пациента, от прогрессирования РП - 50 (5,8 %), из них после резекции почки — 12, после нефрэктомии — 38, от сопутствующей патологии — 102 (11,8%) пациента. Проведен сравнительный анализ общей и безрецидивной выживаемости пациентов в данных группах по методу Каплана Майера. В группе больных после ОСО 5-летняя общая выживаемость составила 89,8%, после нефрэктомий общая выживаемость - 86,8 % (p=0,335).

Безрецидивная 5-летняя выживаемость в группе больных после ОСО составила 95,5%, после нефрэктомий безрецидивная выживаемость - 91,5 %. ($p=0,127$). Таким образом, статический анализ не показал достоверных отличий выживаемости в исследуемых группах пациентов.

Выводы. Проведенный анализ продемонстрировал, что резекция почки является эффективным и безопасным методом лечения локализованного ПКР. По мере освоения ОСО увеличивается количество пациентов, у которых может быть применена данная методика.

МИКРОСАТЕЛЛИТНАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПРИ КАРЦИНОСАРКОМЕ МАТКИ

Зузолина М.П., Югина О.В., Кузнецов А.Г., Селезнева А.В.,
Атанов А.В., Баканова Ю.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Карциносаркома матки - редкое агрессивное злокачественное новообразование, часто называемое смешанной злокачественной опухолью Мюллера (МММТ). Она носит бифазный характер, дифференцируясь на эпителиальный и саркоматозный компоненты. Клинико-патологические прогностические факторы при карциносаркоме матки хорошо известны, но исследований, посвященных влиянию биомаркеров при этом заболевании мало. С учетом новой классификации, в которой были также положены молекулярные альтерации генов канцерогенеза, описанные по результатам работы TCGA (The Cancer Genome Atlas), были выделены определенные подтипы, среди которых выделяют опухоли с наличием MSI или dMMR, обладающие промежуточным прогнозом, что лишний раз показывает необходимость исследования данного типа опухолей с целью поиска наиболее перспективной тактики лечения.

Цель исследования. Изучить результаты проведенных исследований дефицита системы репарации неспаренных оснований/наличия микросателлитной нестабильности карциносарком матки.

Материалы и методы. Анализ ретроспективных исследований, проведенных за 2022 – 2023 г.г., предоставленных в Pubmed, Cochrane Library.

Результаты исследования. В исследовании Jesse Lopes da Silva et al (2023 г.) было включено 57 случаев с диагностированной карциносаркомой, dMMR было выявлено в 3 (5,3%) случаях. Был проведен ретроспективный анализ, который впоследствии показал, что показатели dMMR, использованные в этой когорте, существенно не влияли на выживаемость. В то время как в исследовании Segura et al. обнаруженные сходные показатели dMMR (6,2%) в их когорте показали лучшие исходы для пациентов с карциносаркомой с dMMR по сравнению с pMMR, вследствие хорошего клинического ответа на терапию. В статье Jenkins Taylor M., et al был проведен 5-летний ретроспективный анализ карциносарком матки, в котором в 99 случаях (96%) экспрессия была сохранена, а в 4 случаях (4%) наблюдалась потеря MLH1/PMS2 (соматическое гиперметилирование MLH1). Таким образом, было обнаружено, что частота dMMR заметно ниже при карциносаркоме матки по сравнению с карциномой эндометрия. В процессе исследования, авторы выявили, что в случае потери MMR следует рассматривать диагноз дедифференцированной карциномы, поскольку почти половина опухолей dMMR, которые первоначально назывались карциносаркомами в их выборке, при пересмотре были переклассифицированы как дедифференцированные.

Выводы. Детальное исследование дефицита системы репарации неспаренных оснований/наличия микросателлитной нестабильности карциносарком матки, дополнительные методы иммуногистохимической диагностики, повышает возможности идентификации пациенток группы высокого риска развития синдрома Линча, а также дает понимание клинических, морфологических и молекулярных особенностей и повышает диагностику данного заболевания.

ТРАНСФОРМАЦИЯ АЦИНАРНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НЕЙРОЭНДОКРИННЫЙ РАК НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Зузолина М.П., Югина О.В., Кузнецов А.Г., Селезнева А.В.,
Баканова Ю.Г., Атанов А.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак предстательной железы является наиболее часто диагностируемым видом рака у мужчин во всем мире. Особенным вариантом среди них является нейроэндокринный рак предстательной железы – редкое и прогностически неблагоприятное заболевание. Большинство больных с различными вариантами нейроэндокринного рака предстательной железы умирают в течение 2 лет после постановки данного диагноза, несмотря на проводимое лечение. Отличительными особенностями нейроэндокринного рака предстательной железы являются характер метастазирования в виде тенденции к поражению внутренних органов и внерегионарных лимфатических узлов, литическому поражению костей; высокие темпы (до 6 месяцев) клинического прогрессирования заболевания на фоне терапии. Причины агрессивного течения нейроэндокринного рака предстательной железы заключаются в молекулярно генетических событиях, а именно реализации андроген-независимых механизмов пролиферации опухолевых клеток.

Цель исследования. Изучить особенности течения и диагностики нейроэндокринного рака предстательной железы на примере клинического случая.

Материалы и методы. Подавляющее большинство опухолей предстательной железы проявляются в виде аденокарциномы, типа опухоли, который, как предполагается, возникает в результате трансформации железистых клеток предстательной железы. Подобно нормальным железам предстательной железы, которые развиваются, регенерируют и функционируют под влиянием андрогенов, аденокарцинома предстательной железы также зависит в своем развитии и прогрессировании от андрогенов, действующих через рецептор андрогена (AR). Это основа для использования терапевтического вмешательства для блокирования синтеза андрогенов (например, химическая и хирургическая кастрация) или подавления функции андрогена (например, антагонисты андрогена) в качестве стандартной терапии для пациентов с запущенными и рецидивирующими заболеваниями. Что касается механизма трансформации аденокарциномы в нейроэндокринный рак предстательной железы, то недавние исследования выявили несколько молекулярных характеристик, включая перестройку гена ERG, амплификацию AURKA и N-мус (MYCN), утрату функции онкосупрессоров p53 и Rb, активацию PI3K, Akt и β-катенина, повышенную регуляцию EZH2 и пониженную регуляцию REST (регулятора экспрессии нейрональных генов). Транслокация TMPRSS2-ERG является наиболее распространенной перестройкой гена при аденокарциноме предстательной железы, встречающейся в 40-60% случаев. Подавление экспрессии белка TMPRSS2-ERG, управляемого андрогенными рецепторами, может представлять собой потенциально значимый механизм нейроэндокринной трансдифференцировки. В каждом десятом случае данные изменения являются ответом аденокарциномы предстательной железы на проводимую андрогендепривационную терапию.

Результаты исследования. Пациент С., 1961 г.р., обратился в январе 2020 г. в поликлинику ГБУЗ СОКОД с жалобами на слабость, повышенную утомляемость. По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ): в периферической зоне левой доли с частичным распространением на медиальные отделы правой доли, перипростатическую клетчатку, семенные пузырьки слева определяется мягкотканное образование размерами, прилежит к рубцовым послеоперационным изменениям малого таза, капсула на фоне описанных изменений четко не дифференцируется. В проекции переходных зон определяются аденоматозные узлы. При патоморфологическом исследовании трепанбиоптата предстательной железы от 2020 г. морфологическая картина соответствовала ацинарной

аденокарциноме, Глисон 7(3+4). В дальнейшем проводилась гормонотерапия аналогами ЛГРГ, ДЛТ, а также лучевая терапия СОД 60 Гр. В 2023 г. пациент повторно обратился в поликлинику ГБУЗ СОКОД, где была проведена трепанбиопсия предстательной железы. В результате проведения гистологического и последующего иммуногистохимического исследования была выявлена экспрессия нейроэндокринных маркеров Chromogranin(+), Synaptophysin(+) и негативный маркер PSA(-), таким образом, произошла трансформация ацинарной аденокарциномы предстательной железы в низкодифференцированную нейроэндокринную карциному высокой степени злокачественности. Повторное исследование трепанбиоптата предстательной железы за 2020 г. выявило отсутствие экспрессии нейроэндокринных маркеров Chromogranin(-), Synaptophysin(-) и наличие экспрессии маркера PSA(+).

Выводы. Диагностика нейроэндокринного рака предстательной железы является клинически значимым направлением при построении стратегии лечения в связи с тем, что молекулярные особенности нейроэндокринного рака предстательной железы в виде утраты экспрессии андрогеновых рецепторов могут являться причиной неэффективности гормонотерапии.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ПРОЕКТИРОВАНИЯ ПЕРСониФИЦИРОВАННОГО ЭНДОПРОТЕЗА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Иванов В.В., Николаенко А.Н., Дороганов С.О., Хобта Р.В., Сапожников В.А., Меркулов В.Н.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Введение. Ампутация ниже колена остается методом выбора для большинства пациентов с агрессивными опухолями дистального отдела большеберцовой кости. Среди основных видов опухолей, поражающих голеностопный сустав и нижнюю треть большеберцовой кости выделяют: остеосаркома, хондросаркома, саркома Юинга, плеоморфная саркома, адвантинома, гигантоклеточная опухоль.

Подкожное расположение и близость дистального отдела большеберцовой кости к сосудисто-нервному пучку и сухожилиям затрудняют адекватное иссечение агрессивных доброкачественных или злокачественных опухолей дистального отдела большеберцовой кости с широкими краями. Следовательно, ампутация ниже колена зачастую считается методом выбора для лечения местной опухоли у данной категории пациентов. Однако есть ограниченные показания к операции по сохранению конечностей у пациентов с агрессивными доброкачественными или злокачественными опухолями дистального отдела большеберцовой кости. К ним относятся пациенты с доброкачественными опухолями 3 степени в соответствии с критериями Enneking, Spanier и Goodman, злокачественные первичные опухоли кости, ограниченные костью без расширения мягких тканей, и пациенты со злокачественными опухолями с внекостным распространением, которые отказываются от ампутации. Варианты, доступные для реконструкции дефекта после полного иссечения дистального отдела большеберцовой кости, включают свободный васкуляризованный или не васкуляризованный ауто трансплантат малоберцовой кости и артродез, костно-суставной аллотрансплантат и эндопротез. Эндопротезирование дистального отдела большеберцовой кости все еще экспериментально, и отдаленные результаты малоизвестны. А немногочисленные литературные источники весьма спорны.

Исходя из выше сказанного, была проведена комплексная работа специалистов: врачей онкологов, травматологов-ортопедов, инженеров, биоинженеров по разработке конструкции и универсального алгоритма проектирования персонифицированного эндопротеза голеностопного сустава.

Цель исследования: разработать методику проектирования персонифицированного эндопротеза голеностопного сустава.

Материалы и методы. Так как протез сустава создается по индивидуальному проекту, работа с компьютерной томографией является очень важной и связана с тем, что важные для геометрического анализа костные фрагменты могут быть не определены программой и рабочая виртуальная модель для создания импланта не позволит их учесть. Подобное особенно проявляется с уменьшением разрешающей способности томографа. Кроме того, область костной ткани, отведенная под имплантацию, может иметь костные включения со сниженной плотностью или не иметь вовсе костных элементов. Указанная особенность КТ не позволит специализированной программе выстроить исходный виртуальный контур элемента кости, отведенного под имплантацию. В подобных ситуациях, в рамках разработанного универсального алгоритма проектирования эндопротеза, нами рекомендуется использование КТ-изображения с контралатеральной (здоровой) конечности.

Необходимым условием при проектировании эндопротеза голеностопного сустава является тщательный анализ величин и характера распределения нагрузок на здоровый сустав. На данном этапе особенно важно оценить величину усилий, приводящих к вывиху сустава, что, несомненно, должно быть учтено при проектировании эндопротеза в процессе

проработки его геометрических элементов. Необходимо также отметить, что величины нагрузок и их место в векторном пространстве являются исходными данными к анализу напряженно-деформированного состояния системы эндопротеза и связанных с ним биологическими тканями, который в обязательном порядке выполняется нашей командой в программах конечно-элементного анализа.

Работа в программах конечно-элементного анализа сопряжена с потребностью в решении непростого вопроса конвертирования фасетных виртуальных моделей в твердотельные. В дополнение можно отметить, что данный этап работ усложнен необходимостью отделения виртуальных биологических элементов друг от друга, так как фасетные геометрические модели, полученные по КТ, зачастую имеют нераздельную структуру с нечетко выраженным переходом одного биологического образования в другое.

В процессе проектировании импланта голеностопного сустава можно выделить четыре раздела: проектирование таранного компонента, проектирование корпусной части импланта, проектирование элементов соединения суставной части импланта с ответными костями и проектирование операционной оснастки.

Особое внимание обращает на себя проектирование таранного компонента, так как по данным литературы большинство послеоперационных осложнений связано с его нестабильностью. Исключение указанного недостатка начинается с оценки геометрической формы таранной кости конкретного пациента. Все анатомические особенности кости имеют свою конструктивную интерпретацию при проектировании таранного компонента, при этом радиус кривизны суставной поверхности равен 22,3. Реализация наплывов в таранном компоненте позволяет увеличить реакционную силу в поперечном наплывам направлении, а также стабилизировать зону износа, делая его равномерным. При проектировании таранного компонента, размер и форма элементов, имитирующих наплывы, назначаются и оптимизируются в дальнейшем при помощи конечно-элементного анализа.

При проектировании посадочной поверхности таранного компонента была рассчитана оптимальная форма, учитывающая как сложности выполнения резекции таранной кости; так и достигаемой прочности соединения и его сопротивляемости усилиям сдвига. При этом, посадочные плоскости имеют дополнительные элементы, оказывающие дополнительное сопротивление к сдвигу таранного компонента относительно таранной кости, что также вносит дополнительные трудности при изготовлении таранного компонента.

Сложность этапа проектирования кривизны суставной поверхности заключается в том, что ложбинка хрящевой ткани таранного сустава направлена в разном направлении сплоскостью сгибания и разгибания стопы при ходьбе находится в направлении указательного пальца стопы, что составляет существенную разницу. Таким образом, установка эндопротеза, спроектированного с одной вращательной степенью свободы, перпендикулярно своей осью вращения станет причиной приведенной стопы у пациента. Соответственно, что конструкция проектируемого голеностопного эндопротеза должна обеспечивать новую динамику относительно исходных биологических элементов сустава, которая позволит сохранить естественную ходьбу пациента, избегая патологии, даже при условии безвозвратного удаления некоторых связок в процессе хирургического вмешательства.

При проектировании суставной поверхности таранного компонента базовыми линиями к формированию поверхности могут служить следы плоскостей на виде сверху таранной кости. Каждая такая плоскость является аппроксимальной поверхностью к каждой из четырех основных криволинейных поверхностей, образующих собой часть таранной кости, покрытую хрящевой тканью.

Для предотвращения вывиха в протезируемом сочленении нами была предложена конструкция связанного типа, применяемом при значительной резекции большеберцовой кости. Корпус голеностопного импланта проектировался компактным, с обтекаемой геометрией, при этом внутри корпуса должен уместиться механизм, обеспечивающий соединение с таранным компонентом, что в совокупности, обеспечивало наклоны стопы в соответствии с биофункциональными возможностями человека.

Анализ напряжений, возникающих в таранном компоненте, поверхностях контакта с таранной костью, а также возникающих в целом по всей стопе, позволили вносить корректировки в геометрию таранного компонента при его проектировании.

Поле распределения касательных напряжений сдвига, в зонах контакта таранного компонента и таранной кости являются исходными при проектировании поверхности контакта таранного компонента, проработки ее текстуры и метода гальванического покрытия. Важным является анализ напряжений, распределенных по таранному компоненту, по импланту и его поверхности скольжения.

Это позволило подобрать материал и толщину корпуса импланта, а также вычислять усилия трения, действующие в зоне скольжения. Исходя из данных усилий и их распределения проектируется элемент скольжения с максимально возможной износостойкостью. Точность определения напряжений во многом зависела от полноты учтенных воздействующих факторов, к которым также следует отнести воздействие со стороны связок и сухожилий.

Вывод. Разработанный универсальный алгоритм проектирования эндопротеза голеностопного сустава, отличающийся от известных, увеличенной точностью анализа напряженно-деформированного состояния голеностопного сустава до и после установки эндопротеза, что позволяет достичь большей надежности системы. Предложенный алгоритм отличается от большинства аналогов своей более глубокой проработкой деталей, позволяющих каждому конкретному пациенту сохранять максимально естественную геометрическую структуру и функционал пролеченного участка. Алгоритм апробирован при проведении кинематического анализа конструкции эндопротеза по натурным моделям на кадаверном материале.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Иванов В.В., Николаенко А.Н., Дороганов С.О., Хобта Р.В., Сапожников В.А.,
Меркулов В.Н.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Введение. Злокачественные первичные опухоли костей являются одними из наиболее агрессивных злокачественных новообразований человека. В настоящее время оптимальной тактикой их лечения является комбинированный подход, включающий в себя полихимиотерапию (системную, регионарную) в сочетании с хирургическими методами (оперативное вмешательство, лучевая терапия). Поражение дистального конца большеберцовой кости опухолями достаточно редкая патология. Однако локализация патологического очага в данной области зачастую сопровождается высокой вероятностью проведения калечащих операций в виде ампутации на уровне верхней трети голени. Несомненно, такой тип хирургического вмешательства крайне негативно сказывается как на моральном и психо-эмоциональном состоянии пациента, так и на качестве жизни человека. Существенно ограничивая его в трудовой и повседневной жизни. Основными нозологическими единицами, поражающими дистальный радиус голени являются: гигантоклеточная опухоль, остеосаркома, саркома Юинга, хондросаркома и другие типы сарком.

Длительное время, вплоть до 80-х годов двадцатого столетия лечение больных с саркомами костей ограничивалось монохимиотерапией и проведением ампутаций, что приводило к низкой удовлетворенности пациентов от оргоуносящих операций, выживаемость при которых составляла порядка 40%.

Протезирование голеностопного сустава достаточно редкая и сложная в техническом плане операция. При этом, ситуация в значительной степени осложняется, когда речь идет о ревизионном или онкологическом эндопротезировании с резекцией нижней трети большеберцовой кости, удалением большого массива мягких тканей, расширенной артротомией с полной утратой связочного аппарата дистального радиуса голени.

Самыми распространенными до недавнего времени протезами голеностопного сустава используемые онкоортопедами на территории РФ служили конструкции фирмы Prospan (Чехия) и Implantcast (Германия). Проанализировав опыт использования этих протезов, и отметив высокую частоту осложнений (структурированная по классификации ISOLS 2013г.) после первичного и повторного эндопротезирования, она составила 57,6 %. Кроме этого, возникают трудности в интраоперационной установке и общая неудовлетворенность специалистов к этим конструкциям, послужило для нас определенным стимулом к выполнению работы над собственной конструкцией эндопротеза голеностопного сустава с замещением нижней трети большеберцовой кости.

Цель исследования – оценить ближайшие результаты онкологического эндопротезирования голеностопного сустава с применением разработанной конструкции эндопротеза.

Материалы и методы. До настоящего времени в России лишь в ведущих Федеральных медицинских учреждениях выполнялись такие операции. Это объясняется немногочисленностью данной патологии, сложностью выполнения ревизионного эндопротезирования и высокой стоимостью импортных эндопротезов голеностопного сустава.

При проектировании конструкции протеза мы опирались на работу наших коллег - врачей онкологов и ортопедов из Федеральных медицинских учреждений г.Москвы и г.Санкт-Петербурга. Был проанализирован опыт использования известных ревизионных эндопротезов голеностопного сустава, изучены особенности конструкции и недостатки.

На кафедре травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии им. академика РАН А.Ф. Краснова под руководством академика РАН Г.П. Котельникова совместно с сотрудниками Самарского университета была проведена комплексная работа по разработке конструкции протеза.

Протез является условно связанный, так как в нем присутствуют практически все степени свободы здорового сустава, но с ограничением по всем плоскостям, для предупреждения вывихивания. Это концепция была применена специально, на основании анализа кинематики, биомеханики и клинической анатомии голеностопного сустава.

Конструкция эндопротеза разработана на базе Самарского государственного медицинского университета в НИИ Бионики и персонифицированной медицины.

Получен патент РФ на полезную модель № 214964 от 06.08.2022г. Изготовлен протез из отечественных материалов в центре серийного производства индустриального парка «Преображенка», учитывая индивидуальные особенности и антропометрические данные конкретного пациента по полученным изображениям сканов КТ. Конструкция и материалы протеза прошли все необходимые доклинические проверки на биосовместимость, цитотоксичность, трибологические испытания. Данный проект прошел экспертизу этического комитета СамГМУ.

В настоящее время имеется опыт по установке онкологических протезов у двух пациентов в ведущих федеральных учреждениях страны. В обоих случаях имелось поражение дистального отдела большеберцовой кости опухолью. Гистологическое заключение: гигантоклеточная опухоль кости. Оперативное вмешательство выполнялось по классической методике. После сегментарной резекции большеберцовой кости и подготовки таранной кости последовательно выполняли установку компонентов протеза. Благодаря конструкции протеза окончательное сопоставление и соединение протезируемого сочленения производили непосредственно в ране. Этот факт имеет принципиальное значение, так как в области голеностопного сустава всегда отмечается ограничение операционного поля и невозможность тракции стопы.

В первом случае выполнили сегментарную резекцию малоберцовой кости с удалением латеральной лодыжки протяженностью 7см, так как отмечалось опухолевое поражение последней в едином конгломерате. Несмотря на это интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде тенденции к вывихиванию не отмечали. Во втором случае установка протеза сопровождалась сохранением лодыжки, что обуславливало дополнительную стабильность при движениях в голеностопном суставе. Благодаря компактной конструкции эндопротеза и выбуханию опухолевого компонента кости мягких тканей для укрытия компонентов протеза и ушивания послеоперационной раны было достаточно, без натяжения. При интраоперационной проверке объем движений в суставе составил: подошвенное сгибание 30градусов, тыльное сгибание 20градусов.

Ближайшие результаты. Срок наблюдения составил 6 месяцев. Рана зажила первичным натяжением. Оба пациента ходят с полноценной опорой на прооперированную конечность с применением бадика. Болевой синдром по шкале ВАШ 1-2 балла. Тем не менее, средний функциональный результат составляет 90% по шкале MSTs. Оценка состояния стопы и голеностопного сустава по шкале AOFAS составила 75%.

Обсуждение: в использовании онкологического эндопротезирования голеностопного сустава в широкую клиническую практику препятствовали две существенные проблемы: нужно было создать оптимальную конструкцию эндопротеза, с одной стороны, позволяющую выдерживать значительные разновекторные нагрузки, иметь надежную фиксацию к костным сегментам, а с другой – имеющую компактную форму, позволяющую укрыть его местными тканями после радикальной резекции опухоли.

Вывод: ранние результаты эндопротезирования голеностопного сустава предложенной конструкции демонстрируют простоту и легкость интраоперационной установки, что может иметь широкое практическое значение.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК КРИТЕРИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ
Г.А. Игнатенко², И.Е. Седаков^{1,2}, О.В. Колычева^{1,2}

1. РОЦ «Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря МЗ ДНР»,
2. ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк

Цель исследования. Анализ качества жизни больных с раком молочной железы при использовании метода адаптационной медицины при проведении неоадьювантной полихимиотерапии.

Материалы и методы. В РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря пациенткам с инвазивным раком молочной железы старше 18 лет, стадии заболевания ПА-ПС. Исследуемым проводилась неоадьювантная лекарственная терапия с использованием стандартных режимов. 64 пациентки основной группы были поделены на 2: 1 группа (33 человека) получала стандартную терапию: доксорубин 60 мг/м² в/в в 1-й день+ циклофосфамид 600 мг/м² в/в в 1-й день - 4 курса. Во 2 группе наблюдения (31 пациентка), кроме аналогичного медикаментозного лечения, был использован метод ИНБГТ по стандартной методике при помощи гипоксикаторов, включающий в себя 7 циклов перед началом 1 курса химиотерапии + по 3 цикла ИНБГТ перед началом каждого последующего курса химиотерапии. Контрольную группу составили 30 условно здоровых пациенток. Для оценки параметров качества жизни использовались русскоязычным кардиологическим опросником SF-36. Доминирующими жалобами явились сердцебиение (50% респондентов), головная боль (более 30%), боль в прекардиальной области (более 20%). Около 30% опрошенных жаловались на перебои в работе сердца, более 42% предъявляли жалобы на страх/тревогу, а 49% - на нарушение сна.

Результаты. Качество жизни является одной из наиболее важных, но порой плохо достижимых целей лечения. У больных 1-й группы были получены мало оптимистичные результаты по сравнению со 2-й группой. Показатель ролевого физического функционирования (ПРФФ) был выше на 7 баллов во 2-й группе, различия показателя физического функционирования (ПФФ) составили 11 баллов между 1 и 2 группами соответственно. Показатель боли (ПБ) был ниже на 8 баллов у 2-й группы, показатель общего здоровья (ПОЗ) имел различия в 16 баллов между 1 и 2 группами соответственно. Показатель ролевого физического функционирования (ПРФФ) и показатель психологического здоровья (ППЗ) значительно выше были во второй группе: 8 и 15 баллов соответственно по сравнению с аналогичными показателями 1-й группы. Таким образом, по всем показателям, отражающим качество жизни, традиционное лечение уступало комбинированной медикаментозной терапии с ИНБГТ. Нарушения сна имели место в 49% (30 пациентов из 64) случаев. На фоне лечения в 1-ой группе наметилась тенденция снижения частоты этого симптома (на 13,3%). Вместе с тем, более интенсивная редукция наблюдалась во 2-й группе (на 40% по сравнению с исходными данными и на 30,8% по сравнению с аналогичным показателем в 1-й группе).

Заключение. Изменения параметров качества жизни у больных со злокачественными заболеваниями во многом определяются стадией развития опухолевого процесса, эффективностью терапии и реабилитации. Применение интервальной нормобарической гипокситерапии позволяет значительно улучшить качество жизни онкологических больных.

СНИЖЕНИЕ РАННИХ КАРДИОТОКСИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ АДАПТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

Г.А. Игнатенко², И.Е. Седаков^{1,2}, О.В. Колычева^{1,2}, Кульков С.К.¹.

1. РОЦ «Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря МЗ ДНР»
2. ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

Цель исследования. Оценка ранних кардиотоксических осложнений при проведении неоадьювантной химиотерапии у больных с раком молочной железы при использовании интервальной нормобарической гипокситерапии.

Материалы и методы. В РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря пациенткам с инвазивным раком молочной железы проводилась неоадьювантная лекарственная терапия с использованием стандартных режимов. Основную группу составили 64 пациентки. Пациентки 1 группы (33 человека) получали стандартную терапию (RUSSCO, рекомендации, 2020): доксорубин 60 мг/м² в\в в 1-й день + циклофосфамид 600 мг/м² в\в в 1-й день - 4 курса. 31 пациентке 2 группы наблюдения, кроме аналогичного медикаментозного лечения, был использован метод ИНБГТ по стандартной методике при помощи гипоксикаторов, включающий в себя 7 циклов перед началом 1 курса химиотерапии + по 3 цикла ИНБГТ перед началом каждого последующего курса химиотерапии.

Оценивались показатели кардиотоксичности: фракция выброса левого желудочка, систолическое и диастолическое артериальное давление, частота сердечных сокращений, сердечный маркер тропонин I. Показатели гемостаза: концентрация уровня РФМК, концентрация фибриногена, уровень гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов.

Результаты. Анализ результатов ЧСС у больных показал, что после применения ИНБГТ отмечалось достоверное ($p < 0,00001$) снижение частоты сердечных сокращений (с $72,8 \pm 9,6$ до $68,1 \pm 6,7$ уд./мин). Принято считать последствием кардиотоксического действия на сердце снижение ФВ ЛЖ более 10% от исходного уровня или любое снижение менее 50%. За весь период наблюдения в обеих группах пациенток показатели ФВ ЛЖ несколько снижались в течение 1-го месяца терапии с последующим увеличением к 3-му месяцу (до начала терапии $63,9 \pm 1,22\%$ в 1-й группе, $64,9 \pm 1,10\%$ – во 2-й группе; через 1 мес. - $62,9 \pm 0,98\%$ и $63,7 \pm 1,25\%$ соответственно в 1-й и 2-й группах; к 3 мес. в 1-й группе - $65,8 \pm 1,12\%$, а во 2-й – $66,1 \pm 1,0\%$ ($p > 0,05$)). Конечная оценка ФВ ЛЖ по окончании терапии незначительно отличалась от первоначальных значений ($64,2 \pm 1,10\%$ в 1-й группе, $65,1 \pm 1,17\%$ - во 2-й). В группе с гипокситерапией систолическое АД снизилось со $176,7 \pm 2,22$ до $150,8 \pm 2,1$ мм рт. ст., а диастолическое АД – со $108,1 \pm 2,0$ до $80,4 \pm 1,71$ мм рт. ст. К моменту окончания лечения уменьшилось число пациентов с высоким и очень высоким общим сердечно-сосудистым риском за счет перехода в группу низкого и среднего риска и составило 64,5%, а 35,5% пациентов оказались с низким или средним риском. Снижение концентрации уровня РФМК наблюдалось в обеих группах, однако статистически значимая динамика наблюдалась в группе пациентов с курсом гипокситерапии. Была отмечена тенденция к снижению концентрации фибриногена между 1-м и 2-м этапами обследования в 1-ой группе и статистически значимое во 2-ой.

Заключение. ИНБГТ обладает комплексом патогенетически обоснованных корректирующих эффектов, способствующих снижению АД, системной артериальной вазодилатации, оптимизации органной макро- и микроциркуляции, улучшению диастолических характеристик левого желудочка сердца, эукинезиса системной гемодинамики.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ Ильясова А.Н.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Основой рентгенологического исследования тонкой кишки является рентгеноскопия, так же клинические и лабораторные данные. Из всех опухолевых заболеваний толстого кишечника, образования тонкой кишки обнаруживаются более редко. При проведении энтерографии - у здоровых людей контрастная взвесь, пройдя flexura duodeno-jejunalis, довольно быстро заполняет начальные петли тощей кишки, оставляя по пути частицы бария на стенках между складками. Отдельные порции контрастной взвеси движутся, равномерно плывя вперед. Толчкообразных движений вперед, а также антиперистальтики у здоровых людей не наблюдается. При нормальной эвакуации желудка тощая кишка заполняется через 25—30 минут, через 1,5—2 часа большая часть контрастной взвеси почти неподвижно лежит в петлях, располагающихся в малом тазу. К этому времени верхние петли или совершенно пусты, или между складками остается небольшие остатки бариевой взвеси. Обычно это бывает только в тех случаях, когда своевременно наступает полное опорожнение желудка, так как характер заполнения тонкой кишки находится в значительной зависимости от темпа эвакуации желудка. У пациентов обнаруженные новообразования при беззондовой энтерографии выглядят в виде циркулярных сужений, дефектов наполнения и супрастенотических расширений.

Образования тонкой кишки в наибольших случаях выявляются за счет обращения пациентов со стороны жалоб ЖКТ, т.е. при болях в эпигастральной области в первую очередь пациент пройдет исследование - УЗИ брюшной полости и далее рентгеноскопию желудка и возможно кишечника, но и зачастую пациент поступивший с жалобами не со стороны ЖКТ так же при полном обследовании и сдаче анализов обнаруживаются метакронные опухоли. Бывает что пациенты обращаются слишком поздно когда уже появляются осложнения, такие как тонкокишечная непроходимость. Ежегодно в условия ГБУЗ СОКОД исследования тонкой кишки проводятся примерно 58-79, при этом соотношении образования тонкой кишки составляет примерно 2-3%.

Цель исследования: наша задача и цель как можно быстрее выявлять у пациентов заболевания тонкой кишки на ранних стадиях.

Материалы и метод. При клинической картине заболевания преимущественно развивается интермиттирующая кишечная непроходимость, которая постепенно перерастает в полную кишечную непроходимость. В большинстве случаев жалобы на интенсивные боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту. По лабораторным данным обнаруживается анемия, ускоренная СОЭ. Тем не менее раковые опухоли растущие не в просвет кишечника могут протекать бессимптомно, что так же свойственно раковым заболеваниям. Раковое поражение тонкой кишки метастазирует реже и медленнее, нежели другие раковые заболевания. При исследовании и литературным данным в тонкую кишку метастазируют, к примеру, такие заболевания, как злокачественная меланома, реже в тонкую кишку метастазируют рак молочной железы и рак легкого. Почечно-клеточная карцинома – часто встречающаяся метастатическая злокачественная опухоль тощей кишки. По нашему мнению самая первая диагностическая служба, выявляемая образования тонкой кишки – УЗИ брюшной полости. Затем назначают исследование, такое как энтерография и КТ брюшной полости.

Клинические наблюдения: Пациент Г., 1951 г.р. обратился в СОКОД по направлению с места жительства с данными КТ брюшной полости – t-г тонкой кишки. На приеме у онколога особых жалоб не предъявляет. Пациенту в условиях ГБУЗ СОКОД назначают УЗИ брюшной полости 14.09.2022г: Образование брюшной полости слева. Эхографические данные за t-г тонкой кишки. Повторная консультация с результатами 30.09.2022 г.: УЗИ брюшной полости, результатами анализов крови на онкомаркеры. Рентгенография органов грудной клетки от 08.10.2022 г - патологии со стороны легких не выявлено. При рентгеноскопическом

исследовании тонкой кишки методом беззондовой энтерографии 12.10.2022г – опухоль тощей кишки. На момент осмотра 14.10.2022 г. хирургическое лечение связано с высоким риском развития кровотечения в постоперационном периоде.

Результаты исследования: наблюдение показало, что не всегда выявляемые образования тонкой кишки могут подвергаться хирургическому лечению. В пример приведем еще одно клиническое наблюдение: Пациентка Е., 1962г.р. обратилась в ГБУЗ СОКОД 27.10.2022 г с жалобами на образование в левой молочной железе. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки 29.10.2022 г – патологии не выявлено. По данным УЗИ, выполненное в СОКОД, – с-г левой молочной железы, гиперплазия единичного подмышечного лимфатического узла слева. Врач - онколог к дополнительному обследованию назначает УЗИ брюшной полости для исключения mts, данные УЗИ, выполненные в условиях СОКОД, показали эхографические признаки mts в брюшную полость, вероятно, в брыжейку тонкой кишки, жировая дистрофия печени и поджелудочной железы, хронический калькулезный холецистит. По данным исследования назначают КТ. Заключение КТ - картина t-г брыжейки тонкой кишки, с инвазией петель тонкой кишки (по КТ картине больше данных за первичную t-г, чем за mts), хронический калькулезный холецистит. По данным гистологии, микроописание: инфильтрирующий рак молочной железы 11.11.2022. Выполнена беззондовая энтерография 09.12.2022 г: с-г проксимального отдела подвздошной кишки. Заключение по посещению: рак молочной железы и опухоль брюшной полости. Госпитализация на 16.12.2022г в х/о 4 (абдоминальное). Выполнена радикальная мастэктомия слева. госпитализация на 21.12.2022 г с гистологическим заключением: опухоль брыжейки тонкой кишки. Прооперирована – резекция тонкой кишки 22.12.2022г.

Выводы: беззондовая энтерография играет не последнюю роль, при этом исследовании можно определить локализацию участка поражения тонкой кишки, выявить метахронный и синхронный рак. В клинической практике необходимо опираться на все возможности диагностических, клинических и лабораторных обследований.

ИНКОНТИНЕНЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Исаргапов Р. М., Воздвиженский М.О., Хакимов В.Г.,
Борзенкова Е.В., Фольц А.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак предстательной железы на сегодняшний день является одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований. В 2019 г. в РФ выявлено 45763 случаев, в Самарской области 1297. Доля пациентов с клинической стадией Т3 в РФ составляет 20,7 %, в Самарской области 24,6 %. В лечении пациентов с диагнозом рак предстательной железы с третьей стадией традиционно включает себя хирургический и лучевой методы. Данные методы лечения демонстрируют эффективность в отношении онкологического прогноза, но при этом ухудшают качество жизни. Одной из наиболее распространенных проблем после проведенного лечения является недержание мочи, что приводит к социальной дезадаптации. Учитывая долю впервые выявленных пациентов с клинической стадией Т3, оценка качества жизни после лечения является актуальной проблемой.

Целью нашего исследования является улучшение результатов лечения больных раком предстательной железы группы высокого риска прогрессирования.

Материалы и методы. В исследование включено 107 пациентов с диагнозом рак предстательной железы с клинической стадией Т3a-bN0M0 подвергнутых хирургическому методу лечения – радикальной простатэктомии. Первая группа пациентов получала адъювантную лучевую терапию (67 пациентов). Вторая группа пациентов находилась в группе наблюдения (40 пациентов). В качестве предиктора выживаемости рассмотрен показатель распространенности экстрапростатической инвазии: фокальной или диффузной. Для оценки выраженности жалоб на недержание мочи, которые возникли после операции, применялся опросник ICIQ-SF. Проведено сравнение изучаемых групп пациентов по показателям выживаемости с помощью метода Каплана-Мейера. Влияние метода лечения на выживаемость оценивали с помощью регрессии Кокса. Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В группе комбинированного лечения 10-летняя общая выживаемость составила 75%, безрецидивная выживаемость – 70%, опухолево-специфическая выживаемость – 88%. В группе хирургического лечения 10-летняя общая выживаемость составила 66%, 10-летняя безрецидивная выживаемость – 60%, 10-летняя опухолево-специфическая выживаемость – 83% ($p = 0,021$, $p = 0,05$ и $p = 0,044$, соответственно). При наличии фокальной инвазии статистической разницы не выявлено. Недержание мочи выявлено у 31 пациента в группе комбинированного лечения у 10 пациентов при хирургическом методе ($p = 0,047$).

Заключение. Применение хирургического метода в комбинации с лучевой терапией улучшает показатели общей, безрецидивной и опухолево-специфической выживаемости. Недержание мочи более выражено после адъювантной лучевой терапией. Отказ от проведения лучевой терапии у пациентов с фокальным распространением экстрапростатической инвазии позволит не ухудшить качество жизни в отношении недержания мочи.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Каганов О.И., Байчорова М.Г., Столяров С.А., Супильников А.А., Трусова Л.А.

ФГБОУ ВО СамГМУ МЗ России

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

ЧУОО ВО «Медицинский университет Реавиз»

Актуальность. В последние годы ввиду оптимизации диагностических методов исследования и развития первичной медико-санитарной помощи отмечается рост выявляемости пациенток с ранней стадией рака молочной железы (РМЖ).

Согласно статистическим данным, на территории Российской Федерации с 2008 по 2023 г. увеличилось число больных с ранними стадиями РМЖ с 64,3 до 69,8%, а с IV стадией, наоборот, наблюдается снижение – с 36,8 до 29,5%. Данной когорте пациенток на разных этапах комплексного лечения необходимо хирургическое вмешательство, при котором сама злокачественная опухоль, снижение иммунологического ответа на нее, возраст и сопутствующие нозологии могут стать факторами, триггерами к развитию ранних послеоперационных осложнений.

Цель исследования. Целью данного исследования стало изучение особенностей течения раннего послеоперационного периода у пациенток с РМЖ после разных вариантов хирургического лечения.

Материалы и методы. Нами было выполнено рандомизированное контролируемое исследование, в ходе которого был осуществлен сравнительный анализ данных клинических обследований, а также лабораторных и инструментальных методов диагностики 220 пациенток в возрасте от 18 до 40 лет. Пациентки были разделены на 4 группы, в 1-ю группу вошли женщины (n = 65), которым была проведена радикальная мастэктомия, во 2-ю группу – пациентки (n=65), которые перенесли радикальную мастэктомию с одномоментной пластикой молочной железы, в 3-ю группу (n = 60) – женщины, перенесшие радикальную мастэктомию с отсроченной пластикой молочной железы; 4-ю группу составили 30 здоровых пациенток с плановой пластикой молочной железы по эстетическим показаниям (n = 30).

Результаты исследования. У большего количества пациенток течение раневого процесса протекало благоприятно, послеоперационные осложнения были зафиксированы у 24 (10,9 %) пациенток, в том числе у 17 (26 %) пациенток из 1-й группы, 13 (20 %) пациенток из 2-й группы, 8 (13 %) пациенток 3-й группы и у 3 (10 %) 4-й группы. Среди осложнений раннего послеоперационного периода наиболее часто отмечалась серома (28 случаев, 7,9 % общего числа прооперированных женщин). Наибольшая частота формирования серомы наблюдалась в 1-й группе – 7,8 %, что на 3,8 % выше по сравнению с 2-й группой (p = 0,93), на 23,3 % – по сравнению с 3-й группой (p = 0,79) 56 % по сравнению с 4-й группой (p = 0,74). Во 2-й группе частота формирования серомы превышала показатель 3-й группы на 18,8 % (p = 0,12), 4-й группы – на 50,4 % (p = 0,17), однако эти различия не были статистически значимыми. Второе место среди осложнений раннего послеоперационного периода занимала гематома (14 (4 %) случаев). Частота гематом в 1-й группе превышала аналогичный показатель во 2-й группе на 13,2 % (p = 1,0), в 3-й группе – на 12,1 % (p = 1,0). Различия между 2-й и 3-й группами были статистически незначимы (p = 0,99), в 4-й группе гематомы не зафиксированы. Третье место среди осложнений раннего послеоперационного периода занимали гнойно-инфекционные осложнения (11 (3,1 %) случаев). Их частота в 1-й группе превышала аналогичный показатель во 2-й группе на 17,9 (p = 0,93), в 3-й группе – на 40,1 % (p = 0,99).

Вывод. В ходе исследования было выявлено, что проведение радикальной мастэктомии с одномоментной реконструкцией молочной железы с помощью экспандера не увеличивает частоту развития раневых осложнений в раннем послеоперационном периоде, не препятствует назначению дополнительных методов терапии в комплексном лечении пациенток с РМЖ.

РЕКОНСТРУКЦИЯ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА ПОСЛЕ ЭТАПНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Повышение качества жизни у больных с диагнозом рак молочной железы (РМЖ) путем восстановления сосково-ареолярного комплекса (САК) является актуальной задачей реконструктивной онкологии.

Цель исследования: оценить результаты использования нового способа реконструкция САК после этапного протезирования у больных с диагнозом рак молочной железы

Материалы и метод. Проведено спланированное проспективное исследование 30 больных с диагнозом РМЖ, которым на первом этапе проведено хирургическое лечение в объеме радикальной мастэктомии с реконструкцией экспандером. Пациентам контрольной группы (n=17) вторым этапом выполнена операция- замена экспандера на эндопротез, в основной группе (n=13) дополнительно был восстановлен САК. Все комплексное лечение проводилось в условиях Самарском областном клиническом онкологическом диспансере с 2017 по 2021 годы. Реконструкция САК проводилось за счет собственных тканей ареолы контролатеральной молочной железы по уникальной методике отделения. Химиотерапия и лучевая терапия пациентам групп сравнения не проводилась. Качество жизни оценивалось по шкале психологического здоровья SF 36.

Результаты. Среднее время операции в контрольной группе составило $70,7 \pm 10,2$ минут, в основной $91,32 \pm 8,61$ минут, разница статистически не значима ($p=0,742$). Кровопотеря во время операции у пациентов контрольной группы $50 \pm 10,8$ мм, в основной $60 \pm 15,3$ мм, ($p=0,836$) Послеоперационный койко-день в контрольной группы составил - $14,3 \pm 3,2$ дня, в основной $13,8 \pm 2,7$, разница статистически не значима ($p=0,942$). Однако качество жизни у больных после реконструкции САК по шкале психологического здоровья было значимо выше, чем при отсутствии САК ($p=0,004$).

Выводы. Выполнение реконструкции САК позволяет статистически значимо улучшить показатели качество жизни больных при реконструктивных операциях на молочной железе, без ухудшения ближайших результатов лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПОФИЛИНГА ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П.

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Рак молочной железы (РМЖ) во многих случаях становится основной причиной ухудшения качества жизни пациентов, обусловленным наличием выраженной послеоперационной асимметрии.

Цель исследования: оценить результаты применения липофилинга у больных с диагнозом РМЖ при первичной реконструкции.

Материалы и метод. Проведено спланированное проспективное исследование результатов лечения 84 больных с диагнозом РМЖ в условиях Самарского областного клинического онкологического диспансера в период с 2018 по 2020 годы. Данным пациентам проводилась подкожная мастэктомия новым способом одноэтапной реконструкции, который осуществлялся следующим образом. Первым этапом производили забор жировой ткани из донорских зон пациента. Затем через дугообразный разрез длиной до 40 мм по нижнему контуру сосково-ареолярного комплекса выполняли кожесохраняющую мастэктомию с послойным ушиванием раны.

Следующим этапом через отдельный подмышечный доступ производили регионарную лимфодиссекцию с установкой активного дренажа и ушиванием раны. Через разрез кожи до 1,5 мм по субмаммарной складке с введением через специальную канюлю для липофилинга 0,9% раствора натрия хлорида объемом до 150 мл осуществляли проверку на герметичность образованной полости. Измеряли объем удаленной ткани молочной железы. Следующим этапом через канюлю вводили жировую ткань на 30% больше по объему удаленной ткани молочной железы. В послеоперационном периоде в течение 5 следующих дней пациента подвергали гипербарической оксигенации при давлении 1,3 атмосфер по 30 мин ежедневно.

Результаты. Среднее время операции в контрольной группе составило 89 ± 12 мин. Интраоперационная кровопотеря достигала 100 мл. Продолжительность послеоперационная лимфореи – $13,5 \pm 3,3$ дней. Послеоперационный койко-день составил $14,9 \pm 3,5$. Послеоперационных осложнений в группе исследования не зафиксировано. Получен патент РФ на изобретение № 2654583 от 31.08.2018 года.

Выводы. Применение нового способа одноэтапной реконструкции позволяет добиться хороших эстетических результатов, что дает возможность улучшить качество жизни у больных с диагнозом РМЖ.

**ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННОГО
КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

Каганов О.И., Орлов А.Е., Швец Д.С., Козлов А.М., Миколенко Н.И.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Ежегодно в Мире регистрируется более 1 миллиона вновь заболевших колоректальным раком (КРР). У 10-15% вновь выявленных больных уже имеются отдаленные метастазы. Наличие кишечной непроходимости диктует необходимость на первом этапе выполнить хирургическое лечение с целью ликвидации данного осложнения: какой объем операции выполнить?

Цель работы: оптимизировать тактику хирургического лечения у больных метастатическим КРР осложненного кишечной непроходимостью.

Материал и методы. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа 119 пациентов которым первым этапом лечения выполнено удаление первичного опухолевого очага. Во 2 группу вошло 83 пациента, которым выполнена только паллиативная операция, направленная на ликвидацию кишечных осложнений без удаления первичной опухоли.

Результаты исследования. Число послеоперационных осложнений в обеих группах значимо не отличалось ($p=0,000$). Число нежелательных событий на фоне проведения системного лечения составило: в 1 группе 33,3 %, во второй группе 68,2 % ($p=0,000$). Показатель годичной выживаемости в 1 группе составил 80 %, во 2 группе 18 % ($p=0,000$).

Многофакторный анализ выявил предикторы влияющие на годичную выживаемость и эффективность лечения: количество внутренних органов пораженных метастазами, альбумин/глобулиновый коэффициент, лейкоцитарный индекс Кребса, индекс MCV, схема предстоящей таргетной терапии. На основании анализа определены показания к удалению первичной опухоли.

Выводы. Показано удаление первичной опухоли у больных с признаками параканкрозного воспаления и кровотечения из распадающейся опухоли. Удаление опухоли не показано при наличии метастатического поражения более 1 внутреннего органа и признаками печеночной недостаточности.

МЕЛАНОМА ВУЛЬВЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Каганов О.И., Золотарева Т.Г., Каландарзода Ш.Д., Щукин В.Ю., Габриелян А.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. Злокачественные опухоли женских наружных половых органов редко встречающаяся патология. Меланомы женских наружных половых органов локализуются преимущественно на вульве (95 %) и слизистой влагалища (3%). Меланома вульвы – второй по распространенности после плоскоклеточного рака тип злокачественной опухоли женских половых органов. Встречается среди женщин всех возрастов, но наиболее распространена у пациенток зрелого возраста: почти 50% больных старше 70 лет. Клиническая стадия имеет первостепенное значение при оценке прогрессирования опухолей и эффективности конкретной стратегии лечения. При подозрении на данную патологию проведение резекции и биопсии не целесообразно. В настоящее время лучшим вариантом лечения является полное удаление опухоли.

Цель исследования. Обзор клинического случая, связанного с меланомы вульвы

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации больного (медицинская карта и история болезни). Пациентка Г, 79 год обратилась в ГБУЗ СОКОД с жалобами на опухоль вульвы, кровотечение из опухоли, общую слабость. Из анамнеза известно, что опухоль обнаружила в начале 2022 года, врачу сразу не обратилась, 10.12.2022 года обратилась в поликлинику по месту жительства, была взят мазок отпечаток опухоли, после чего была направлена в ГБУЗ СОКОД для дальнейшего обследования. Перечень обследований в диспансере включал: УЗИ органов брюшной полости, где отсутствовали данные за наличия вторичных изменений в органах брюшной полости. Рентгенография органов грудной клетки - патология со стороны органов грудной клетки не выявлена. УЗИ периферических лимфоузлов, забрюшинного пространства и малого таза, выявлено наличие вторичных изменений в паховых лимфатических узлах справа, размерами до 14,5*7,5 мм с локально утолщенной гипэхогенной периферией до 5,5 мм. При УЗИ исследовании данных за наличия вторичных изменений паренхиматозных органов не получено. По цитологическим данным - клетки подозрительные на меланому. На основании жалоб, анамнеза, физикальных и инструментальных данных установлен диагноз: Меланома вульвы сTхNxMO. В соответствии с клиническими рекомендациями при подозрении на наличие метастазов в лимфатических узлах, необходимо выполнение биопсии сторожевого узла. Учитывая противопоказание биопсии сторожевого узла пациентке, было проведено исследование регионарных лимфатических узлов, используя УЗИ для навигации на подозрительный лимфатический узел с последующей тонкоигольной пункцией и цитологическое исследование. По данным этих исследований была принято решение о проведении вульвэктомии и профилактической правосторонней паховой лимфаденэктомии.

При гистологическим исследовании удаленного фрагмента обнаружена меланома вульвы - узловатая пигментная меланомы вульвы, фаза вертикального роста, 40 мм в диаметре, IV уровень инвазии по Кларку, толщиной 8 мм по Бреслоу, до 5 митозов в 1 мм.кв, с изъяснением эпидермиса по всей площади опухоли, без признаков спонтанной регрессии, без признаков нейротропизма, без достоверной ангиолимфатической инвазии, с выраженной лимфоидной инфильтрацией подлежащих тканей, без транзитных и сателлитных метастазов. Послеоперационных ранних и поздних осложнений не наблюдалось. Заживление первичным натяжением. Пациентка была выписана через 2 недели с дальнейшими рекомендациями: проведения ПЭТ КТ через 1 месяц, определение мутации в генах BRAF и с-Kit. Проведен врачебный консилиум по тактике дальнейшего лечения. Диагноз: C51.1 Меланома вульвы pT4bN0M0 IC стадия, 2 клиническая группа. По решению ВК показана иммунотерапия интерферонами.

Выводы. Злокачественная меланома - является редким заболеванием. При подозрении на данную патологию проведение резекции и биопсии не целесообразно. В современной литературы лучшим вариантом лечения является полное удаление опухоли, как и в нашем случае. При противопоказании к биопсии сторожевого узла, методом выбора является профилактическая лимфаденэктомия.

МЕСТО АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СТОМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Постников М.А., Габриелян А.Г.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В России ежегодно диагностируется свыше 9500 новых случаев заболевших раком слизистой оболочки полости рта, из них запущенные стадии у 68%. Несмотря на не высокий процент заболеваемости, число пациентов с запущенными стадиями по сей день остается достаточно высоким. К основным причинам запущенности относятся: поздняя обращаемость пациентов, в виду отсутствия каких либо симптомов на ранних стадиях и недоработка врачей первичного звена в плане онконастороженности. Использование в практике врачей стоматологов рутинных методов диагностики включающих в себя опрос, осмотр и пальпацию, с целью выявления злокачественных опухолей, зачастую приводит к гипердиагностике и перегрузке онкологической службы. В ряде субъектов РФ, а именно в стоматологических поликлиниках широко применяется не инвазивный метод аутофлуоресцентной диагностики с целью дифференциальной диагностики того или иного патологического состояния слизистой оболочки полости рта.

Цель исследования. Оценить эффективность аутофлуоресцентной стоматоскопии в диагностике рака слизистой оболочки полости рта путем сопоставления полученных результатов биопсии.

Материалы и методы. Проведен анализ 89 амбулаторных карт больных из 267, направленных от различных специалистов первичного звена в ГБУЗ СОКОД в период с 2018 по 2022 гг., с наличием экзофитных образований слизистой оболочки полости рта с подозрением на рак. Пациенты были разделены на две группы. Основная - 42 человек, которым перед выполнением биопсии образований слизистой оболочки полости рта, применена аутофлуоресцентная стоматоскопия. Пациентам контрольной группы из 47 человек выполнялась биопсия без ранее проведенной аутофлуоресцентной стоматоскопии. Возраст больных от 27 до 87 лет. Соотношение М/Ж 49/40. Аутофлуоресцентная стоматоскопия пациентам основной группы проводилась с использованием аппарата «АФС 400» и очков с зеленым светофильтром. Признаки предрака и рака при использовании «АФС», оценивались по световой шкале, согласно данным ряда ранее проведенных исследований аппарата «АФС 400»: зеленое свечение - имеет нормальная слизистая, розовое и красное – очаги воспаления, травмы, сосудистые новообразования, коричневое и темное (эффект «темного пятна») – очаги предрака и рака. Биопсия в обеих группах проводилась инцизионная с целью обезболивания применялась местная аппликационная, инфильтрационная и проводниковая анестезия. Критерием эффективности аутофлуоресцентной стоматоскопии являлось совпадение светового свечения при раке с полученным результатом гистологического исследования образований слизистой оболочки полости рта после биопсии.

Результаты исследования. После выполненных биопсий в контрольной группе, диагноз рак подтвержден у 11 пациентов, 19 – воспалительные процессы, 17 – различные виды предрака. В основной группе при использовании аутофлуоресцентной стоматоскопии, у 5 пациентов – отмечено зеленое свечение, 15 человек – красное, 22 – коричневое и темное. После проведенной биопсии с гистологическим исследованием 5-ти пациентов с зеленым свечением в лучах АФС, диагностированы различные виды предраков. У больных с красным свечением при аутофлуоресценции, в 11 случаях подтверждены воспалительные процессы, в 3-предраки и у 1 больного – рак. У пациентов с коричневым и темным свечением, в 19 случаях диагностирован рак, в 3 – предрак и в одном случае воспалительный процесс.

Выводы. В целом, чувствительность метода аутофлуоресцентной стоматоскопии в диагностике рака слизистой оболочки полости рта составила 71%, его специфичность 88%, прогностичность положительного результата 92%. Полученные результаты не противоречат данным современной литературе, а метод аутофлуоресцентной стоматоскопии в дифференциальной диагностике предрака и рака слизистой оболочки полости рта, может быть использован в качестве дополнения с целью определения показаний к биопсии.

МЕНЕДЖМЕНТ КРОВИ ПАЦИЕНТА В ОНКОЛОГИИ

Каганов О.И., Крюкова Э.Г., Манакова Т.А., Лакиза О.Л., Мишков Н.А.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: нескорректированная предоперационная анемия является фактором риска развития осложнений в периоперационном периоде, частым сопутствующим состоянием при злокачественных новообразованиях. Своевременная коррекция улучшает клинические исходы, снижает потребность в объеме и частоте гемотрансфузий и сокращает продолжительность госпитализации. Большинство больших хирургических операций являются плановыми. От эффективного лечения анемии зависит быстрота нормализации состояния больного, восстановление его работоспособности, а также успех в лечении других заболеваний.

Цель исследования. Оценить влияние внедрения принципов менеджмента крови на количество послеоперационных осложнений и проводимых гемотрансфузий.

Материалы и метод. Проведен ретроспективный анализ пациентов, поступивших в абдоминальное отделение в 2018-2022 г. С 2019г.в ГБУЗ СОКОД внедрен алгоритм менеджмента крови пациентов на всех этапах лечения и обследования пациентов: Оценка и коррекция состояния пациента на догоспитальном этапе; Раннее выявление анемии и лечение на догоспитальном этапе; Кровосберегающие хирургические технологии: тщательный гемостаз, минимально инвазивные хирургические доступы ; Анестезиологические кровосохраняющие технологии: поддержание нормотермии, оптимизация вентиляции и оксигенации, гемостатические препараты, тромбоэластография; Минимизация гемотрансфузий и индивидуальный подход; Тщательный мониторинг и лечение послеоперационных кровотечений; Исключение/незамедлительное лечение развивающихся инфекций; Оптимизация эритропоеза; Минимизация ятрогенной потери крови

Был проведен анализ частоты и выраженности анемии у пациентов с абдоминальной патологией и связь с количеством гемотрансфузий и послеоперационных осложнений.

Результаты исследования. Были выделены 2 группы: 1 - до внедрения 2018 г.; 2 - после внедрения с 2019 - 2022г. Анемия в первой группе - 45%, во второй - 30%. Процент проводимых гемотрансфузий снизился с 9,5 до 4,5. Средняя кровопотеря снизилась с 300 мл до 150 мл. Процент осложнений снизился до 1,8% (ранее 4,1). Пребывание в ОРИТ сократилось с 2,9 до 1,6 сут. Послеоперационный койко день так же снизился с 19 до 12 сут. Анемия при выписке составила во второй группе :24 %, в первой: 39 %.

Выводы. Введение менеджмента крови пациента позволило снизить процент гемотрансфузий и послеоперационных осложнений, благодаря улучшению выявления и коррекции на догоспитальном этапе.

ВАКУУМНО-АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ КАК МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Каганов О.И., Мартынова Е.В., Смирнов Е.В., Харитонов А.В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Метод вакуумно-аспирационной биопсии (ВАБ) применяется в мировой практике уже более 20 лет, в России эта методика была внедрена в клиническую практику в 2006 году. Данная малоинвазивная процедура широко применяется с терапевтической целью, как альтернатива секторальной резекции доброкачественных образований молочных желез объемом до 20мм (фиброаденомы, внутрипротоковые папилломы и рецидивирующие кисты с внутрикистозными разрастаниями). Вакуумно-аспирационная биопсия проводится роботизированной иглой под контролем УЗИ через прокол кожи максимальным диаметром до 3мм, поэтому не требует периода реабилитации, и после ее проведения у пациентов не образуется косметических дефектов и рубцов на коже молочной железы.

Цель исследования. Провести анализ результатов применения ВАБ с лечебной целью у пациентов с доброкачественными новообразованиями молочных желез в условиях онкологического отделения опухолей молочных желез №2 ГБУЗ СОКОД.

Материалы и метод. В период с 2022г. по 2023г. в исследование были включены 48 пациенток в возрасте от 18 до 43 лет, средний возраст составил 38 лет. По данным инструментальных методов исследования, у пациенток были выявлены новообразования категорий 2-3 по шкале BI-RADS, размер образований варьировался от 5*11мм до 19*10мм, средний размер составил 14*6мм, глубина расположения от 3мм до 14мм, в среднем 7мм. Для морфологической верификации образования пациенткам проводилась тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗИ-контролем с последующим цитологическим исследованием. После получения результатов цитологического исследования, под местной анестезией ропивакаином 7,5 мг/ мл от 20 до 40мл раствора, проводилась ВАБ на устройстве ENCOR Enspire (США). Под УЗИ-навигацией через разрез кожи диаметром 3мм в ткани молочной железы под опухоль вводилась роботизированная игла размерами 7G и 10G (в зависимости от глубины образования) с диссектором. Послойно производился забор материала в пределах здоровой ткани и с помощью вакуума удалялся в специальный контейнер. Среднее время выполнения ВАБ составило 30 минут. Весь полученный материал, проведенный при помощи данной методики, направлялся на гистологическое исследование.

Результаты исследования. По результатам цитологического исследования было выявлено: фиброаденома – 30 (62%), киста -13 (27%), узловая мастопатия – 5 (11%). При плановом гистологическом исследовании верифицировано: фиброаденом – 28(60%), кист – 13 (27%), узловой мастопатии – 7 (13%). Важнейшим критерием оценки любой операции являются количество и частота осложнений, возникших в раннем послеоперационном периоде. В нашей группе из 48 пациенток в месте удаления новообразования у 4 пациенток (8,3% %) наблюдалось появление гематом, размерами от 5*7 до 11*16 мм, в ходе дальнейшего планового контроля через 3 месяца визуальных изменений не наблюдалось. У 11(22,9%) пациенток отмечался незначительный болевой синдром в области послеоперационной раны в течение 1-2 суток, купируемый приемом НПВС. У 33 пациенток (68,8%) осложнений после ВАБ выявлено не было. Описываемые в литературных источниках осложнения, такие как: кровотечения, неполное удаление опухолевого материала, инфицирование у данной группы пациенток не отмечалось.

Выводы. Вакуумно-аспирационная биопсия - безопасный малоинвазивный метод оперативного лечения доброкачественных новообразований молочных желез, с быстрым послеоперационным восстановлением и хорошим косметическим результатом.

ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ПУНКЦИОННО-ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Каганов О.И., Махонин А.А., Мясникова Д.Д.

ГБУЗ «Самарский Областной Клинический Онкологический Диспансер»

Трахеостомия — одна из наиболее часто выполняемых хирургических вмешательств у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии. Наиболее распространенная причина выполнения трахеостомии является необходимость проведения продленной ИВЛ, обусловленной дыхательной недостаточностью вследствие нарушения проходимости дыхательных путей и расстройств дренажной функции трахеобронхиального дерева, нервно-мышечной патологий различного генеза, а также органных нарушений, связанных заболеванием или травмой. Частота выполнения трахеостомии увеличивается с совершенствованием малоинвазивных методик, которые могут проводиться в условиях палаты ОРИТ.

Цель данной работы - анализ опыта выполнения пункционно-дилатационной трахеостомии.

Материалы и методы. В СОКОД, пациентам, находящимся в отделения реанимации и интенсивной терапии хирургами отделения опухолей головы и шеи №2 врачами отделения реанимации и интенсивной терапии выполнено 36 трахеостомий в период с 2022 по 2023 гг. включительно. В группу вошло 27 пациента, которым выполнена хирургическая трахеостомия, что составило 75% и 9 пациентов (25%), которым выполнено чрескожная пункционно-дилатационная трахеостомия. Возраст пациентов 42-67 лет. Больным проводилась оценка клинического статуса, мониторинг основных показателей (АД, ЧСС, SatO₂, ЦВД, EtCO₂), а также лабораторный контроль базовых параметров гомеостаза. Всем больным до хирургического вмешательства проводилась вспомогательная вентиляция легких через назо-и оротрахеальные интубационные трубки. Выполнение трахеостомий проводилось под наркозом, при хирургической трахеостомии в условиях операционной, при пункционно-дилатационной, в условиях ОРИТ.

Осложнения трахеостомии при Пункционно-дилатационная трахеостомия и Хирургическая трахеостомия: Без осложнений 8 (88,9%) и 22 (81,5%), Инфицирование раны 1 (11,1%) и 4 (14,8%) Кровотечение в интра и послеоперационном периоде 0 (0%) и 1 (3,7%) соответственно.

Выводы. Основываясь на полученных результатах, можно вынести заключение, что проведение пункционно-дилатационной трахеостомии характеризуется низким числом периоперационных осложнений и возможностью выполнения в условиях ОРИТ, отсутствием необходимости транспортировки больного и развертывания операционной. Обязательным компонентом данного вмешательства является эндоскопический контроль, позволяющий свести до минимума риск осложнений, тем самым повышая безопасность манипуляции. Сама методика выполнения относительно проста при наличии подготовленного персонала. Таким образом, можно утверждать, что метод вошел в повседневную практику отделения реанимации и интенсивной терапии.

ОТСРОЧЕННАЯ ПЛАСТИКА ДЕФЕКТА ГЛОТКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Каганов О.И., Орлов А.Е., Махонин А.А., Сидоренко А.О.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. Заболеваемость злокачественными новообразованиями гортани и гортанного отдела глотки в Российской Федерации с годами увеличивается и на 2022год составила 30 и 12,9 на 100 тысяч населения соответственно. Выявляемость рака гортани и гортанного отдела глотки на 3 и 4 стадиях в 2022году составляла 67% и 85% соответственно. Пациенты с распространенным процессом и имеющимися осложнениями в виде стенозов и дисфагий на первом этапе получают хирургическое лечение, которое зачастую приводит к инвалидизации, а именно к нарушению непрерывности пищевого пути. Поэтому, основной задачей реабилитации данных пациентов является - восстановление дигестивного тракта после проведенного комбинированного лечения. Не зависимо от сроков проведения отсроченной пластики, выбора реконструктивного материала и типа дефекта на этапе отсроченной реконструкции имеют место следующие, наиболее частые осложнения: воспаление послеоперационной раны, несостоятельность анастомоза, краевой некроз трансплантата, рестома.

Цель исследования: определить характер и частоту послеоперационных осложнений при отсроченной пластике дефекта глотки, а также факторы риска их возникновения у пациентов после комбинированного лечения по поводу распространенного рака гортани и гортаноглотки.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 437 историй болезни пациентов прошедших лечение в отделении опухолей головы, шеи в ГБУЗ СОКОД в период с 2015 по 2019 гг со злокачественными новообразованиями гортани и гортаноглотки, которым выполнены комбинированные и расширенно-комбинированные ларингэктомии. Группе пациентов из 40 человек проведена отсроченная реконструкция фарингеальных и фарингоэзофагеальных дефектов после специального лечения в различные сроки - от 3 до 6 месяцев. Из 40 пациентов: 38 составили мужчины, 2 – женщины. Возраст пациентов 42-74 лет. В исследование были включены пациенты с распространенным раком гортани (21 пациент) и гортаноглотки (19 пациентов) T3-4N0-2M0, которым было проведено на первом этапе радикальное хирургическое лечение и послеоперационная лучевая терапия. Проведены обследования: опрос, клинический осмотр, клинко-статистический (оценка нутритивного статуса по системе NRS 2002), лабораторные исследования (ОАК, биохимический анализ крови), инструментальные методы: аутофлуоресцентная диагностика, КТ, УЗИ. У 9 пациентов с 0 типом дефекта глотки была выполнена отсроченная пластика местными тканями. У 25 пациентов с I типом дефекта глотки в качестве реконструктивно-пластического материала были применены местные ткани, пекторальный лоскут и дельтопекторальный лоскут. У 6 пациентов со II типом дефекта глотки пластика была выполнена с помощью пекторального и дельтопекторального лоскута. Пациенты с начальными стадиями, отдаленными метастазами, тяжелой сопутствующей патологией в исследование не вошли.

Результаты исследования. При 0 типе дефекта глотки хороший функциональный результат показала пластика с использованием местных тканей, послеоперационные осложнения возникли в 11% случаев. При I типе дефекта глотки лучшим реконструктивным инструментом с точки зрения низкой вероятности образований свищей в 23% случаев и рефарингостом в 23% случаев является пекторальный лоскут. При II типе дефекта процент послеоперационных осложнений при применении пекторального лоскута составил 75 % и дельтопекторального лоскута - 100 %. На основании проведенных обследований выявлены факторы риска возникновения данных осложнений.

Выводы. К наиболее частым осложнениям относились: несостоятельность анастомоза с последующим формированием свища и рефарингостом. К факторам риска возникновения данных осложнений при наличии жизнеспособности пластического материала можно отнести постлучевые изменения, наличие воспалительного процесса в тканях в области дефекта, ослабленный нутритивный статус пациента, наличие интоксикации организма и сниженный уровень общего белка и альбумина.

В перспективе создание алгоритма отбора пациентов к отсроченной пластике позволит определить сроки и показания к отсроченной реконструктивно-восстановительной операции, выбрать оптимальный способ пластики, а также обоснованно снизить риск послеоперационных осложнений, что является актуальной задачей современной клинической онкологии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ГЛАТИОН» ПАЦИЕНТОВ
С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ
ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**
Каганов О.И., Сивохина Т.А., Золотарева Т.Г., Новикова Е.Н., Кожина М.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Одним из частых нежелательных эффектов химиотерапевтического лечения является токсическое поражение печени. Основная особенность препаратов, применяемых в химиотерапевтическом лечении, является их цитотоксичность. Цитостатический препарат, как правило, обладает прямой или непрямой гепатотоксичностью, которая является причиной иммунонезависимого поражения печени. Медикаментозное поражение печени - одна из самых приоритетных проблем гепатологии. Вследствие поражения печени нарушается ее одна из самых важных функций – детоксикационная, что может послужить причиной прекращения приема химиотерапевтических препаратов.

В проведенном исследовании бралась категория пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение по поводу рака молочной железы без метастатического поражения печени, у которых на фоне лечения регистрировалось повышение печеночных трансаминаз, билирубина.

Цель исследования. Оценить эффективность применения препарата «Глатион» у данной категории пациентов.

Материалы и методы. В исследование включено 21 человек, средний возраст 48 лет. Всем пациентом до начала химиотерапевтического лечения выполнялась компьютерная томограмма органов брюшной полости, исключали вирусные гепатиты, динамически оценивались биохимические показатели крови (АЛТ, АСТ, билирубин+фракции, ГГТП). У всех пациентов данной категории в течение химиотерапевтического лечения было зарегистрировано повышение печеночных трансаминаз, билирубина. В связи с чем пациентам был назначен препарат на основе глутатиона «Глатион». Глутатион улучшает стабильность клеточной мембраны гепатоцита, способствует детоксикации и восстановлению активности печени путем снижения свободных радикалов. Глутатион способен предотвратить повреждение клеток посредством соединения с токсическими веществами и/или их метаболитами. Препарат вводился внутривенно в дозе 1.2 грамма в сутки. Эффективность лечения оценивалась на 5–7 сутки, методом контроля биохимических показателей крови.

Результаты исследования. При проведении контрольных анализов на фоне лечения препаратом «Глатион» у 18 человек отмечалось значительное улучшение или нормализация биохимических показателей крови. У 3-х пациентов эффекта от лечения получено не было.

Выводы. Полученные данные показали эффективность применения препарата «Глатион» у пациентов с развившимся гепатитом на фоне химиотерапевтического лечения.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Каганов О.И., Орлов А.Е., Ткачев М.В., Облап А.А.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) в структуре заболеваемости и смертности женского населения остается ведущей онкологической патологией в России и в мире. Реконструктивно-пластические операции становятся неотъемлемой частью лечения больных, а сохранение высоких показателей качества жизни остается основной задачей реконструктивной хирургии. Диагноз пациента, прогноз и само лечение могут оказать очень большое влияние на качество жизни. Психологический аспект качества жизни является важнейшей характеристикой, на которую необходимо обращать внимание при лечении пациентов с РМЖ. Женщины, столкнувшиеся с метастатическим РМЖ, являются более уязвимыми психологически, чем условно здоровые пациентки. Пациенты, которым удалось достичь ремиссии, должны справляться с внешними телесными изменениями, депрессией и беспокойством даже после окончания лечения, что оказывает влияние на их здоровье.

Разработка и внедрение методик восстановления сосково-ареолярного комплекса (САК) является актуальной задачей реконструктивной хирургии у больных с диагнозом РМЖ.

Целью исследования является оценка ближайших результатов и показателей качества жизни у больных с диагнозом РМЖ после выполнения оперативных вмешательств с реконструкцией САК.

Материал и методы. Нами проведено спланированное ретроспективное исследование 60 больных с диагнозом РМЖ с 2017 по 2022 год: 33 пациентам контрольной группы выполнялись реконструктивные операции, а 31 пациенту основной группы проводились реконструктивные операции с восстановлением САК. Критериями включения в исследование были гистологически подтвержденный РМЖ и желание больной выполнить реконструкцию молочной железы. Пациентам основной группы выполнялась двухэтапная реконструкция: установка экспандера и последующая замена его на эндопротез (в контрольной группе замена экспандера на эндопротез осуществлялась вместе с восстановлением САК). Группы сравнения были сопоставимы по возрасту ($p=0,651$), стадии заболевания ($p=0,625$) и биологическому подтипу опухоли ($p=0,428$).

Пациенткам основной группы были проведены реконструктивные операции с восстановлением САК по уникальной методике. В качестве первого этапа операции производился забор ткани ареолы по окружности. Второй этап представлял формирование соска по типу клевера, и затем формировалась ареола из забранного лоскута.

Результаты исследования. Было проведено сравнение ближайших результатов: интраоперационная кровопотеря в контрольной группе составила 50 ± 17 мл, в основной 65 ± 21 . Среднее время операции в контрольной и основной группах 125 ± 25 и 153 ± 33 соответственно, длительность пребывания в стационаре после операции в среднем 12 ± 2 койко-дня в контрольной и 13 ± 3 койко-дня в основной. Продолжительность послеоперационной лимфореи - 12 ± 4 и 14 ± 3 для контрольной и основной группы соответственно. Таким образом, ближайшие результаты, которые были оценены по историям болезней и протоколам операций, статистически значимо не отличались. Через полгода после окончания лечения была проведена оценка качества жизни пациенток по шкале MOS SF-36: шкала физического состояния составила $37,5\pm 11,7$ для контрольной группы и $71,3$ для основной ($p=0,031$). Шкала социального функционирования $45,4\pm 15,8$ и $88,1\pm 14,2$ для контрольной и основной групп соответственно ($p=0,011$). Шкала психологического здоровья $44,3\pm 21,3$ для контрольной и $81,4\pm 6,8$ для основной групп ($p=0,008$). Переходный момент здоровья, оцененный самостоятельно, равен $49,1\pm 13,5$ для контрольной группы и $63,2\pm 8,21$ для основной ($p=0,001$).

Выводы. Таким образом, реконструкция САК у больных с диагнозом РМЖ значительно улучшает показатели качества жизни без ухудшения ближайших результатов в сравнении с пациентами, которым восстановление САК не проводилось.

**РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОАДЬЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
БАЗАЛЬНОПОДОБНЫМ ПОДТИПОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**
Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Катюшин А.А., Коновалова Т.В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: У женщин рак молочной железы является наиболее распространенной злокачественной опухолью. Основываясь на современных клинических рекомендациях при базальноподобном подтипе роста опухоли возможно проведение предоперационной химиотерапии для дальнейшего выполнения органосохранных операций. Однако в настоящий момент не разработана прогностическая шкала оценки неоадьювантного лечения.

Цель исследования: разработать математическую модель и программу для ЭВМ по расчету эффективности неоадьювантной химиотерапии с включением антрациклинов у больных с диагнозом трижды негативный РМЖ.

Материалы и метод. Проведено исследование результатов неоадьювантной химиотерапии по схеме с включением антрациклинов у 98 больных с диагнозом трижды негативный РМЖ. Средний возраст больных $51,43 \pm 5,14$ лет. У 80 (81,63%) пациентов диагностирована 2 стадия заболевания, у 18 (18,37%) – 3 стадия. У 51 (52,04%) больного уровень экспрессии Ki-67 в биопсийном материале опухолевой ткани превышал 20%, у 47 (47,96%) был менее 20 %. Пациентам в неоадьювантном режиме проведено 4-8 циклов химиотерапии, после чего выполнена операция.

В модель были включены 98 пациентов больных с диагнозом трижды негативный РМЖ II-III стадии, которым проводилась неоадьювантная химиотерапия по схеме АС. Эффективность химиотерапии оценивалась по результатам гистологического заключения удаленного препарата (достижения полной морфологической регрессии).

Результаты. В данном исследовании математическая модель построена в модуле логистической регрессии с помощью алгоритму Вальда. В результате была получена модель, включающая три наиболее значимых предиктора (X_1 - X_3), влияющих на эффективность химиотерапии: X_1 – размер первичной опухоли, X_2 – поражение регионарных лимфоузлов, X_3 – уровень экспрессии Ki-67.

Конечный вид математической модели для определения эффективности неоадьювантной химиотерапии у больных с диагнозом трижды негативный РМЖ выглядит следующим образом: $P = 1 / (1 + 2,71^{-F})$, где $F = 4,56 - 4,1X_1 - 0,15X_2 + 1,78X_3$. Чувствительность модели - 90,91%, специфичность - 94,55%, точность - 93,88%

На основании полученной данной математической модели была создана и внедрена в клиническую практику компьютерная программа, позволяющая рассчитать эффективности неоадьювантной химиотерапии у больных с диагнозом РМЖ. «Расчет эффективности неоадьювантной химиотерапии у больных с диагнозом трижды негативный рак молочной железы» запатентована в Федеральной службе по интеллектуальной собственности (Роспатент) (Свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ №2017660720 от 25.09.2017). Эффективность химиотерапии оценивалась по результатам гистологического заключения удаленного препарата (достижения полной морфологической регрессии), pCR = 21.43%.

Выводы. Разработанная в условиях Самарского областного клинического онкологического диспансера математическая модель и компьютерная программа для ЭВМ при высоких диагностических значениях чувствительности 90,91%, специфичности 94,55% и точности 93,88% позволяет определить эффективность неоадьювантной химиотерапии по схеме с включением антрациклинов. В результате данная разработка дает возможность правильно подобрать схему лечения больных с диагнозом трижды негативный рак молочной железы.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ РАК КОЖИ (ЭРК) В СОЧЕТАНИИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Казеев М.В., Братко С.Н., Казеев В.И., Казеева Н.В.

ФКУ ГБ МСЭ по Самарской области
 ГБУЗ СО «Волжская ЦРБ»

Актуальность темы: прирост заболеваний раком предстательной железы (РПЖ) с 1949-2011гг. составил 129,4%, причем доля пациентов 3-4ст. составила 59,9%. Ежегодно в Российской Федерации в общей структуре злокачественных новообразований (ЗНО) эпителиальный рак кожи (ЭРК) стабильно занимает самые высокие места. Заболеваемость сопутствующими раку кожи другими ЗНО, в частности раком предстательной железы, также характеризуется выраженным положительным трендом.

Цель исследования: проследить динамику заболеваемости и запущенности последующим раком предстательной железы после первичного выявления у пациента ЭРК.

Материалы и методы. Среди злокачественных опухолей кожи эпителиальный рак составляет около 90,0%. Проанализированы данные 16093 пациентов с ЭРК из Популяционного ракового регистра Самарского областного клинического онкологического диспансера с 1949-2011гг. Первично-множественный рак кожи выявлен у 4096 пациентов, что составило 25,5%.

Нами выделены «основные», чаще встречающиеся ЗНО иной локализации: рак губы, пищевода, желудка, прямой кишки, ободочной кишки, (трахеи, бронхов, легкого), молочной железы, предстательной железы, мочевого пузыря, почек, лимфатической и кроветворной ткани, меланомы кожи, щитовидной железы, гинекологических ЗНО. Несистемный 2-х опухолевый рак кожи составил 73,4%. Предшествующий рак предстательной железы составил 6,2%, последующий рак предстательной железы составил 7,8%. Разработаны годовые стандарты (табл. 1) наблюдения при выявлении ЭРК: 2 года, 5 лет, 10 лет, с 11 лет.

Таблица 1

Динамика заболеваемости и запущенности последующим РПЖ по годовым стандартам и по стадии в процентах

| Годичные стандарты | Общий процент заболеваний | 1-2 стадия | 3-4 стадия |
|---------------------|---------------------------|------------|------------|
| до наблюдения | 52,8 | 26,8 | 26 |
| 5 лет наблюдения | 82 | 42,6 | 39,4 |
| 10 лет наблюдения | 96,5 | 52 | 44,9 |
| с 11 лет наблюдения | 100 | 54,4 | 45,6 |

РПЖ в первые 2 года наблюдения составил 52,8%, в первые 5 лет наблюдения 82,0%, в первые 10 лет наблюдения 96,5%, с 11 лет наблюдения 3,5%. 3-4ст. заболевания составила 45,6%, из них в первые 2 года наблюдения 26,0%, первые 5 лет наблюдения 39,4%, первые 10 лет наблюдения 44,9%, с 11 лет наблюдения 0,7%.

Выводы. При эпителиальном раке кожи у каждого 4-ого больного выявлялась первично множественная форма, из них у каждого 3-его больного выявляли последующее ЗНО иной локализации. Последующий РПЖ выявлялся, в основном, в первые 10 лет после установления первичного рака кожи. Чаще всего РПЖ возникал в первые 5 лет и, особенно, в первые 2 года наблюдения. С шестого по десятый год наблюдения прирост заболеваемости составил 14,5%. В первые 5 лет и, особенно, в первые 2 года, отмечалась высокая заболеваемость 3-4 стадией. С 11 лет наблюдения прирост заболеваемости составил 3,5%, прирост 3-4ст. - 0,7%.

Таким образом, после пяти лет наблюдения, вероятность развития при ЭРК последующего РПЖ значительно снижалась. Прирост заболеваемости с шестого года наблюдения составил 18%.

РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ EGFR В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Калиновская Е.В., Косталанова Ю.В., Краснощекова Е.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Колоректальный рак (КРР) занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости и смертности во всем мире, несмотря на имеющийся арсенал высокотехнологичных диагностических методов как рутинных, так и высокотехнологичных. В 2022 году в Самарской области диагностировано 1995 впервые выявленных случаев колоректального рака, из них у 517 пациентов заболевание установлено в IV стадии. Основная задача специального противоопухолевого лечения при метастатическом КРР – подавить рост опухоли, увеличить продолжительность жизни пациента и повысить её качество за счет уменьшения проявления симптомов заболевания.

За последние 15 лет схема лечения метастатического колоректального рака значительно изменилась. Появление таргетной терапии, нацеленной на специфические молекулярные особенности раковых клеток, дает больше возможностей и заметно повышает эффективность лечения метастатического рака толстой кишки. Ингибиторы EGFR - одна из основных групп таргетных препаратов, используемых для лечения больных метастатическим колоректальным раком. Проведение таргетной терапии ингибиторами EGFR показало высокую эффективность при лечении больных мКРР на фоне низкой токсичности.

Клинический случай. Пациент К., 45 лет, обратился в ГБУЗ СОКОД 01.2022 с жалобами на вздутие живота, периодические ноющие боли в паховой области слева, похудение на 10 кг за предыдущие 4 месяца.

Проведено обследование. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены эхографические признаки рака сигмовидной кишки, с инвазией за серозу, с признаками инфильтрации стенки параколонической клетчатки и стенки мочевого пузыря. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Хронический холецистит. По данным колоноскопии: рак сигмовидной кишки. Эндофитная форма роста. Хронический внутренний геморрой. После проведения гистологического исследования получен результат: Низкодифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки.

Установлен предварительный диагноз: С18.7 Рак сигмовидной кишки cT4aN0M0G3, IIb стадия. 2 кл.гр. 28.02.2022 г. Была проведена резекция сигмовидной кишки с резекцией мочевого пузыря. Получено гистологическое заключение: Злокачественная опухоль солидного строения.

Врастание в стенку мочевого пузыря. ИГХ-исследование. Лимф. узлы, линия резекции - без опухолевого роста. ИГХ исследование: Иммунофенотип низкодифференцированной аденокарциномы. При проведении молекулярно-генетического исследования установлено, что у пациента отсутствовали активирующие мутации в генах KRAS, NRAS, BRAF. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости применения таргетной терапии ингибиторами EGFR совместно со стандартными режимами химиотерапии в случае возникновения у пациента метастатического процесса. Диагноз: С18.7 Рак сигмовидной кишки pT4bN0M0G3, IIc стадия. 28.02.2022г. - Резекция сигмовидной кишки с резекцией мочевого пузыря. 2 клиническая группа.

По данным МРТ органов малого таза 05.2022 г.: В клетчатке подвздошной области слева определяется образование пониженного сигнала размерами до 19*13мм с ограничением диффузии и постконтрастным повышением сигнала. Прямая кишка без особенностей. Заключение: Состояние после резекции сигмовидной кишки по поводу с-г. МР-картина mts в клетчатку подвздошной области слева.

С 05.2022 по 08.2022 пациенту проведено 5 циклов химиотерапии по схеме FOLFOX + 5 введений таргетной терапии ингибиторами EGFR. Лечение пациент переносил удовлетворительно, из побочных эффектов пациент отмечал лишь снижение аппетита,

умеренную общую слабость. Выраженных токсичных кожных реакций на введение ингибиторов EGFR не отмечалось.

В августе 2022 пациенту было проведено контрольное обследование. По данным МРТ органов малого таза описанное ранее образование в клетчатке подвздошной области слева не определялось. По данным КТ органов грудной и брюшной полостей данных за метастазы также не было выявлено. Пациенту продолжено комбинированное лечение, включавшее в себя химиотерапию и таргетную терапию ингибиторами EGFR до 11.2022 года. В ноябре 2022 года, учитывая стабилизацию заболевания, рекомендовано завершение химиотерапевтического лечения, продолжить лечение ингибиторами EGFR. До 03.2023 пациенту проводилась таргетная терапия ингибиторами EGFR. По данным контрольного обследования – данные за метастазы отсутствуют. В связи со стабилизацией заболевания, отсутствием метастазов таргетная терапия была завершена, рекомендовано динамическое наблюдение. По данным МРТ органов малого таза от 05.2023, 08.2023 - данных за метастазы не получено.

Выводы. Применение ингибиторов EGFR в лечении мКРП позволяет не только повысить выживаемость больных при улучшении или сохранении качества их жизни, но и достичь клинически значимого эффекта в виде регрессии или стабилизации опухолевого процесса.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ КОСТЕЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ Климентьева К.О.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Гигантоклеточная опухоль костей (ГКОК) – локально агрессивное, первичное новообразование кости, относящаяся к опухолям с неопределенным потенциалом злокачественности. ГКОК впервые была описана английским придворным врачом хирургом сэром Эстли Купером в 1818 году. Вопреки мнению исследователей прошлых десятилетий, рассматривавших ГКОК как доброкачественное новообразование, ее следует считать потенциально агрессивным процессом. Неопластический компонент ГКОК происходит из стромального компартмента. Опухолевым субстратом ГКОК являются неопластические моноцитоподобные стромальные клетки кости, имеющие остеобластное происхождение. Неопластические клетки экспрессируют (пре)маркёры остеобластов, включая щелочную фосфатазу, что доказывает их остеобластное происхождение.

При ГКОК для постановки стадии заболевания допустимо использование классификации по Enneking. При I стадии опухоль неактивна, новообразование располагается внутрикостно с неизменным кортикальным слоем. При II стадии опухоль активна, характерен медленный рост. Отсутствует распространение за пределы компартмента – опухоль ограничена истонченным/изменным кортикальным слоем кости, без его «прорыва» – мягко-тканый компонент отсутствует. При III стадии опухоль агрессивная, отмечается деструкция кортикального слоя и распространение опухолевой массы в окружающие мягкие ткани с формированием мягко-тканого компонента. Возможно наличие патологического перелома и/или метастатического поражения.

В большинстве случаев ГКОК возникает в метафизарно-эпифизарной зоне длинных трубчатых костей. Примерно 40% всех случаев регистрируются в трубчатых костях, формирующих коленный сустав, в том числе дистальный отдел бедренной кости в 23-30%, в проксимальном отделе встречается в 4% случаев. При поражении большеберцовой кости проксимальный отдел вовлекается в 20-25% случаев, дистальный в 2-5% случаев. На дистальный отдел лучевой кости приходится около 10-12% случаев ГКОК. В костях осевого скелета, плоских, мелких трубчатых костях, костях стопы и в сесамовидных костях ГКОК выявляется значительно реже.

Метастазирование для ГКОК нехарактерно. Происходит оно гематогенным путем, в основном, в легкие, примерно в 2-3% случаев, при длительном течении опухолевого процесса. Как правило, метастазирование следует за местным рецидивом или после лечения.

Цели и задачи. Проанализировать клинический случай для определения критериев оптимальной тактики обследования и лечения пациентов с гигантоклеточной опухолью костей.

Объект исследования и методы. В нашей практике отмечен следующий случай гигантоклеточной опухоли кости. Пациентка Е, 35 лет, с ноября 2022г. обследуется в ГБУЗ СОКОД по поводу гигантоклеточной опухоли нижней трети правой бедренной кости, III стадия по Enneking. На момент осмотра жалобы на боли в правом коленном суставе, из анамнеза известно, что заболела внезапно, травмы отрицает. Образование впервые выявлено на рентгенограмме правого коленного сустава, для дообследования проведена компьютерная томография.

На серии компьютерных томограмм в медиальном мышечке правой бедренной кости определяется объемное мягкотканое образование, с четкими, неровными контурами, с признаками контрастного усиления, размерами до 46*40мм высотой до 55мм. Кость на данном уровне вздута, кортикальный слой частично разрушен. Образование распространяется в мягкие ткани по заднему контуру бедренной кости, с признаками инвазии в медиальную головку икроножной мышцы.

При гистологическом исследовании картина биоптата (неопластический компонент представлен мононуклеарными клетками, с митотической активностью (до 4 митозов\1 пзбу x400), слабой ядерной атипией, с зонами веретеночеточного фибробластоподобного компонента, с многочисленными остеокластоподобными клетками, содержащими до 50 ядер, аналогичных неопластическому компоненту, с кистозными полостями с геморрагическим содержимым), соответствует гигантоклеточной опухоли кости с изменениями по типу вторичных аневризмальных кист. С учетом деструкции кортикального слоя с выраженным экстраоссальным компонентом - соответствует III стадии гигантоклеточной опухоли кости (агрессивная) по классификации Enneking.

При ретроспективном анализе отмечалась отрицательная динамика роста образования; на фоне лечения деносуааом отмечалась положительная динамика, стабилизация процесса. В настоящее время пациентка готовится к хирургическому лечению в объеме резекции дистальной трети правой бедренной кости с одномоментным эндопротезированием дистальной трети бедренной кости и коленного сустава.

Выводы. Клиническая и рентгенологическая картина гигантоклеточной опухоли весьма специфична. Компьютерная томография с применением контрастных средств, несомненно, является высокоинформативным методом диагностики гигантоклеточных опухолей костей. В настоящее время нет оптимальных клинических рекомендаций по длительности терапии деносуааом при ГКОК III стадии по Enneking, отсутствуют четкие рентгенологические критерии оценки эффективности лекарственной терапии, однако в настоящее время по всему миру проводятся многочисленные исследования, которые в будущем ответят на многие вопросы лекарственной терапии. Лечение гигантоклеточных опухолей с внутрикостной локализацией с успехом осуществляется методом краевой резекции кости с замещением сформировавшегося дефекта.

КЛИНИЧЕСКАЯ, ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ И ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БЕСПИГМЕНТНОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Козлов Г.Н., Югина О.В., Неретин Е.Ю., Кузнецов А.Г., Атанов А.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Беспигментная меланома кожи имеет ряд морфологических особенностей из-за отсутствия меланина в клетках опухоли. Несвоевременная диагностика приводит к задержке лечения и, в конечном итоге, к неблагоприятному прогнозу. Клинический диагноз сложен, поскольку он может имитировать доброкачественные или злокачественные меланоцитарные и немеланоцитарные новообразования и воспалительные заболевания кожи.

В таких случаях необходимо применение тотальной биопсии, и это позволяет верифицировать новообразование как злокачественное. При проведении клинических манипуляций, лабораторных исследований и применение дерматоскопии беспигментного новообразования кожи позволяют врачу-патолого-анатому в полной мере при гистологическом рутинном исследовании микропрепаратов оценивать необходимость применения дополнительного иммуногистохимического метода исследования с применением узконаправленных онкомаркеров. Иммуногистохимическая панель включает в себя от 4 до 5 основных антител (Melan A, HMB-45, S100, p63, Ki-67) из которых в беспигментной меланоме дают позитивную экспрессию Melan A, HMB-45, S100. p63-онкомаркер, который экспрессируют эпителиальные клетки плоского эпителия. Он необходим для дифференциальной диагностики с плоскоклеточным раком, в опухолевых клетках меланомы будет негативная реакция.

Цель исследования. Оценить эффективность морфологической дифференциальной диагностики беспигментной меланомы с применением иммуногистохимического исследования на основе клинической диагностики с применением дерматоскопии.

Материалы и методы. В качестве материально-технической базы для диагностики использовался световой микроскоп фирмы CarlZeissAxioScore A2, оснащенный тринакулярной насадкой с цифровой камерой для получения гистосканов с высоким разрешением. На клиническом этапе исследования использовался дерматоскоп фирмы DeltaHeine 20 с иммерсией, опрос, осмотр, сбор жалоб анамнеза, общеклинические обследования.

Результаты исследования. За 2023 год, были проанализированы 50 случаев операционного материала с удаленными новообразованиями кожи (пигментными и беспигментными) с предварительным клиническим диагнозом «меланома кожи»: из них 5 клинических случаев (10%) с помощью иммуногистохимического исследования при котором диагностирована беспигментная меланома кожи. Все эти клинические случаи при рутинном гистологическом исследовании не позволили поставить правильный диагноз и провести дифференциальную диагностику с другими новообразованиями кожи.

Остальные 45 клинических случаев пришлось на злокачественные новообразования состоящих из эпителиальных структур. При формировании патогистологического заключения учитывались также анамнестические данные, клиническое исследование с применением цифровой дерматоскопии. При цифровой дерматоскопии были выявлены такие признаки как атипично расположенные сосуды, участки гипопигментации, бесструктурные зоны, которые позволили заподозрить меланому кожи.

Выводы. Диагностика беспигментной меланомы кожи в отличие от пигментной представляет определенные сложности ввиду отсутствия характерных признаков как при проведении цифровой дерматоскопии на клиническом этапе, так и при проведении световой микроскопии.

При цифровой дерматоскопии с иммерсией следует обращать внимание на такие признаки как атипично расположенные сосуды, участки гипопигментации, бесструктурные зоны.

Для точной диагностики меланомы кожи на клиническом этапе целесообразно использовать цифровую дерматоскопию, которая позволит выявить дополнительные элементы, и, в сложных случаях, принять правильное решение в пользу активной тактики – удаления новообразования с последующим гистологическим исследованием.

На этапе патогистологического исследования при отсутствии пигмента следует применять иммуногистохимическое исследование с применением антител Melan A, HMB-45, S100, p63, Ki-67.

Проведение клинко-патоморфологической параллели в постановке диагноза беспигментная меланома, с применением дополнительных клинических и патоморфологических методов исследования с использованием иммуногистохимического исследования, позволяет сделать развернутое и точное морфологическое заключение, исключить злокачественные эпителиальные новообразования кожи, что существенно отражается на дальнейшей тактике лечения и распределения пациентов по риску прогрессирования заболевания.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ

Козлова О.А., Золотарева Т.Г., Марушева О.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. Злокачественные новообразования кожи – самая частая опухолевая патология, среди которой наибольшую опасность вызывает меланома. Частота встречаемости этой опухоли составляет до 10% от всех злокачественных опухолей кожи, преимущественно у людей в возрасте 35-65 лет. Вероятность благоприятного прогноза при меланоме высока, если обнаружить ее на ранней стадии и сразу же начать адекватное лечение. Основным методом лечения меланомы кожи всех стадий остается хирургический. При возникновении рецидива заболевания и метастазирования используется химиотерапия и иммунотерапия. В связи с этим крайне актуальным является ранняя диагностика меланомы, когда результаты успешного лечения могут достигать 95%. Недостаточная информированность населения и несвоевременное обращение к врачу являются причиной необратимых последствий для здоровья.

Борьба с онкологическими заболеваниями – это одно из ключевых направлений национального проекта «Здравоохранение», где предусматривается усиление профилактической работы.

Цель исследования. Привлечение внимания к проблеме распространенности злокачественных новообразований кожи и формирование онкологической настороженности, принципов здорового образа жизни среди населения путем проведения информационных акций и профилактических осмотров.

Материалы и метод. В течение последних лет в Самарской области онкологи и дерматологи совместно проводят активные мероприятия по ранней диагностике онкопатологии кожи. «День диагностики меланомы» проводится как трех дневная акция, которой предшествует 1-ый этап (информационно – обучающий) – за 30 дней до дня диагностики в г. Самаре проводится массовая рекламная кампания в СМИ (короткие телевизионные ролики о важности диагностики меланомы, информация на интернет – сайтах, буклетах, статьях в газетах). Раздают анкеты записанным на прием людям, выявляющие наличие факторов риска меланомы и наследственную предрасположенность. Материально - техническое обеспечение онкологов и дерматологов включает цифровой дерматоскоп. На 2-ом этапе проводится обследование пациентов в кабинетах дерматологического профиля. В акции в качестве экспертов дерматологов участвуют врачи кожно-венерологического диспансера. На 3-ем этапе пациенты с подозрением на опухоль кожи проходят углубленную диагностику экспертами – онкодерматологами в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере. На 4-ом этапе все пациенты с выявленным злокачественным новообразованием кожи проходят лечение в СОКОД.

Результаты исследования. В данном сообщении приводятся итоги «Дня диагностики меланомы» с 2019 по 2022 годы, исключая 2020 год ввиду ограничений по COVID-19. Дерматологами было обследовано 870 чел. У 86 пациентов выявлены предопухолевые заболевания кожи (пигментный, диспластический, меланоцитарный невус – 28, дерматофиброма - 4, кератомы - 19, папилломы - 30, липомы - 5). У 35 пациентов было подозрение на злокачественное новообразование кожи, в том числе у 25 чел – подозрение на меланому (что составило 2,9 % от обследованных). Все пациенты были направлены в СОКОД для дальнейшего обследования и уточнения диагноза. По результатам морфологической верификации у подозрительных на меланому пациентов диагноз меланомы кожи I стадии подтвержден у 8 человек.

Выводы. По результатам профилактической работы, проводимой ГБУЗ СОКОД, можно сделать заключение: массовый скрининг, направлен на выявление опухолевых заболеваний кожи начальных стадий. Особую ценность предоставляет междисциплинарный подход к раннему выявлению в процессе широкомасштабных акций среди населения г.о. Самары. Данные акции являются действенным инструментом и направлены на привлечение внимания населения Самарской области к проблемам профилактики и раннего выявления злокачественных новообразований и сохранения здоровья.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ Колесник Н.В., Колесник И.В.

ГБУЗ СО «Самарская городская поликлиника № 13»
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдает более 10% населения мира. Одной из форм осложнений ЖКБ, является синдром Мириззи (СМ), сопровождающийся в рамках одного процесса стенозированием просвета гепатикохоледоха или наличием холецистобилиарного свища (ХБС) между этим протоком и желчным пузырем. Синдром Мириззи (СМ) является одним из наименее изученных понятий в хирургии желчных протоков. Это связано с редкостью данной патологии. Это заболевание встречается, согласно литературным данным, от 0,5 до 5% среди всех пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, а летальность достигает 14%. Однако до сих пор нет единого мнения по поводу диагностики и тактики хирургического лечения. СМ часто диагностируется только во время операции. Диагностика СМ развивается параллельно с прогрессом технического оснащения в медицине. Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости является рутинным методом выявления патологии поджелудочно-дуоденальной зоны. Указанный метод является скринингом и по отношению к СМ. Но, по мнению различных авторов, чувствительность этого метода довольно низкая и колеблется от 4 до 46%. Согласно результатам УЗИ, такие признаки, как «сморщенный» желчный пузырь при наличии расширенных внутрипеченочных протоков с нормальным размером дистального желчного протока, позволяют заподозрить СМ на начальном этапе обследования.

Цель исследования. Представить клинический случай диагностики и лечения пациентки с желчнокаменной болезнью, осложненной синдромом Мириззи.

Материалы и методы. Пациентка Т., 69 лет, находилась на лечении в 3 хирургическом отделении клиники пропедевтической хирургии клиник СамГМУ, с диагнозом: Желчнокаменная болезнь. Холедохолитиаз. Холангиолитиаз. Синдром Мириззи 2 тип. Билиарная гипертензия. За два месяца до поступления в стационар, выполнялось УЗИ органов брюшной полости, при котором выявлена желчнокаменная болезнь, заподозрен синдром Мириззи. УЗИ выполнялось на аппарате Ultra Sonix One Touch.

Результаты исследования. При амбулаторном выполнении УЗИ органов брюшной полости, было выявлено расширение внутрипеченочных протоков до 8 мм. Расширение ОЖП до 12 мм, в просвете лоцировался конкремент 25*11 мм. В головке поджелудочной железы просвет желчного протока до 7 мм. Желчный пузырь: форма изменена, с перетяжками в теле. Размеры 69*25 мм. Стенки утолщены. В полости лоцируются конкременты до 17 мм и крупнодисперсная взвесь (по типу замазкообразной желчи). В шейке пузыря лоцируется не смещаемый конкремент 30*25 мм, который частично компримирует общий желчный проток.

В стационаре расширение протока, наличие конкрементов, изменение стенки желчного пузыря, получило подтверждение после выполненной компьютерной томографии с внутривенным болюсным контрастированием. Специфических изменений крови не выявлено. Повышение билирубина не отмечено. В предоперационном периоде выполнена ретроградная холангиопанкреатография, при которой выявлен холецистобилиарный свищ. Удалены конкременты общего желчного протока, выполнено стентирование общего желчного протока.

Пациентка оперирована в плановом порядке. Интраоперационно выявлено соустье между шейкой пузыря и общим печеночным протоком. Через соустье в печеночный проток пролабировал конкремент шейки пузыря с компрессией холедоха на 1/3 диаметра. Выполнена дистальная резекция холедоха с наложением гепатикоюноанастомоза. Течение послеоперационного периода гладкое, пациентка выписана на 8-е сутки после операции.

Выводы. Синдром Мириззи, как осложнение ЖКБ, остается сложной задачей рутинной диагностики. Однако, ультразвуковые признаки «сморщенного» желчного пузыря с «заинтересованностью» общего желчного протока, дают основание предположить формирование холецистобилиарной фистулы. Данный факт может и должен, являться предметом настороженности для хирургов выполняющих операции коррекции осложнений желчнокаменной болезни.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИММУНОТЕРАПИИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Косталанова Ю.В., Орлов А.Е., Каганов О.И., Гиматдинова Г.Р.,
Данилова О.Е., Давыдкин Г.И., Давыдкин И.Л.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. За последние десятилетия значительно улучшились как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения опухолевых заболеваний в целом, во многом благодаря разработке и внедрению в клиническую практику новых противоопухолевых лекарственных препаратов. Последние годы отличаются лавинообразным поступлением предложений для клинического использования новых таргетных противоопухолевых препаратов различной направленности с принципиально иным механизмом действия. Наряду с лечебными моноклональными антителами раннего и последующих поколений с успехом используются биспецифические антитела, позволяющие уничтожать опухолевые В-клетки с помощью Т-клеток.

Кардиоваскулярная токсичность ингибиторов иммунных контрольных точек. Терапия опухолевых заболеваний с применением ингибиторов иммунных контрольных точек (ингибиторы ИКТ, ICI - immune checkpoint inhibitors) ознаменовал новый этап в лечении гематологических злокачественных опухолей, заметно улучшивший показатели общей выживаемости пациентов. Противоопухолевое действие ингибиторов ИКТ основано на блокаде сигнальных путей Т-лимфоцит-ассоциированного протеина 4 (CTLA-4), белка запрограммированной клеточной гибели-1 (PD-1) лиганд рецептора запрограммированной клеточной гибели (PD-L1) и усилении противоопухолевой активности Т-лимфоцитов. В настоящее время ингибиторы ИКТ находят довольно широкое применение у пациентов с классической лимфомой Ходжкина и неходжкинскими лимфомами.

Иммуностимулирующий эффект и общее цитотоксическое воздействие ингибиторов ИКТ может привести к повреждению внутренних органов с развитием ранее не встречавшегося «иммуноопосредованного заболевания и/или состояния», включая сердечно-сосудистую систему. По данным литературы, кардиоваскулярные осложнения у пациентов, получающих препараты из группы ICI, встречаются с относительно низкой частотой (1,1-5%). Однако они могут иметь молниеносное фатальное течение. К одним из таких потенциально опасных состояний относится ICI-индуцированный миокардит. Наименее опасными побочными эффектами признаются бессимптомное снижение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), изолированное повышение сердечных биомаркеров (высокочувствительный тропонин Т, N-концевой про-В-тип натрийуретического пептида (NT-proBNP)), перикардит, васкулит и некоторые типы нарушения ритма сердца (единичные экстрасистолы, синусовые аритмии).

Результаты исследования. По всей вероятности, следует более подробно остановиться на наблюдениях с ICI-индуцированным миокардитом. В 80% случаев они регистрируются спустя 12 недель после начала терапии препаратами из группы ингибиторов ИКТ. Клиническая картина ICI-индуцированного миокардита чрезвычайно вариабельна: от бессимптомного течения с повышением сердечных биомаркеров (высокочувствительного тропонина Т, NT-proBNP) до развития опасных сердечных аритмий, острой лево- и правожелудочковой недостаточности с подъемом сегмента ST. Кроме того, описаны случаи внезапной сердечной смерти. В соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации кардиологов оптимальная диагностика ICI-индуцированного миокардита обеспечивается следующим минимумом обследований: определение сердечных биомаркеров, регистрация электрокардиограммы (ЭКГ), проведение трансторакального эхокардиографического исследования (ТТЭ) с определением ФВ ЛЖ, исследование глобальной продольной систолической деформации ЛЖ. Учитывая возможность отсроченного развития миокардита

как осложнения ингибиторов ИКТ, необходимо проводить измерения уровней тропонина и креатинкиназы (КК) в сыворотке крови через 2, 4 недели и каждые 12 недель после начала терапии. Следует отметить, что среди клинических синдромов в кардиоонкологии, ассоциированных с ингибиторами ИКТ, понятие «иммуноопосредованный миокардит» используется как новое. Учитывая опасность этого синдрома, предпринимаются попытки обозначить возможные клинико-лабораторные и инструментальные предвестники иммуноопосредованного миокардита. Предлагается выделить симптомокомплекс, определяющий истинный иммуноопосредованный миокардит и кардиологические синдромы, указывающие на вероятный или возможный миокардит у пациентов, получающих ингибиторы ИКТ. Обозначенные авторами три категории миокардита - истинного (Definite), вероятного (Probable) и возможного (Possible) рекомендуются для использования в клинических исследованиях.

Заключение. Без преувеличения, можно утверждать, что сердечно-сосудистая токсичность сопровождает довольно широкий спектр противоопухолевых лекарственных препаратов как традиционной химиотерапии, так и таргетных средств формата «hemotherapy free», применяемых в онкологии и онкогематологии. Следует особо подчеркнуть, что онколог и гематолог порой сталкиваются с актуальной проблемой предупреждения или уже лечения как острых, так и отдаленных сердечно-сосудистых побочных эффектов современных таргетных препаратов, отличающихся выраженным своеобразием. В современной литературе постоянно подчеркивается мысль о необходимости дальнейшего изучения механизмов и вариантов кардиоваскулярной токсичности с использованием высокотехнологичных фундаментальных исследований, направленных на возможность полного управления сердечно-сосудистыми осложнениями в рамках серьезного мультидисциплинарного взаимодействия в клинике.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ
С ПОЛИПОВИДНОЙ ФОРМОЙ «РАННЕГО» РАКА
ЭКТОПИРОВАННОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДКА В СОКОД
Круглова И.И., Кузнецова Р.Н.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. «Ранний» рак желудка является разновидностью эпителиальных опухолей верхних отделов желудочно-кишечного тракта, обладающий следующими признаками: инвазия в пределах слизистой оболочки и/или подслизистого слоя, отсутствие метастатического поражения регионарных лимфоузлов и отдаленного метастазирования. Одним из вариантов лечения «раннего» рака желудка является эндоскопическая резекция слизистой оболочки с опухолью, которая позволяет достичь удаления опухоли единым блоком в 83,6 – 95,2% случаев, радикальность вмешательства составляет 65,3 – 90,1%, пятилетняя выживаемость больных 89,6 – 100%.

Цель работы: демонстрация возможностей применения малоинвазивных методов лечения «раннего» рака желудка в соответствии с клиническими рекомендациями по раку желудка от 2023 года на примере клинического случая пациентки ГБУЗ СОКОД.

Материалы и методы: обследование и лечение пациентки проводилось с использованием эндоскопической видеосистемы Olympus EVIS EXERA-III, монитора высокого разрешения HDTV, видеогастроскопа Olympus GIF-N180, электрохирургического блока ERBE и необходимого набора инструментов.

Результаты исследования: Пациентка Д. впервые обратилась в ГБУЗ СОКОД 27,07,2022 с жалобами на тяжесть после еды на протяжении трех месяцев. В июне 2022 года по месту жительства при ЭГДС диагностировано эпителиальное образование пищеводно-желудочного перехода, эрозивный гастрит. При биопсии, точная локализация которой указана не была, выявлено подозрение на дисплазию слизистой оболочки. Пациентка направлена в ГБУЗ СОКОД для уточняющей диагностики.

Пересмотр гистологических препаратов с места жительства был неинформативен. При ЭГДС в ГБУЗ с использованием осмотра в узком спектре света в эктопированной части желудка на 30 и 32 см на 9 и 3 часах соответственно определялись выступающие в просвет эпителиальные образования на широком основании 0-1s округлой формы, диаметром 15 и 12мм. При осмотре в NBI отмечался нерегулярный сосудистый рисунок, трубчатый рисунок поверхности. Визуальная картина соответствовала мультицентрическому «раннему» раку эктопированной части желудка. При биопсии отмечалась фрагментация. Гистологическое заключение показало дисплазию высокой степени в одном образовании и комплексы аденокарциномы в другом. При УЗИ и КТ брюшной полости – поражения регионарных лимфоузлов и отдаленного метастазирования не выявлено.

Учитывая результаты обследований, был поставлен диагноз - рак эктопированной части желудка T1N0M0, эпителиальное образование тип Is эктопированной части желудка и согласно решению врачебной комиссии 12.10.2022 пациентке проведено удаление обоих образований методом эндоскопической резекции слизистой оболочки с опухолью и полипом единым блоком. Продолжительность операции 50 минут. На месте удаленного образования на 3х часах пострезекционная зона диаметром около 15 мм без признаков кровотечения и перфорации. На месте удаленной опухоли на 9 часах пострезекционная зона 17 мм в диаметре, в основании подслизистый слой без признаков кровотечения и перфорации. Гистологическое исследование обоих удаленных макропрепаратов: Аденокарцинома, Low grade, врастание в собственную мышечную пластинку слизистой оболочки, без инвазии в подслизистый слой, линия резекции без опухолевого роста.

В январе и сентябре 2023 года при контрольном осмотре в эктопированной части желудка на 32 см на 3 часах определяется белесоватый рубец неправильной формы размером

15 мм с незначительной конвергенцией слизистой оболочки в данной зоне. Была выполнена контрольная биопсия, по результатам которой прогрессии заболевания не выявлено. Пациентка остается под наблюдением в ГБУЗ СОКОД.

Выводы. Своевременная диагностика и малоинвазивное эндоскопическое лечение «раннего» рака желудка (эндоскопическая резекция слизистой оболочки с опухолью, позволяет достигать радикального удаления опухоли с высокой вероятностью дальнейшего безрецидивного течения заболевания и сохранения достойного качества жизни пациента.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ТРАНСВАГАЛИЩНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ Кузнецова Т.К., Чехунова П.В., Аблекова О.Н.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Асцит может сопровождать течение многих онкологических заболеваний в гинекологии, гастроэнтерологии и других областях медицины. В онкологии асцит чаще всего развивается из-за метастатического поражения брюшины. Рак яичников одно из самых распространенных онкологических заболеваний у женщин, сопровождающееся асцитом. У 75-80% пациенток, впервые обратившихся к врачу, диагностируется III и IV стадия опухолевого заболевания. Противоопухолевое лечение не начинается без верификации патологического процесса. В последние годы малоинвазивные диагностические и лечебно-диагностические манипуляции под контролем ультразвука широко применяют в гинекологии.

Цель исследования: оценить информативность тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) под контролем ультразвука при пункции малого таза.

Материалы и методы. Проведен клинико-статистический анализ 96 пункций малого таза под контролем ультразвука, выполненных в ГБУЗ СОКОД за 2022год. Всем пациенткам были проведены следующие исследования: ультразвуковое исследование брюшной полости, комплексное ультразвуковое исследование органов малого таза, трансвагинальная тонкоигольная пункционная биопсия под контролем ультразвука с последующим цитологическим исследованием полученного материала.

Результаты исследования. Пациентки были разделены по группам. 1 группа - 48 пациенток (50%), которым выполнялась ТАПБ, непосредственно, опухолевого образования малого таза или зон перитонеального канцероматоза; 2 группа - 32 пациентки (30%), которым выполнялась ТАПБ свободной жидкости малого таза, с ультразвуковыми признаками опухолевого поражения органов малого таза, но без технической возможности выполнения ТАПБ образований; 3 группа - 16 пациенток (20%), которым выполнялась ТАПБ свободной жидкости малого таза, без ультразвуковых признаков опухолевого поражения органов малого таза с онкозаболеваниями (рак кишечника, желудка, желчного пузыря).

В 1 группе верификация патологического процесса была у всех пациенток, по результатам цитологического исследования: аденокарцинома (72%); папиллярные и сосочковые структуры (28%). Во 2 группе верификация патологического процесса составила 68%, данные цитологического исследования: метастатический выпот у 19 пациентки и аденокарцинома у 4 пациенток; отрицательные результаты цитологии в 32% случаев у 10 пациенток (беструктурное вещество, реактивный мезотелий). В 3 группе по данным цитологического исследования полученный материал был неинформативный: беструктурное вещество, реактивный мезотелий.

Выводы. Таким образом, по нашим данным, информативность цитологического исследования наибольшая при выполнении тонкоигольной пункционной биопсии опухолевых образований и зон перитонеального канцероматоза, и пункции свободной жидкости, когда есть ультразвуковые признаки опухолевого поражения органов малого таза. При отсутствии ультразвуковых признаков опухолевого поражения малого таза, верификация патологического процесса не была получена ни в одном случае.

ТАПБ под контролем трансвагинальной эхографии является информативным методом, достаточным в дооперационной диагностике опухолей малого таза. ТАПБ неинформативна и нецелесообразна при отсутствии ультразвуковых признаков опухолевого поражения органов малого таза, даже при наличии у пациенток онкологического заболевания другой локализации.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОК С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ С ПАННИКУЛЭКТОМИЕЙ

Лебедько Е.В. Крюкова Э.Г. Щукин В.Ю. Суркова И.А. Александрова Е.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В отделении онкогинекологии с 2021 года начали выполнять симультанную операцию лапароскопическая экстирпация матки с придатками с панникулэктомией, что позволило сократить на 6 койко - дней сроки госпитализации, сократить количество хирургических осложнений на 12% по сравнению с стандартным хирургическим доступом. Однако сопутствующее морбидное ожирение пациенток связано с специфическими проблемами проведения анестезиологического пособия. Что заставило нас задуматься о разработке тактики предоперационной подготовки данной группы пациентов.

Цель исследования: оптимизировать предоперационную подготовку пациенток с морбидным ожирением к проведению операции лапароскопическая экстирпация матки с придатками с панникулэктомией.

Материалы и метод. Нами было оценено 30 пациенток, женщин в возрасте 50-70 лет с диагнозом рак тела матки II клинической группы. С индексом массы тела более 40 КГ\М³. Степень анестезиологического риска III по ASA, которым была выполнена сочетанная операция панникулэктомия и лапароскопическая экстирпация матки с придатками. Учитывая увеличение времени и объема операции для снижения анестезиологических рисков нами были разработаны стандарты по подготовке пациентов к данному виду хирургического вмешательства.

Во время предоперационной подготовки помимо стандартных лабораторных анализов нами выполнялся ежедневный контроль глюкозы крови, оценка белковых фракций для прогнозов заживления послеоперационной раны. Консультация врача эндокринолога. В 3х случаях понадобилось дополнительные исследования функции щитовидной железы (УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез, анализ гормонов щитовидной железы). Для оценки рисков ТЭЛА и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы были выполнены количественный анализ рго-BNP . выполнялись ЦДК брахиоцефальных артерий и вен нижних конечностей, эхокардиография, ЭКГ, Консультация врача-кардиолога, с выполнением нагрузочных проб с целью выявления скрытых недостаточностей сердечно-сосудистой системы. Оценка функции внешнего дыхания. С целью снижения рисков ТЭЛА и острых сердечно-сосудистых заболеваний с момента госпитализации пациенткам назначаются низкомолекулярные гепарины и продолжают вводиться до 2х недель после операции под контролем МНО и количества тромбоцитов в периферической крови. Расчет суточной дозы проводится согласно инструкции к препарату.

В предоперационном периоде с целью гемокоррекции, нормализации КЩС крови и волюмокоррекции, а так же профилактики патологических потерь организма назначается инфузионная терапия . Объем и качество вводимых растворов определялся индивидуально. После оценки общего состояния пациентки и наличие сопутствующей патологии.

Результаты исследования. Данные наблюдения выполнялись при подготовке пациентов отделения онкогинекологии ГБУЗ СОКОД к оперативному вмешательству в объеме панникулэктомия, лапароскопическая экстирпация матки с придатками. Все пациентки прошли без периоперационных осложнений. Не возникла необходимость в продленной вентиляции легких, вазопрессорной поддержки или других методов коррекции. Пациентки были переведены в профильное хирургическое отделение в течении первых двух часов после операции. И выписаны из стационара в срок.

Выводы: использование данного протокола предоперационной подготовки пациенток к операции лапароскопическая экстирпация матки с придатками с панникулэктомией позволило нам избежать критических осложнений. И может быть рекомендовано в случае пациентов с морбидным ожирением.

ТРУДНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ

Липатова Е.Н., Торопова Н.Е., Морошкина Г.П. Трухова Л.В. Азова М.А.,
Никитина А.О., Щавелева С.С.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: гигантоклеточная опухоль (остеобластокластома, ГКО) - локально агрессивная опухоль, составляет 5% от всех первичных новообразований костной ткани, характеризуется развитием местных рецидивов, примерно в 2% случаев дает легочные метастазы. Примерно в половине всех случаев ГКО локализуется в дистальной части бедренной и лучевой кости, в проксимальной части большеберцовой и плечевой кости, в костях таза (4-9%), в теле позвонков (3-6%), в черепе и костях лицевого скелета (2-4%) и мелких костях кисти и стопы (1-5%). Редко встречаются мультицентрические гигантоклеточные опухоли. В 80% случаев страдают пациенты в возрасте 20-50 лет, крайне редко встречается у подростков и детей. Имеет патогномоничную мутацию в гене N3F3A. Своевременная диагностика и доброкачественный характер опухоли позволяют не только удалить опухоль, но и восстановить анатомическую целостность и функцию оперированной конечности. Цитологическая диагностика опухолей костей является эффективным методом для применения в рутинной практике. Однако имеется препятствие, не позволяющее цитологу устанавливать диагноз ГКО в утвердительной форме. Сложность заключается в том, что картина гигантоклеточной опухоли практически не отличается от цитологической картины остеобластомы, аневризмальной кисты, хондробластомы, неоссифицирующей фибромы, центральной гигантоклеточной гранулемы, бурой опухоли, гигантоклеточной остеосаркомы с низкой степенью злокачественности, изменений в костях при таких заболеваниях как хирувизм, болезнь Педжета и т.д.

Цель исследования: проанализировать цитологические критерии гигантоклеточной опухоли кости, определить ряд наиболее часто встречающихся заболеваний, с которыми приходится дифференцировать гигантоклеточную опухоль.

Материалы и метод. Мазки-отпечатки опухолей костей окрасили Лейкодифом 200, изучили микроскопическую картину с помощью микроскопа Leica DM 2500, сопоставили с результатами гистологического и лучевого методов исследований.

Результаты исследования. Изучили цитологические микропрепараты 15 пациентов (9 женщин и 6 мужчин, от 20 до 80 лет, средний возраст 40 лет) с поражениями костей (бедренная-6, лучевая-2, большеберцовая-2, таза-2, нижняя челюсть-1, стопы-1, плечевая-1). Во всех случаях цитологическая картина была представлена большим числом гигантских остеокластоподобных и одноядерных остеобластоподобных клеток, клетками схожими с фиброцитами и фибробластами в небольшом количестве. В 9 препаратах (60%) наблюдались остеобласты с укрупненными ядрами и наличием двуядерных форм, с образованием протяженных муаровых структур. Гистологические заключения, относящиеся к этой группе: ГКО с вторичными аневризмальными кистами, остеобластома, гигантоклеточная репаративная гранулема, остеосаркома фибробластоподобный вариант. У 4 пациентов (27%) наблюдалась типичная картина ГКО без полиморфизма в остеобластах с подтвержденным впоследствии гистологическим заключением - ГКО. В одном из препаратов фоном было оксифильное, слизеподобное вещество с укрупненными остеобластами и фиброцитами и наличием гигантских остеокластоподобных клеток, гистологическое заключение - остеофит репаративного типа. В 1 микропрепарате наблюдали немногочисленные остеокласты и остеобласты без признаков пролиферации, гистолог предположил болезнь Педжета.

Выводы. В целом все гигантоклеточные поражения костей имеют морфологические характеристики, сходные с гигантоклеточной опухолью. С точки зрения клинического ведения пациентов, наиболее важна дифференциальная диагностика ГКО с гигантоклеточной остеосаркомой.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МЕТАСТАЗАМИ
ПРИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАХРОННЫХ ОПУХОЛЯХ**
**Логинова Ю.Г., Бондаренко М.М., Савельева И.Ю., Письменная А.Д., Гончаров М.А.,
Аитова Г.Х., Копылов А.В.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Первично-множественные злокачественные опухоли — одновременное или поочередное образование очагов злокачественного роста, развивающихся самостоятельно и независимо друг от друга в пределах одного или нескольких органов. Частота развития первично-множественных злокачественных опухолей составляет до 2-5% от всех новообразований. При наличии нескольких ЗНО значительно затрудняются диагностика и выбор тактики лечения при метастатическом поражении.

Цель работы: обзор клинического случая лечения пациента с метастатическим поражением на фоне первично-множественных опухолей

Материалы и методы. Пациент М. 62 лет наблюдался в онкодиспансере с 2016 г. с диагнозом «С44.3 Рак кожи правого ската носа, рТ1N0M0, I стадия. ЛХД в 2016 году, 3 клиническая группа». В 2017 г. диагностировано поражение лёгких. 26.06.2017 Выполнена лобэктомия верхней доли левого легкого. Гистологическое заключение: Инвазивная аденокарцинома легкого с преобладанием солидного субтипа. Выставлен диагноз: ПММР. С34.1 Периферический рак верхней доли левого легкого рT2aN0M0 G3, 1б стадия, 3 клиническая группа. С44.3 Рак кожи правого ската носа, рТ1N0M0, I стадия. ЛХД в 2016 году, 3 клиническая группа. На протяжении 2 лет проводилось диспансерное наблюдение. В 2019 г. выявлена прогрессия заболевания: на ПЭТ /КТ картина метаболически активного образования правого легкого (mts) и метаболически неактивного образования ворот печени (больше данных за лимфаденопатию).

Была выполнена верхняя лобэктомия справа с лимфодиссекцией средостения. Гистологическое заключение: Смешанная инвазивная аденокарцинома с наличием чешуйчатого и ацинарного субтипов. На основании полученных данных выставили диагноз: ПММР. С 34.1 Периферический рак верхней доли правого лёгкого рT2aN0M0 G2 1б стадия 3 клиническая группа. 26.06.2017 лобэктомия верхней доли левого легкого. С34.1 Периферический рак верхней доли левого легкого рT2aN0M0 G3 1б стадия 3 клиническая группа 13.11.2019 Верхняя лобэктомия справа с лимфодиссекцией средостения. С44.3 Рак кожи правого ската носа, рТ1N0M0, I стадия. ЛХД в 2016 году. 3 клиническая группа. Но уже в 2020 г. пациент приходит с жалобами на увеличение шейных лимфоузлов, по данным УЗИ - поражение надключичных, шейных, подмышечных, забрюшинных, лимфоузлов брюшной полости, селезенки. Заключение ПЭТ\КТ от 12.03.2020: состояние после хирургического лечения по поводу ЗНО лёгких. Достоверных ПЭТ\КТ данных о наличии активного неопластического процесса на момент исследования не получено. Сохраняются признаки лимфаденопатии ворот печени и забрюшинных лимфоузлов, без метаболической активности, без динамики от 29.08.2019г. Гепатомегалия. Метаболически не активное образование левого надпочечника, без признаков ЗНО.

Выполнена иммунофенотипическая характеристика лимфоцитов: Иммунофенотип В-лимфоцитов периферической крови не противоречит иммунофенотипу В-ХЛЛ/лимфомы из малых лимфоцитов или лимфомы из клеток мантийной зоны.

Проведена биопсия надключичного лимфатического узла, после гистологического и ИГХ исследований, установлена нодальная диффузная В-клеточая лимфома из клеток маргинальной зоны, CD20+ более 80%. Проведено 3 цикла химиотерапии. В 2021г – на МРТ метастазы в головной мозг. Проведено тотальное облучение головного мозга. В конце 2022 г при плановом обследовании в лёгких выявлены изменения (mts?). Было принято решение, о верификации процесса. После пункционной биопсии в биоптате - мелкие фрагменты фиброзной ткани. Консультация фтизиатра - данных за активный туберкулез не выявлено.

Определены мутаций EGFR (не выявлено), ALK (не выявлено), PDL (позитивный статус - 1% опухолевых клеток). Консультация фтизиатра (исключение активного туберкулеза легких по данным КТ-картина специфических изменений правого легкого, с умеренным увеличением размеров от 10.08.2022 г - от 11.01.2023) - данных за активный туберкулез не выявлено. Выполнен пересмотр КТ ОГК с оценкой по RECIST: Заключение: состояние после оперативного лечения с-г верхних долей легких. КТ-картина специфических изменений правого легкого. Mts в легкие. По критериям RECIST 1.1 по данным КТ от 24.03.2023 в сравнении с КТ ОБП от 09.03.2022 г, ОГК от 11.01.2023 г. стабилизация процесса. Пациент взят под динамическое наблюдение: при плановом исследовании, выявлена отрицательная динамика, за счет появления нового очагового образования в верхней доле левого легкого. Биопсия образования легкого имела высокий риск дыхательных осложнений, учитывая раннее проведенное оперативное лечение. Выполнено ПЭТ КТ - картина метаболически активного поражения легких, более соответствует мтс, в сравнении с исследованием от 09.12.2023 отрицательная динамика по накоплению РФП, при относительно стабильных размерах и количестве. Метаболически неактивное образование левого надпочечника, без признаков ЗНО.

Врачебной комиссией было принято решение направить на ТМК, для определения дальнейшего обследования и лечения. Получен ответ: На основании представленной документации, у пациента ПММЗНО, одним из которых является лимфома маргинальной зоны. По данным ПЭТ/КТ всего тела с 18F-ФДГ (от 17.07.2023) признаков рецидива лимфомы нет: сохраняется спленомегалия, лимфоузлов с гиперметаболизмом РФП не определяется. Выявлена отрицательная динамика со стороны метаболически активного поражения легких по накоплению РФП при относительно стабильных их размерах и количестве (более соответствует мтс), по сравнению с исследованием от 09.12.2023. В настоящее время показано лечение рака легкого. Рекомендуются проведение ПХТ по схеме цисплатин (карбоплатин) + пеметрексед + пембролизумаб.

Заключение. Первично-множественные злокачественные опухоли возникают не редко и требуют тщательного обследования пациентов. Учитывая современные подходы в комплексном лечении ЗНО, все чаще пациенты «доживают» до возникновения ПМРЗ. В связи со сложностью дифференциально-диагностического поиска при постановке диагноза, выбора тактики лечения для таких пациентов часто привлекаются новые технологии обследований, и при необходимости привлекаются специалисты ФЦ посредством ТМК.

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
У ПАЦИЕНТОВ АБДОМИНАЛЬНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ:
ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ МЕТОДА
Лужнова Т.П., Аблекова О.Н., Фролов С.А.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: снижение частоты послеоперационных осложнений при вмешательствах на органах брюшной полости в онкологическом отделении является важной задачей хирурга и хирургической службы в целом. Одним из методов визуализации ранних осложнений является ультразвуковой.

Цель: обозначить возможности ультразвукового метода в выявлении послеоперационных осложнений в онкологическом отделении и вероятные затруднения в визуализации.

Материал и методы: в качестве примера взят опыт работы стационарного кабинета УЗИ, с нагрузкой в будние дни от 5 до 7 пациентов абдоминального онкологического профиля. В установленный нами протокол УЗИ входят: осмотр послеоперационного шва, кишечника, забрюшинного пространства, поджелудочной железы, особое внимание при осмотре уделяется зоне оперативного вмешательства и проекции дренажных трубок; осмотр плевральных полостей, почек и мочевого пузыря, печени и желчных протоков – при наличии дополнительных показаний от лечащего врача. Предварительно обязательно изучается ежедневный дневник пациента, выясняется цель осмотра, обозначенная лечащим врачом, проведённые ранее обследования, в том числе УЗИ, что позволяет наиболее объективно оценить ультразвуковую картину на момент осмотра.

Обсуждение полученных результатов: согласно данным некоторых авторов, в печатных работах встречаются указания на то, что наиболее эффективно УЗИ в выявлении свободной жидкости в брюшной полости (чувствительность около 92%). Зонами интереса при поиске свободной жидкости являются стандартно: подпеченочное пространство, поддиафрагмальное с обеих сторон, латеральные отделы брюшной полости, пространство над мочевым пузырём, поиск свободной жидкости между петель кишечника и в зоне оперативного вмешательства. Минимальное количество патологической жидкости, которое можно выявить при УЗИ - от 2-3 мм. При этом, некоторые авторы отмечают, что УЗИ в первые двое суток не будет достоверно, в том числе из-за газа под передней брюшной стенкой. В более поздние дни после операции ограничивающими факторами в объективной УЗ- диагностике могут быть метеоризм, вынужденное положение пациента, выраженный болевой синдром при компрессии УЗ-датчиком. Кроме поиска свободной жидкости, целью ультразвукового исследования является исключение абсцессов и инфильтратов в брюшной полости и в проекции послеоперационного шва. Ограничений для метода УЗИ при осмотре шва и предбрюшинной клетчатки практически нет.

Выводы:

1. УЗИ является доступным, и, что очень важно, мобильным методом диагностики у стационарных пациентов, даже при ограничении подвижности пациента, обусловленного тяжестью состояния.
2. Диагностический поиск «у кровати больного» позволяет выявить ранние признаки послеоперационных осложнений и определить лечащему врачу верную тактику ведения пациента.
3. Практически единственным объективным фактором, ограничивающим ультразвуковое исследование, является метеоризм.

ГИНЕКОМАСТИЯ И РАК IN SITU. ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Лужнова Т.П., Веселова Т.Д., Каганов О.И.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Рак грудной железы у мужчин обычно протекает агрессивно, рано появляются метастазы, поэтому очень важен диагностический фокус на дисгормональные гиперпластические процессы. Одним из них является гинекомастия.

Цель исследования: показать важность мультимодального подхода в выявлении ранних форм рака молочной железы у мужчин, важность диагностики рака in situ грудной железы у мужчин.

Материал и методы: в качестве примера взят клинический случай рака in situ у мужчины 58 лет за 2022 год с верифицированным диагнозом.

Обсуждение полученных результатов. В научных сообщениях встречаются данные о тенденции к росту рака грудной железы у мужчин, несмотря на небольшой процент заболеваемости в общей массе рака молочной железы. В цифрах это меньше одного процента среди всех разновидностей рака у мужчин, и также менее одного процента от рака молочной железы. Факторы риска включают ожирение, заболевания и опухоли яичек, мутации BRCA, чаще встречается у возрастных мужчин. Отмечается рост выявляемости гинекомастии у мужчин при проведении компьютерной томографии грудной клетки Гендерный приоритет рака молочной железы принадлежит женщинам, поэтому важна онконастороженность при наличии жалоб у мужчин.

В 2022 году в Самарском онкологическом центре зарегистрировано 19 пациентов с диагнозом рак in situ молочной железы. Нами разобран клинический случай. Мужчина 58 лет обратился в поликлинику с жалобами на выделения желто-оранжевого цвета в течение одной недели, прикладывал ихтиоловую мазь, без эффекта. Наследственный анамнез без особенностей. Индекс массы тела - 30, что соответствует ожирению 1 степени. При осмотре: правая грудная железа увеличена в размерах, выделения янтарного цвета в незначительном количестве. Цитологическое заключение мазка отпечатка: группы клеток эпителия протоков с образованием сосочко-подобных структур, группы клеток выстилки кисты. Нельзя исключить протоковую папиллому. УЗИ грудных желез в поликлинике - сразу под соском справа кистозно-солидное образование 6*8 мм, аваскулярное в режиме ЦДК. В связи с тем, что пациент не сразу обратился в СОКОД, повторное УЗИ выполнено через 3 месяца: определялось анэхогенное образование 8*9 мм, с пристеночным солидным компонентом 7*4 мм, в режиме ЦДК не менее трех цветовых локусов. Регионарные лимфатическое узлы без признаков вторичных изменений. Выполнена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия под УЗ-контролем: заключение: гиперплазия клеток кубического эпителия с формированием сосочкоподобных структур и клетки выстилки кисты на фоне эритроцитов. Проведена ампутация правой грудной железы, биопсия сторожевого лимфатического узла справа. Гистологическое заключение: Папиллярный рак in situ грудной железы, G1, 5 мм в диаметре. Сторожевые узлы без опухолевого роста Иммуногистохимическое заключение: Estrogen 8, Progesteron 8. Ki 67 — 20%. Назначена гормонотерапия тамоксифеном 20 мг в течение 5 лет.

Выводы:

- 1) мультимодальный подход является одним из самых важных этапов в выявлении ранних форм рака молочной железы у мужчин.
- 2) Пограничные состояния в мужской молочной железе требуют верного диагностического алгоритма.

Сопоставление догоспитального диагностического портрета пациента с гистологической верификацией формирует предикторы онконастороженности у врача.

**ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО (ЛУЧЕВОГО) ПАТОМОРФОЗА
ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК
ПРЯМОЙ КИШКИ КОРОТКИМ КУРСОМ И ДЛИТЕЛЬНЫМ КУРСОМ ЛУЧЕВОЙ
ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФТОРПИРИМИДИНОВ**

**Лукьянова И.В., Носова Н.В., Костромина Л.И., Парфенова Н.Ю.,
Куликова С.А. Кульджанов Т.С.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Одной из наиболее важных причин, влияющих на онкологические результаты лечения РПК, является стадия заболевания и факторы косвенно отражающие биологическую агрессивность опухоли. К ним относятся низкая степень дифференцировки, локализация в нижеампулярном отделе, приближение опухоли к циркулярной границе резекции (ЦГР), наличие сосудистой инвазии, ее депозитов в мезоректальной клетчатке. В соответствии с рекомендациями минздрава РФ Рекомендуется рассматривать хирургическое вмешательство как основной метод радикального лечения пациентов аденокарциномы прямой кишки. По показаниям проводится неоадьювантная лучевая терапия, химиолучевая терапия. Проведение неоадьювантной лучевой терапии улучшает результаты хирургического лечения, снижает частоту местных рецидивов. При гистологическом исследовании удаленных препаратов отмечается уменьшение патоморфологической стадии по сравнению с клинической стадией заболевания.

Цель исследования. Проанализировать и оценить лечебный патоморфоз у пациентов после проведенной предоперационной лучевой терапии коротким курсом и длительным курсом с применением ФП с последующим хирургическим вмешательством.

Материалы и методы исследования. Критерии включения больных в исследование Пациенты со следующими стадиями рака прямой кишки: cT2-4N1-2M0 рак ниже- и среднеампулярного отделов прямой кишки, cT2-4N0-1M0 рак нижеампулярного отдела прямой кишки, cT2-4N0-1M0 рак верхнеампулярного отдела прямой кишки

Проанализированы данные 122 двух пациентов в возрасте от 38 до 82 лет после проведения хирургических операций на прямой кишке, получивших курс предоперационной лучевой терапии с января 2020 г. по август 2023 г. В ходе исследования было сформировано две репрезентативные группы пациентов, которым была проведена неоадьювантная лучевая терапия коротким курсом или ХЛТ с последующим хирургическим лечением через 8-10 недель, с оценкой стадии лечебного (лучевого) патоморфоза:

- 1) Группа Пациенты, получающие интенсивное облучение коротким курсом 5 фракций по 5 Гр. - 37 человек
- 2) Группа Пациенты, получающие пролонгированное облучение длительным курсом РОД 2,0 Гр. До СОД 54 Гр. с применением аналогов фторпиримидинов – 82 человека.

Режимы фторпиримидинов, применяемые при пролонгированном курсе ЛТ

- 1) 5-фторурацил 350 мг/кв.м/сут в/в болюсно в 1-5 дни ЛТ
- 2) Капецитабин 1650 мг/кв.м/сут (в два приема) внутрь в 1-5 дни (в дни ЛТ)

При выборе режима предоперационной лучевой терапии, учитывалась анатомическая локализация опухоли прямой кишки. При облучении опухолей в верхнеампулярном отделе выше вероятность повреждения тонкой кишки, по этой причине предпочтительнее применение короткого курса крупными фракциями. При расположении опухолей в нижеампулярном отделе высока частота местных рецидивов, риска латерального лимфогенного метастазирования, чаще выявляются раковые клетки в стенке кишки по линии резекции. Это объясняется отсутствием на уровне нижеампулярного отдела собственной фасции и мезоректальной клетчатки, отделяющих стенку кишки от смежных органов и тканей. В данном случае предпочтительнее проведение длительного курса ХЛТ.

Также длительный курс ХЛТ показан пациентом с опухолями T4 и вовлечением мезоректальной фасции.

Результаты исследования. Лечебный патоморфоз пациентов по Dworak, которые получали короткий курс ЛТ: 0 степени – 5 пациентов (12,5%), 1 степени – 7 пациентов (17,5%) 2 степени – 17 пациентов (42,5%) 3 степени – 4 пациента (10%) 4 степени – 4 пациента (10%)

Лечебный патоморфоз пациентов по Dworak, которые получали длительный курс ЛТ с ФП: Длительный курс ЛТ с применением 5-фторурацила: 0 степени – 7 пациентов (8,6%), 1 степени – 9 пациентов (11,1%), 2 степени – 36 пациентов (44,4%), 3 степени – 18 пациентов (21,9%), 4 степени – 11 пациентов (13,5%), У одного пациента по данным гистологического исследования зафиксирован полный лизис опухоли

Выводы:

1. При сравнении процентных соотношений степеней лечебного патоморфоза пациентов, можно сделать вывод, что при коротком курсе ЛТ и длительном курсе ЛТ с применением ФП большинство пациентов имели 2 и 3 степени лечебного патоморфоза. При второй степени имеется незначительное уменьшение количества опухолевых клеток, но в целом клеточность опухоли остается высокой и при 3 степени — сокращение числа опухолевых клеток вплоть до 90%.
2. При гистологическом исследовании удаленных препаратов было отмечено уменьшение патоморфологической стадии по сравнению с клинической стадией заболевания.
3. Неoadьювантная лучевая терапия способствует уменьшению размеров опухоли, расстояния от опухоли до циркулярной границы резекции, тем самым улучшая качество хирургического лечения.

РОЛЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ

Лукьянова И.В., Носова Н.В., Костромина Л.И., Парфенова Н.Ю., Куликова С.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Рак тела матки является вторым по частоте встречаемости у женщин во всём мире после рака шейки матки. В последнее время частота возникновения рака тела матки выросла на 13 %, а смертность за это же время увеличилась на 250%. В России ежегодно регистрируется около 20000 новых случаев рака тела матки и умирает более 6500 больных. Основным методом лечения рака тела матки является оперативный. Хирургическое вмешательство рекомендуется как наиболее эффективный метод лечения независимо от стадии как самостоятельно, так и в комбинациях с другими методами (лучевая терапия, химиотерапия, гормонотерапия). Показания к адьювантной дистанционной лучевой терапии определяются в первую очередь факторами риска лимфогенного метастазирования рака тела матки. Регионарная лимфаденэктомия при раке тела матки решает следующие задачи: уточнение стадии и определение тактики дальнейшего лечения. С точки зрения профилактики регионарного прогрессирования лимфаденэктомию при раке тела матки ранних стадий можно рассматривать как альтернативу дистанционной лучевой терапии, более безопасную с точки зрения отдаленных последствий (поздних осложнений, радиоиндуцированных опухолей), что особенно важно у молодых пациенток.

Цель исследования: проанализировать результаты лучевого лечения пациенток с диагнозом рак тела матки в отделении радиотерапии №2.

Материалы и метод. Адьювантную лучевую терапию начинают не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства или при выявлении клинических проявлений прогрессирования заболевания. Применяется конформная дистанционная лучевая терапия с предварительной топометрией по данным КТ или МРТ. В планируемый объем включают непосредственно первичную опухоль (при отсутствии хирургического лечения), общие, наружные и внутренние подвздошные лимфоузлы, параметральную область, верхнюю треть влагалища и пресакральные лимфоузлы (при инвазии опухоли в шейку матки) Суммарная доза достигает 46–50 Гр в режиме фракционирования 2 Гр 5 раз в неделю. При планировании послеоперационной брахитерапии целесообразно облучать верхние 2/3 влагалища на глубину 0,5 см от слизистой оболочки. Принято использовать радиоактивные источники ^{60}Co и ^{192}Ir . При проведении самостоятельной брахитерапии разовые дозы составляют 7 Гр по 3 фракции или 6 Гр по 5 фракций. При проведении дистанционной лучевой терапии с последующей брахитерапией разовая доза составляет 5 Гр по 4 фракции.

При рецидиве РТМ в культе влагалища или наличии метастаза во влагалище как единственного проявления заболевания рекомендовано проведение брахитерапии и/или дистанционной лучевой терапии с учетом ранее проводимой лучевой терапии. Суммарная доза планируется с учетом ранее проведенного лечения на планируемый объем опухолевого образования и достигает 30–40 Гр.

В отделении радиотерапии №2 ГБУЗ СОКОД всего пролечено 620 пациенток за период с 2018 г. по 2022 г. Из них 87% адьювантная лучевая терапия, 13% - в самостоятельном плане.

Результаты лечения: 1. Лучевая терапия рака тела матки в самостоятельном плане - 58% пациенток стабилизация процесса, 42% прогрессия заболевания (продолженный рост, метастазы в печень, лёгкие, забрюшинные лимфатические узлы) 2. Адьювантная лучевая терапия - 76% пациенток - стабилизация процесса, 24% - прогрессия заболевания (метастазы в забрюшинные лимфатические узлы, печень, лёгкие, кости).

Выводы: В отделение радиотерапии №2 Самарского областного клинического онкологического диспансера успешно проводится лечение пациенток с диагнозом рак тела матки. Лечение проводится в соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ на современных линейных ускорителях.

РЕЗУЛЬТАТЫ БРОНХО - И АНГИОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК ЛЕГКОГО В ГБУЗ СОКОД

Ляс Н.В., Амосов Н.А., Юрченко Р.А., Тюлюсов А.М.,
Шапиро С.А., Ткачев А.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: НМРЛ является наиболее частым злокачественным новообразованием и причиной смерти от рака у мужчин, и у женщин. Ежегодно в России заболевают раком легкого свыше 63000 человек, в том числе свыше 53000 мужчин. 34,2%, выявляются в IV стадии заболевания, а погибает от рака легкого > 60 000 человек, что составляет более 20% от всех умерших от злокачественных новообразований. НМРЛ представляет собой морфологически неоднородную группу, включающую в основном плоскоклеточный рак (70-75%), аденокарциному (20-25%) различной степени дифференцировки и другие, редкие формы рака легкого.

Стремление к сохранению функционально полноценной легочной ткани у больных пожилого и старческого возраста привело к тому, что при начальных стадиях опухолей легких стали применяться экономны атипичные резекции и сегментэктомии. Хирургическое удаление опухоли с лимфодиссекцией до настоящего времени остается одним из основных методов радикального лечения немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ).

В качестве операций используют анатомические резекции легки: позволяют убрать вместе с опухолевым очагом регионарные сосудистые и лимфатические коллекторы .

В настоящее время в практику внедряются бронхо-пластические и ангиопластические операции, что позволяют удалить не все легкое, а его часть. Изначально эти операции использовали у больных старшего возраста с сопутствующими заболеваниями, не позволяющими выполнить пневмонэктомию. По данным одних авторов, отдаленные результаты не уступают таковым, как при пневмонэктомии, а качество жизни значительно лучше.

По данным других - существуют и возражения, связанные с возрастанием числа местных осложнений и рецидивов онкологического процесса. В большинстве специализированных лечебных учреждений бронхо-пластические операции при раке составляют 5—10% радикальных резекций легкого.

Целью данной работы: Проанализировать результаты проведения бронхо- и ангиопластических операций у пациентов с диагнозом НМРЛ в торакальном отделении ГБУЗ СОКОД и оценить отдаленные результаты.

Материал и методы: проанализированы истории болезни пациентов с бронхо- и ангиопластическими операциями хирургического торакального отделения с 2014 по 2020 гг., включающий в себя: сбор анамнестических данных, физикальное обследование, общеклинические методы(ОАК, АОМ, Биохимический анализ крови), инструментальные методы(рентгенография органов грудной клетки, КТ органов грудной клетки, бронхоскопия, УЗИ органов брюшной полости) Выполнено 105 операции по поводу злокачественных новообразований легких. Оперированы больные в возрасте от 45 до 75 лет. средний возраст которых составил 61год.

Основными видами оперативных вмешательств являлись: ВЛЭ справа с клиновидной или циркулярной резекцией главного бронха (с резекцией верхней полой вены)- 38, ВЛЭ слева с клиновидной или циркулярной резекцией главного бронха (с резекцией легочной вены)- 34, пневмонэктомия справа с резекцией верхней полой вены, предсердия, перикарда-18, пневмонэктомия слева с клиновидной резекцией бифуркации трахеи, левого предсердия-6, билобэктомии справа с клиновидной резекцией главного и промежуточного бронха, с резекцией стенки легочной артерии-9.

Результаты. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 21 пациентов (20%), летальный исход наступил в 10 случаях (9,5%). В структуре послеоперационных осложнений наиболее частыми явились: Пневмония – 6 (2 смерти); несостоятельность швов анастомоза – 4 (3 из них умерло); ТЭЛА – 3 (3 из них умерло); внутриплевральное кровотечение 3 (смерть 2).

Выводы: применение трахео-бронхо-ангиопластических операций значительно расширяет возможности торакальной хирургии в лечении РЛ как за счет технической резектабельности опухоли при переходе на главный бронх и трахею, так и за счет функциональной операбельности при низких функциях дыхания и невозможности выполнения пневмонэктомии при локализации долевых бронхах.

Уровень современной хирургии позволяет выполнять ТБПО достаточно безопасно, хотя показатели послеоперационных осложнений и летальности превышают данные показатели при типичных операциях.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Ляс Н.В., Юрченко Р.А., Ткачев А.А., Тюлюсов А.М., Амосов Н.А., Шапиро С.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Кардиоэзофагеальный рак – опухоль с высоким потенциалом злокачественности, особенностями которой являются склонность к быстрому росту и высокая частота лимфогенного метастазирования. Согласно решению Международной ассоциации по раку желудка и Международного общества по заболеваниям пищевода на совместной конференции 2000г. для классификации КЭР должны применяться рекомендации, предложенные немецким хирургом J. Siewert. Главным критерием данной классификации является локализации опухоли относительно Z-линии, она позволяет охарактеризовать каждый тип опухоли как:

Тип I АЕГ: как правило (80–100%, по данным разных авторов), развивается из метаплазированного эпителия пищевода (пищевод Барретта). Значительно преобладает кишечная форма опухоли по классификации Lauren. Относительно невысокий удельный вес опухолей с выходом на серозу. Тип II АЕГ: чаще развивается из эпителия кардиального отдела желудка, значительно реже из метаплазированного эпителия пищевода (частота пищевода Барретта при II типе составляет 10%). Преобладает диффузная форма опухоли по классификации Lauren. Самый низкий среди всех трех типов удельный вес опухолей с инвазией серозы (29%).

Тип III АЕГ: представляет собой одну из форм проксимального рака желудка. Кишечная метаплазия эпителия пищевода для этого типа не характерна (частота пищевода Барретта лишь 2%). Наиболее неблагоприятная морфологическая характеристика среди всех трех типов: самый высокий удельный вес недифференцированных и диффузных форм, инвазии серозной оболочки, лимфогенных и отдаленных метастазов. Существует гипотеза, что одной из причин преобладания запущенных стадий при кардиоэзофагеальном раке III типа (около 70%) является позднее появление дисфагии. По мнению авторов классификации, а также специалистов, имеющих опыт хирургического лечения аденокарцином кардиоэзофагеального перехода [Lerut T. et al., 1997; Siewert J.R. et al., 1998; Feith M., 2006], различия между I и III типами, как в отношении клинико–морфологических свойств, так и по хирургической тактике, являются принципиальными, тогда как II тип имеет более сходные характеристики с типом III, нежели с типом I. Особенности лимфогенного метастазирования аденокарциномы зоны пищеводно–желудочного перехода по классификации Siewert J.R.

Имеются выраженные различия в лимфооттоке в зависимости от локализации опухоли относительно пищеводно–желудочного перехода, что является ключевым фактором, определяющим в данной классификации алгоритм хирургического лечения [Siewert J.R. et al., 1998; Holscher A.H., 2002] [14]. Так, при раке нижнегрудного отдела пищевода лимфоотток направлен в обе стороны: как в оральном направлении, в сторону лимфоколлекторов средостения, так и в каудальном направлении, в сторону лимфоколлекторов брюшной полости и забрюшинного пространства. В то же время при раке кардии и субкардии основной вектор лимфооттока направлен в сторону узлов забрюшинного пространства и верхней парааортальной области. Эти принципиальные различия в характере лимфооттока и соответственно основных направлениях лимфогенного метастазирования рака дистальной трети пищевода и рака кардиального отдела желудка позволили Korst R.J. и соавт. (1998) [15] пересмотреть классификацию символа “N” аденокарцином данных локализаций. По мнению авторов, при аденокарциноме дистальной трети пищевода регионарными являются: бифуркационные, заднемедиастинальные, паракардиальные и лимфатические узлы по ходу левой желудочной артерии. При аденокарциноме кардиального отдела желудка регионарными

являются перигастральные и забрюшинные лимфатические узлы чревного ствола и его ветвей, а также нижние параэзофагеальные лимфатические узлы.

В структуре летальности от онкологической патологии рак желудка занимает второе место и составляет 9,5%. По данным отечественных и зарубежных авторов 5-летняя выживаемость составляет от 4 до 15%, при этом существует прямая зависимость между уровнем поражения пищевода и выживаемостью. По данным РОНЦ при поражении абдоминального сегмента пищевода общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость составили 9,1 и 9,3%, наддиафрагмального 10,1 и 10,4 %, ретроперикардального 10,2 и 10,5% соответственно. Низкие отдаленные результаты лечения связаны с потенциалом злокачественности карцином желудка и ранним лимфогенным метастазированием. По данным литературы уже при поражении слизистой и подслизистого слоя органа (Т1-2) поражение регионарных лимфатических узлов наблюдается в 35-40% случаев, а при прорастании опухолью всех слоев органа – 90-100%. По данным НМИЦ при поражении абдоминального сегмента пищевода частота метастазирования в медиастинальные лимфоузлы составляла – 6,1%, наддиафрагмального отдела – 12,8%, ретроперикардального – 42,9%.

Предопределяющими факторами раннего лимфогенного метастазирования являются не только высокий потенциал злокачественности рака пищевода и желудка, но и выраженное развитие интра- и экстраорганной лимфатической системы пищевода с преобладанием продольного вектора лимфооттока над поперечным. При этом отсутствует сегментарность лимфогенного метастазирования и возможность поражения любой группы лимфоколлекторов, независимо от локализации опухоли. Местное распространение опухоли, с вовлечением в процесс жизненно важных анатомических органов и лимфогенное метастазирование, требуют не только комплексного подхода в лечении, но и рационального хирургического доступа для создания оптимальных условий для хорошей визуализации анатомических структур при мобилизации органа, выполнения адекватной лимфодиссекции, резекции пищевода и желудка с моноблочной лимфодиссекцией и выполнения, в ряде случаев, комбинированных вмешательств. В последние десятилетия отмечен рост заболеваемости раком кардиоэзофагеальной зоны, а выживаемость данной категории больных остается низкой, что делает актуальной проблему лечения опухолей данной локализации.

Целью данной работы является оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения рака желудочно-пищеводного переход.

Материал и методы: в онкологическом торакальном отделении ГБУЗ СОКОД в период с 2014 по 2018 г. выполнено 222 операции по поводу злокачественных новообразований желудка с поражением кардиоэзофагеальной зоны, средний возраст которых составил 66 лет.

Мужчин было 159 (71,6%), женщин – 63 (28,4%). Пациентов, у которых диагностирована 1ст. - 14 (6,3%); 2ст. - 29 (13,1%); 3 ст. - 123 (55,4%); 4 ст. - 56 (25,2%).

При исследовании гистологической структуры опухоли, аденокарцинома выявлена в 144 случаях (64,9 %), у 39 пациентов – перстневидно-клеточный рак (17,6%), у 17 (7,5%) пациента-плоскоклеточный рак, другие формы злокачественных новообразований (лимфомы, НЭО, ГИСО) у 22 пациентов (10%).

Радикальное хирургическое лечение выполнено 166 пациентам (80,1%). Основными видами оперативных вмешательств явились: Проксимальная резекция желудка с резекцией нижнегрудного отдела пищевода - 27; Проксимальная резекция желудка, резекция среднегрудного отдела пищевода, одномоментная пластика пищевода - 18. Гастрэктомия с резекцией нижнегрудного отдела пищевода – 99. Гастрэктомия, резекция среднегрудного отдела пищевода, одномоментная пластика пищевода – 2. Гастрэктомия, проксимальная резекция желудка, резекция грудного отдела пищевода с формированием стомы (эзофагостома, гастростома, еюностома) – 20. Данные объемы операции нами приняты как стандартные объемы, которые выполнялись во всех случаях, при наличии поражения

кардиоэзофагеальной зоны. Паллиативные и циторедуктивные операции выполнены 56 пациентам.

Результаты исследования. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 62 пациентов (37,3%), летальный исход наступил в 16 случаях (9,6%). В структуре послеоперационных осложнений наиболее частыми явились: Пневмония – 39 (1 смерть); несостоятельность швов анастомоза – 7 (6 из них умерло); ТЭЛА – 5 (4 из них умерло); эзофагоплевральный свищ 2 (смерть 2).

Наиболее частой причиной смерти явился Сепсис полиорганная недостаточность вследствие несостоятельности пищеводных анастомозов.

Средняя продолжительность жизни после выполненной операции составила: 2 года Летальность в течение 1-го жизни после операции, среди выписанных больных: 92 чел. 41,4%. 1-а летняя выживаемость из 206 выписанных пациентов составила 55,3%. Общая 5- и летняя выживаемость 21,3%

Порог в 1 год среди пациентов 1 ст. пережили 75,2%. 2 ст. 73%. 3 ст. 61%. 4 ст. 29%. 5 летняя выживаемость для 1 стадии 45,4%. 2ст 41%, 3ст 21,6% 4 ст. 6%.

Наибольшей процент 5 летней выживаемости отмечается при 1 и 2 стадии заболевания 45% и 41% соответственно.

Выводы.

1. Кардиоэзофагеальный рак характеризуется высокой частотой послеоперационных осложнений 37,3%. Наиболее частыми осложнениями при данных типах операций являются пневмонии и несостоятельность швов анастомоза. Проведя анализ проведенных операций можно сделать вывод:

Частота послеоперационных осложнений и летальность возрастают с увеличением объема операции, находятся в прямой зависимости от основного заболевания и выраженности функциональных осложнений.

2. Непосредственные результаты хирургического лечения кардиоэзофагеального рака, с учетом возраста пациентов, сопутствующей патологии и тяжести выполняемых операций, можно признать удовлетворительными. Послеоперационная летальность составила 9,6%, что не превышает средние данные общемировой статистики.

3. Также нами определена низкая выживаемость при данном заболевании. Общая пятилетняя выживаемость составила 21,3% и коррелировала со стадией болезни. Наилучшие результаты отмечены при I и II стадии болезни.

4. Для разрешения данных проблем необходимо внедрение новых, более эффективных методов диагностики для выявления ранних форм данного заболевания, а также методов комбинированного лечения.

5. Улучшение результатов лечения возможно при диагностике кардиоэзофагеального рака на более ранних стадиях, что позволит снизить объем оперативного вмешательства и частоту послеоперационных осложнений.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК ЛЕГКОГО

Ляс Н. В., Тюлюсов А. М., Амосов Н.А. Юрченко Р.А.,
Шапиро С.А., Ткачев А.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире, и в 2013 году число выявленных новых случаев заболевания составило 14 миллионов. В России в общей структуре онкологической заболеваемости рак легкого в 2016 году занимал 3 место после рака кожи, меланомы и составлял 10,1%. В мужской популяции рак легкого в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями занимал первое место – 17,6% и 10 место в женской популяции – 3,8%. Абсолютное число впервые в жизни установленного диагноза рак легкого в 2016 году составляло 60467 случаев. Во всем мире в 2015 году 1,69 миллиона смертей или 19,4% – почти каждая пятая смерть – от рака легкого. Рак легкого является основной причиной смерти от онкологических заболеваний в 87 странах у мужчин и в 26 – у женщин. В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований наибольший удельный вес составляют опухоли трахеи, бронхов, легкого – 17,4%. Абсолютное число умерших от рака легкого в РФ в 2016 году составило – 51 476. Более 1/4 – 26,5% случаев смерти мужчин обусловлены раком легкого, в женской популяции наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования молочной железы (16,7%), рак легкого занимает 4 место – 6,8%. Летальность больных в течение года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых на учет в России в 2013 году составляла 50,6%. Учитывая частоту и значимость такого заболевания как рак легкого, результаты его лечения, которые нельзя охарактеризовать как удовлетворяющие современным запросам врача и пациента. Закономерным является поиск новых методов воздействия на опухоль, борьба с осложнениями, улучшение качества жизни пациентов. Хирургический метод занимает особое место среди всех методов лечения рака легкого. Лечение рака легких – задача не одного специалиста. В зависимости от конкретной ситуации, требуется наличие в клинике квалифицированного торакального хирурга-онколога, специализирующегося на лечении рака легких, химиотерапевта, специалиста по лучевой диагностике, патоморфолога, терапевта, анестезиолога, реаниматолога. В большинстве случаев рак легкого без метастазов в соседних органах лечится хирургически.

Операция по поводу рака легкого подразумевает удаление пораженной части легкого (лобэктомия) или всего легкого (пневмонэктомия) с комплексом внутригрудных лимфатических узлов. Лимфатические узлы должны удаляться профилактически, вне зависимости от данных обследования. Для большинства пациентов удаление части легкого не имеет долгосрочных последствий, и пациенты могут полноценно вернуться к привычному образу жизни. Такие операции могут выполняться как традиционным открытым способом (с использованием большого разреза), так и торакоскопически (через проколы с использованием маленького разреза только для удаления опухоли). Объем и качество операции не зависят от хирургического доступа.

Операции проводятся с использованием самого современного оборудования, включая современные электроинструменты, ультразвуковой скальпель, сшивающие аппараты. Использование данного оборудования позволяет снизить кровопотерю во время большинства стандартных операций до минимальных объемов. Во время торакоскопических операций используется камера, которая позволяет получать трёхмерное изображение грудной полости для максимально точного и тщательного проведения любых манипуляций. В торакальном отделении СОКОД широко используется методы комбинированного обезболивания, позволяющие практически исключить

неприятные ощущения от послеоперационной раны. После операции, в зависимости от результатов морфологического исследования удалённого препарата, может быть назначена профилактическая (или адьювантная) химиотерапия.

Назначение такой химиотерапии вовсе не означает, что в организме остались проявления заболевания. Такая химиотерапия назначается, если при изучении удалённых тканей морфолог выявил определённые факторы риска более агрессивного течения болезни. Наиболее часто это бывает при выявлении метастазов в удалённых лимфоузлах. В этом случае проведение профилактической химиотерапии может снизить риск возврата заболевания на 10-15%. При условии проведения профилактической химиотерапии возможное полное выздоровление у большинства пациентов даже при наличии факторов негативного прогноза.

Материал и методы. В период с 2017 по 2022 гг. в хирургическом торакальном отделении Самарского Областного Клинического Онкологического Диспансера выполнено хирургическое лечение более 3 тысяч больных раком легкого, средний возраст которых составил 62 года. Прооперировано 1338 пациентов, радикальная операция выполнена 1175 пациентам.

Мужчин было 1022 (77%), женщин – 316 (23%). Пациентов, у которых диагностирована I стадия заболевания, было 387 человек (29%), II стадия заболевания – 454 человек (34%), III стадия - 427 человек (32%) и IV стадия – 68 человек (5%). При исследовании гистологической структуры опухоли, у 890 пациентов был выявлен плоскоклеточный рак (72%), у 346 пациентов – аденокарцинома (28%).

Радикальное хирургическое лечение выполнено 1175 пациенту (95%). Пациентам с I стадией рака легкого в 80% выполнялась лобэктомия (286 пациентов), в 10% - пневмонэктомия (36 пациентов), в 5%-билобэктомия (18 пациентов) и в 5%-атипичная резекция легкого (18 пациентов). Пациентам с 2 стадией рака легкого в 82% выполнялась лобэктомия (344 пациентов), в 15%- пневмонэктомия (63 пациента), в 3% - билобэктомия (13 пациентов). Пациентам с 3 стадией рака легкого в 40% выполнялась лобэктомия (158 пациентов), в 40%- пневмонэктомия (159 пациента), в 20% - билобэктомия (78 пациентов). Пациентам с 4 стадией рака легкого в 100% случаев выполнялась эксплоративная торакотомия.

В раннем послеоперационном периоде бронхоплевральный свищ выявлен у 16 % пациентов. Несостоятельность культи бронха развивалась в первые 10 суток. В случае развития несостоятельности культи главного бронха выполнялось редренирование плевральной полости, санация плевральной полости. Геморрагические осложнения (свернувшийся гемоторакс, внутриплевральное кровотечение) отмечены в первой группе у 8 % пациентов. Гнойно-воспалительные раневые послеоперационные осложнения наблюдались в первой группе у 19 % пациентов. Эмпиема плевры возникала в 2% случаев. У больных с эмпиемой плевры проводили санацию плевральной полости путем дренирования и проточным промыванием растворами антисептиков и антибиотиков.

Летальность составила 5%. Летальные исходы связанные с несостоятельностью культи бронхов 1,6 %, с внутриплевральными кровотечениями – 1,4 %. В остальных случаях летальность связана с сопутствующей патологией.

Выводы. Несмотря на успехи в лечении, рак легкого по-прежнему занимает первое место в структуре смертности от злокачественных новообразований во многих странах мира, в том числе и в Российской Федерации. Немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ) составляет около 85% всех раков легкого. Больные с I, II и III стадией НМРЛ считаются потенциально резектабельными с 5 - летней выживаемостью после радикальной операции ~ 60–90%, 30– 70%, и 10–30%, соответственно. Стандартом лечения пациентов с НМРЛ является операция. Непосредственные результаты хирургического лечения пациентов по поводу рака легкого в значительной степени определяются: а) характером и выраженностью сопутствующих заболеваний на момент операции; б) рациональным ведением ближайшего послеоперационного периода и профилактикой его осложнений.

МНОГОФАЗНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРИЧИН БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ГЕНЕЗА

Макаева А.А., Болтовский А.В., Баландина А.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Заболевания органов гепато-панкреато-дуоденальной зоны встречаются с частотой 20 человек на 100000 населения. Одним из наиболее частых их проявлением является билиарная гипертензия, осложняющаяся стойкой механической желтухой. Из доброкачественных заболеваний чаще всего - это желчекаменная болезнь, частота которой в промышленно развитых странах возрастает с каждым десятилетием. Среди злокачественных новообразований лидирующие позиции занимают образования головки поджелудочной железы, частота которых составляют сейчас 2-7% всех злокачественных новообразований и 10-15% опухолей желудочно-кишечного тракта. К осложнениям механической желтухи относят холангит и печеночно-клеточную недостаточность, для предотвращения их развития рекомендовано устранение данного патологического процесса в срок не позднее 10 суток. После билиарной декомпрессии и стабилизации пациента появляется возможность второго этапа хирургического лечения данной группы больных. Для определения возможности и вида оперативного вмешательства, а также снижения интраоперационных и послеоперационных осложнений, необходимо точное знание особенности анатомии гепато-панкреато-дуоденальной зоны данного конкретного пациента, выявить патологический процесс, ставший причиной механической желтухи, и его распространенность.

Цель исследования. Определение возможностей многофазной компьютерной томографии в выявлении причин билиарной гипертензии внепечёночного генеза.

Материалы и методы. Проанализированы исследования 89 пациентов с механической желтухой, из них 38 женщин и 51 мужчина в возрасте от 27 до 82 лет. Всем пациентам была выполнена многофазная компьютерная томография на 64- и 256-срезовых компьютерных томографах в 4 фазы (нативная, артериальная, портальная и отсроченная). Йодосодержащее контрастное вещество вводили автоматическим инжектором в две фазы. Отдельным пациентам перед исследованием пациентам давали выпить 1 стакан воды для контрастирования верхних отделов желудочно-кишечного тракта с целью лучшей визуализации стенки двенадцатиперстной кишки и области большого дуоденального сосочка.

Результаты. В результате исследования у 1 пациента (0.89%) причиной механической желтухи служили конкременты холедоха, у 2 (1.78%) – парафатериальный дивертикул, у 19 (16.91%) – хронический панкреатит, у 4 (3.56%) – стриктура дистального отдела холедоха, у 11 (9.79%) – образование большого дуоденального сосочка, у 31 (27.59%) – новообразование головки поджелудочной железы, у 10 (8.9%) – холангиокарцинома (опухоль Клацкина), у 3 (2.67%) – новообразование дистальных отделов холедоха, у 6 (5.34%) – новообразование двенадцатиперстной кишки. В 5 случаях (5.61%) столкнулись с диагностическими трудностями, поскольку выявлены обширные опухолевые конгломераты, поражающие несколько органов (дистальный отдел холедоха, головку поджелудочной железы, двенадцатиперстную кишку с областью большого дуоденального сосочка) гепато-панкреато-билиарной зоны. Полученные нами данные были подтверждены результатами биопсии и интраоперационно. В процессе компьютерно-томографического исследования оценивалось также вовлечение в процесс магистральных сосудов и прилежащих органов, что способствовало выбору дальнейшей тактики лечения.

Выводы. Многофазная спиральная компьютерная томография позволяет в большинстве случаев установить причины внепеченочной механической желтухи, сократить догоспитальный этап, помочь при планировании дальнейшей тактики ведения пациента.

ПРИМЕНЕНИЕ E-SIM ТЕСТА В ЛАБОРАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ Мальцева Н.В., Бикинеева М.М., Рыбалко И.С., Печорская Е.А., Торопова Н.Е.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рост резистентности к карбапенемам диктует необходимость определения типа карбапенемаз (сериновые и металло-бета-лактамазы) для назначения таргетной терапии. Есть несколько способов решения этой задачи: от бесприборных ИХА-исследований до использования технологии ПЦР или определения типа карбапенемаз с помощью масс-спектрометра. В настоящее время не во всех бактериологических лабораториях даже при многопрофильных стационарах есть своя ПЦР-лаборатория, тем более масс-спектрометры. В таких условиях решением проблемы может стать проведение фенотипического исследования с помощью СИМ-теста (e-SIM).

Материалы и методы. Бактериологические исследования по идентификации возбудителей и определение устойчивости к антибиотикам проводили на автоматизированных микробиологических анализаторах WalkAway 40 производства Dade Behring (США) и Vitek2 производства BioMerieux (Франция) с использованием специальных диагностических панелей производства Beckman Coulter и BioMerieux, содержащих необходимый набор антибиотиков. Для постановки СИМ-теста использовали среду Мюллера-Хинтона (Pronadisa, Испания), диски с меронемом 10 мкг (Даниес Mast Диски, Турция).

Цель. Провести фенотипическую дифференцировку карбапенемаз в отсутствие технологии ПЦР.

Результаты. При исследовании клинических проб биоматериала было выделено 272 культуры микроорганизмов семейства энтеробактерии. Данные штаммы исследовали на карбапенеморезистентность с помощью СИМ-тестов, из которых 84 культуры дали положительный результат, что указывало на наличие продукции карбапенимаз. У остальных 188 изолятов поставленный тест отрицательный. Результаты СИМ-тестов исследований сразу были сообщены лечащим врачам, что позволило своевременно назначить адекватную антибиотикотерапию. Как показала практика СИМ-тест доступный, достаточно прост в постановке, позволяет определить наличие карбапенемаз и своевременно назначить антибиотикотерапию. Для более высокоточного и быстрого определения карбапенемаз КРС, ОХА, VIM, IMP, NDM необходимы другие методы (ИХА-исследования, NG test Carba, ПЦР исследования, масс-спектрометрия).

Выводы. Применение СИМ-тестов должно быть включено в рутинную практику микробиологической лаборатории для своевременного выявления штаммов, продуцирующих карбапенемазы.

ОПЫТ ОДНОМОМЕНТНОЙ ПРЕПЕКТОРАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ИМПЛАНТАТАМИ С МИКРОТЕКСТУИРОВАННЫМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мартынова Е.В., Григорьева Т.С., Можаяева И.А., Козьменко О.В., Мезенцев К.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: современные методы восстановления молочной железы основаны на развитии хирургической техники и использовании нового поколения имплантатов. Долгое время было много вопросов по поводу выбора плоскости для размещения протеза. В связи с высокой частотой осложнений (экструзия, нагноение, капсулярная контрактура) у большинства хирургов приоритет отдавался субмулярному карману, состоящему из большой грудной мышцы и передней зубчатой мышцы. Выпуск имплантатов с полиуретановым покрытием компанией "Politech" стал началом возвращения к препекторальной установке. В ОМЖ№2 импланты с полиуретановым покрытием успешно устанавливались этим методом в течение 2020-2023 годов. Следующим этапом стало использование текстурированных имплантатов компании "Mentor".

Цель исследования: Оценить результаты одномоментной препекторальной реконструкции текстурированными имплантами при раке молочной железы.

Материалы и метод. В исследование были включены 23 пациентки с диагнозом рак молочной железы, которые проходили лечение в онкологическом отделении опухолей молочной железы N2 ГБУЗ СОКОД в период с января 2020 по август 2023 года. Данным пациенткам была выполнена реконструктивно-пластическая операция в объеме подкожной/кожесохранной мастэктомии с одномоментной реконструкцией текстурированным имплантом фирмы «Mentor».

Критериями отбора были: узловые формы рака, толщина покровных тканей молочной железы-pinch test не менее 1 см. Птоз I-II стадии. Были использованы импланты объемом от 225 млЗ до 500 млЗ.

Распределение пациенток по стадиям заболевания было следующее. 0 стадия pTisN0M0 -1 пациентка, IA стадия pT1N0M0 – 5 (22%), IB стадия pT1N0M0 – 10 (44%), IIA стадия pT0-2N1M0 – 5 (22%), IIB стадия pT12-3N0-1M0 – 3 (12%). Распределение пациенток по возрасту: возрастная группа от 18 до 25 лет – 12 (52%) ; от 25 до 50 лет – 9 (39%) ; от 50 до 75 лет – 2 (8%). В исследовании оценивалась частота развития осложнений в послеоперационном периоде и достижение эстетического результата.

Результаты исследования. Нами отмечались следующие осложнения. В раннем послеоперационном периоде у 5 пациенток (22%) наблюдалось образование длительной послеоперационной серомы (более 30 суток), которую эвакуировали из полости под контролем УЗИ. Гематом и нагноений не было. Протрузий и анимационных искажений не наблюдалась. Сразу после операции отмечался хороший эстетический результат. Капсулярная контрактура возникла у одной пациентки, прошедшей послеоперационный курс лучевой терапии. У 16 (69%) пациенток послеоперационный период протекал без осложнений.

Выводы. Одномоментная реконструкция молочной железы путем препекторального размещения текстурированного имплантата является надежным и доступным методом. Он имеет значимое преимущество за счет физиологической установки импланта на большую грудную мышцу, сохраняет ее функциональность, обеспечивает быструю реабилитацию пациенток и позволяет достичь максимально естественного внешнего вида молочной железы по сравнению с субпекторальной установкой. Тем не менее, следует отметить, что некоторый процент пациенток сталкивается с послеоперационными осложнениями.

Метод может рассматриваться как альтернатива субпекторальной имплантации при первичных формах РМЖ при соответствующей толщине покровных тканей.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ «БИОПСИЯ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФОУЗЛА» ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ

Мартынова Е.В., Козьменко О.В., Григорьева Т.С., Можаяева И.А., Раптанов Л. Н.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: среди всех злокачественных новообразований кожи меланома занимает первое место по смертности. За последние 20 лет отмечается неуклонный рост заболеваемости меланомой по сравнению с другими видами злокачественных новообразований. Биопсия СЛУ – эффективный метод ранней диагностики регионарных метастазов, позволяющий начать системное лечение и улучшить показатели выживаемости у пациентов с меланомой кожи.

Введение: сигнальный (Сторожевой) лимфатический узел является первым лимфатическим узлом, в котором, с наибольшей долей вероятности, можно ожидать появления раковых клеток от первичной опухоли. Таких узлов может быть несколько. Риск появления метастазов в лимфоузлах зависит не от общего размера или массы опухоли, а от ее толщины (при толщине опухоли до 1 мм метастазы определяются у 2% пациентов, а при толщине опухоли более 4 мм метастазы появляются уже у 45% пациентов). В большинстве случаев (95%) мишенью для первичного метастазирования являются регионарные лимфатические узлы, вследствие распространения опухоли по лимфатическим сосудам, в остальных случаях метастазами поражаются остальные органы и ткани вследствие распространения опухолевых клеток по кровеносной системе.

Цель исследования: оценить первичные результаты диагностики и лечения пациентов с диагнозом меланома кожи, проводившиеся в ГБУЗ СОКОД за период с 01.2022 по 06.2023 год.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены пациенты с диагнозом «Меланома кожи» различных локализаций, которым было выполнено удаление первичной опухоли с гистологической верификацией и последующей биопсией СЛУ. Для проведения лимфосцинтиграфии использовался радиофармпрепарат «Нанотоп», введенный равными долями внутривожно вокруг опухоли (18,5 - 110 МБк/место инъекции).

Результаты исследования и их обсуждение. Мы проанализировали результаты биопсии СЛУ у пациентов с меланомой кожи, получавших лечение в ГБУЗ СОКОД. За период с 2022 по 2023 год по технологии «биопсия сигнального лимфатического узла» было прооперировано 28 пациентов с установленным диагнозом С43 Меланома кожи различных локализаций. Распределение пациентов по локализациям: Меланома кожи верхних конечностей (предплечье, плечо) – 8 человек. Меланома кожи нижних конечностей (стопа, голень, бедро) – 7 человек. Меланома кожи туловища (передняя брюшная стенка, лопатка, поясница) – 13 человек. Возраст пациентов варьировался от 23 до 82 лет. По классификации TNM: T1N_xM_x – 3 человека, T2N_xM_x – 6 человек, T3N_xM_x – 5 человек, T4N_xM_x – 14 человек. При выполнении БСЛУ различных локализаций было выявлено 2 пациента с метастазом меланомы в СЛУ. Это позволило изменить стадию заболевания и скорректировать тактику ведения этих пациентов (назначить лечение в виде иммунотерапии). Срок проведения биопсии СЛУ после удаления первичной опухоли составлял не более 3 недель. Выявляемость составила 5.6% процентов. При дальнейшем ведении пациентов в течение полутора лет, прогрессия заболевания, в виде метастазов меланомы, была выявлена у 2 пациентов, у которых, при проведении БСЛУ, метастазы в лимфатических узлах обнаружены не были: mts в головной мозг, mts в послеоперационный рубец. Тактика дальнейшего ведения пациентов заключалась в: динамическом наблюдении с прохождением дополнительных обследований (УЗИ, ПЭТ КТ, МРТ) и проводимым лечением в виде иммунотерапии интерферонами (Абрафениб, Траметиниб) – 11 человек; динамическом наблюдении с прохождением дополнительных обследований (УЗИ, ПЭТ КТ, МРТ) без дополнительного лечения (УЗИ, ПЭТ КТ, МРТ) – 17 человек.

Выводы. Биопсия сигнального (сторожевого) лимфатического узла при меланоме кожи в настоящее время является стандартным методом, рекомендованным для многих пациентов с меланомой. Основное предназначение БСЛУ заключается в стадировании пациентов с меланомой – определении патологического статуса лимфатических узлов. В зависимости от установленной стадии заболевания, БСЛУ дает прогностическую информацию и определяет показания для назначения адъювантной терапии. Таким образом, нашим пациентам с первичной меланомой кожи могут быть предложены адекватные диагностические мероприятия и своевременная эффективная терапия.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЛЕЧЕНИЯ HER + МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА
ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА
Махнутина М.В., Волкова К.С.**

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Около 80% рака желчного пузыря представлены аденокарциномой (в том числе - папиллярная 6% и муцинозная 5%), возможны и другие эпителиальные варианты – плоскоклеточный рак, анапластический рак, мелкоклеточный рак. Очень редки не эпителиальные опухоли - карциноид, саркомы и лимфомы. Около 60% опухолей возникают в области дна желчного пузыря, 30% - в области тела и 10% - в шейке.

На 2022 г. ВБП (время без прогрессирования) при метастатическом раке желчного пузыря, составляет 2 месяца. Медиана общей выживаемости 11 месяцев .

Цель исследования. Показать эффективность терапии при индивидуальном подходе в лечении на основе молекулярно - генетического анализа злокачественного процесса.

Материалы и метод. Пациентка Г. Диагноз С23. Рак желчного пузыря сT3N1M1(HER) IVB ст. G3, 2 кл. гр. Осложнение основного: Вторичная билиарная гипертензия, чрескожная чреспеченочная холангиография, наружное дренирование желчных протоков. Учитывая рекомендации АОР, пациентке назначено лечение по стандартной схеме. На начало лечения ECOG 2, получала Гемцитабин 1000 мг/м² в 1-й и 8-й дни, Цисплатин 25-30 мг/м² в 1-й и 8-й дни, интервал – 3 недели, всего 3 цикла, после чего зарегистрирована прогрессия заболевания. Во 2 линии применяется схема *FOLFOX*. После 3 цикла у пациентки выявляется амплификация гена Her 2 – 3 + , к терапии добавляется Трастузумаб 4 мг/кг в 1 день, цикл 14 дней. Выполнено 8 циклов *FOLFOX* с выраженной положительной динамикой, пациентка оставлена на Трастузумабе 6 мг/кг в 1 день, цикл 21 день. После 15- ого введения трастузумаба выявлено увеличение очагов в печени. Принято решения перевести пациентку на получения Трастузумаба 6 мг /кг + Пертузумаб 420 мг на введение в 1 день, цикл 21 день. Получено 8 введений

Результаты исследования. Учитывая данные инструментальных исследований на 09. 2023 г. у пациентки регистрируется уменьшение таргетных очагов по RECIST на 48% с сохранением высокого качества жизни, отсутствием побочных явлений, ECOG 0.

Выводы. Учитывая эффективность терапии при индивидуальном подходе в лечении с учетом молекулярно - генетического тестирования злокачественного процесса на основе представленного клинического случая, в практике врача - химиотерапевта, важен индивидуальный подбор терапии для каждого пациента, что может значительно повысить критерии общей выживаемости в популяции больных с раком желчевыводящих путей, желчного пузыря.

**ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУЦИЯ ЭЗОФАГОФАРИНГЕАЛЬНОГО
КОМПЛЕКСА ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ЛАРИНГЭКТОМИЙ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕКТОРАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАТА
Махонин А.А., Габриелян А.Г., Нестеров А.Н., Осокин О.В., Синотин А.И.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. В России ежегодно регистрируются свыше 7 тысяч новых случаев раком гортани. Из общего числа выявленных около 72-75% это запущенные стадии как по первичной опухоли, так и по регионарному метастазированию. Согласно данным клинических рекомендаций основным методом лечения местно - распространенного рака гортани и гортаноглотки осложненным дисфагией, и стенозом, является комбинированный, с расширенным удалением органа, что позволяет достичь 5-летней выживаемости у 55-65 % больных. Несмотря на всё это, данный метод значительно снижает качество жизни пациентов, приводя тем самым к существенной инвалидизации и длительной хирургической реабилитации включающей отсроченные этапы пластики. Немало важной целью в хирургии гортани наряду с онкологической надежностью, уделяется одномоментной реконструкции эзофагофарингеального комплекса, точнее выбору способа и его реализация.

Цель исследования: оценить ранние результаты хирургического лечения при одномоментной реконструкции эзофарингеального комплекса после расширенных ларингэктомий.

Материалы и методы: в отделение опухоли головы и шеи в период с 2016 по 2022гг., прооперировано 28 первичных больных мужского пола с местно-распространенным раком гортани и гортаноглотки. Распространенность опухолевого процесса соответствовала T4aN02bM0-18 пациентов и T4aN1M0 -10 пациентов. На момент поступления у 15 пациентов имелась дисфагия с различной степенью выраженности длительностью в среднем 3 месяца и кахексия. Субкомпенсированный стеноз гортани у 13 пациентов, что являлось показанием для проведения оперативного вмешательства на первом этапе. Объем оперативного вмешательства выполнен: в 11 случаях расширено-комбинированная ларингэктомия с резекцией боковой стенки глотки радикальной шейной диссекцией и реконструкцией эзофагофарингеального комплекса кожно-мышечным пекторальным трансплантатом с осевым кровоснабжением; в 9 случаях расширено-комбинированная ларингэктомия с резекцией передне-боковых стенок шейного отдела пищевода, боковой стенки глотки и радикальной шейной диссекцией с реконструкцией дефекта мышечным пекторальным трансплантатом с осевым кровоснабжением; в 5 случаях расширено-комбинированная ларингэктомия с резекцией передне - боковых стенок шейного отдела пищевода, глосэктомией, боковой стенки глотки и радикальной шейной диссекцией с модификацией и реконструкцией дефекта кожно - мышечным пекторальным трансплантатом с осевым кровоснабжением.

Результаты исследования. Использование пекторального лоскута позволило полностью восстановить верхние отделы пищеварительной системы 28 пациентам. Всем пациентам после удаления назогастрального зонда выполнена фарингоэзофагоскопия и рентгенография, достоверных данных за сужение не получено. Несостоятельность швов глотки с формированием свищей, отмечено в 7-х случаях, у пациентов с расширено - комбинированной ларингэктомией и глосэктомией, на 6, и 12 сутки, что не привело к образованию стойких оростом. Питание через рот восстановлено в сроки от 12 до 16 дней у 26 пациента. У двух пациентов прием пищи через естественные пути затруднен.

Выводы: использование пекторального трансплантата при одномоментной пластики эзофагофарингеального комплекса после расширенных ларингэктомий достоверно оправдано, чему свидетельствуют полученные результаты. Пролеченные пациенты лишены фарингостом, эзофагостом и необходимости дальнейшей хирургической реабилитации и отсроченной пластики.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ХИМИОТЕРАПИИ, ИММУННОЙ ТЕРАПИИ, ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ МЕЛАНОМЫ

Микличева Ю.А., Махнутина М.В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Меланомой чаще болеют люди молодого возраста. По данным ВОЗ от 2021 г распределение заболеваемости по возрасту пациентов составило: 40%-20-30 лет, 20%-40-50 лет, 10% старше 50 лет. В клинических рекомендациях АОР указаны разные виды лекарственной терапии метастатической меланомы, которые можно применять в практике.

Цель исследования: сравнить нежелательные явления при химиотерапии, иммунной терапии, таргетной терапии лечения метастатической меланомы.

Материалы и метод. Проведен теоретический анализ, обобщение, формализация научной литературы. Материалами для данной работы были клинические рекомендации АОР, рекомендации RUSSCO, статьи о нежелательных явлениях при лечении, инструкции по применению препаратов, данные отдела статистики СОКОД.

Также я как ординатор, вместе с врачом из отделения наблюдали за лечением 85 пациентов с диагнозом метастатическая меланома. Сравнивали нежелательные явления, встречающиеся у пациентов, и оценивали их влияние на качество жизни пациента.

Результаты исследования. Механизм воздействия разных видов лекарственной терапии. Химиотерапия действует не избирательно и не привлекая иммунную систему. Она нарушает общие механизмы функционирования и в нормальных, и в опухолевых клетках. Но на злокачественные клетки она влияет сильнее из-за высокой скорости их роста. Химиотерапия может привести к когнитивным нарушениям, а также обладает тератогенным действием. Это необходимо учитывать при выборе терапии, так как пациенты с меланомой — это чаще пациенты молодого возраста. Таргетная терапия “выключает” отдельный молекулярный процесс в опухоли, который и заставляет конкретную опухоль расти и давать метастазы. Таргетная терапия используется при положительной BRAF мутации. Этот вид лечения в меньшей степени затрагивает процессы функционирования в нормальных клетках. Нежелательные явления обычно проявляются на первых месяцах лечения и постепенно ослабевают. Иммунотерапия активизирует борьбу иммунной системы с опухолевыми клетками.

Использование иммунной терапии сопровождается разнообразными иммуноопосредованными реакциями, которые не всегда хорошо поддаются коррекции и могут ухудшить общее состояние пациента. Нежелательные явления возникают обычно не сразу после начала лечения.

Выводы. Применение химиотерапии в большинстве случаев сопровождается более выраженными нежелательными реакциями, чем при других видах лечения. Это связано с системным цитотоксическим влиянием на организм. Возможны тератогенные осложнения у следующих поколений. При иммунотерапии возможны иммуноопосредованные нежелательные явления, которые могут сильно отразиться на здоровье пациента. Особенность этого вида лечения в отсроченном проявлении нежелательных реакций. Таргетная терапия имеет менее выраженные нежелательные явления, которые проявляются на первых месяцах лечения, но по сравнению с другими видами лечения, она больше подходит для длительной терапии пациентов с сохранением нормального уровня качества жизни. В выборе лекарственной терапии метастатической меланомы, основываясь на разных нежелательных явлениях, следует отдавать предпочтение сочетанию таргетной и иммунотерапии. Нежелательные явления при сочетании этих видов терапий лучше переносятся пациентами и поддаются коррекции.

РЕСОма: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Морошкина Г.П., Торопова Н.Е., Липатова Е.Н., Трухова Л.В., Азова М.А., Щавелева С.С.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: в 1943г в работе К.Aritz впервые описаны особые светлоклеточные опухоли с ростом вокруг тонкостенных ветвящихся сосудов. В связи с этим появился термин «периваскулярная эпителиоидная клетка» – ПЭК (Perivascular epithelioid cell, PEC). В 2002 г. в Международной классификации опухолей костей и мягких тканей было выделено семейство мезенхимальных опухолей, обозначенных общим термином «ПЭКомы» (PEComas). ПЭКомы – опухоли мезенхимальной природы, состоящие из периваскулярных эпителиоидных клеток, которые экспрессируют как меланоцитарные (HMB-45, Melan-A, MITF), так и мышечные маркеры (SMA, десмин, миозин), а также виментин, рецепторы к эстрогену и др. По уровню экспрессии маркеров ПЭКомы отличаются друг от друга. Опухоли с преобладанием веретенновидных клеток показывают высокую экспрессию мышечных маркеров. В обычных эпителиоидных клетках экспрессия носит противоречивый характер. В настоящее время в группу ПЭКом входят: ангиолейомиолипома, светлоклеточная «сахарная» опухоль лёгкого, лимфангиолейомиома, светлоклеточная миомеланоцитарная опухоль круглой связки матки/серповидной связки печени, брюшно-тазовая саркома из периваскулярных эпителиоидных клеток (необычная светлоклеточная опухоль поджелудочной железы, прямой кишки, брюшины, матки, влагалища, бедра и сердца).

Цель исследования: определение морфологических признаков ПЭКом при цитологическом исследовании.

Материалы и метод: цитологическое исследование материала, полученного с использованием тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) новообразований печени и почки. Окраска микропрепаратов азур-эозином (набор Лейкодиф 200). Микроскоп Leica DM 2500.

Результаты исследования. Случай 1. Пациент Т. 1960 г.р., обратился в поликлиническое отделение ГБУЗ СОКОД с жалобами на боли в поясничной области, примесь крови в моче, слабость. Проведено КТ-исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Заключение: картина опухоли правой и левой почек, атипичные кисты почек, Bosniak II, липома правой почки, множественные ангиолипомы левой почки. Рекомендовано дообследование и хирургическое лечение в онкоурологическом отделении. Под КТ-контролем выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия опухоли левой почки, материал отправлен на цитологическое исследование. Заключение: многочисленные тяжи веретенновидных клеток, схожих с фиброцитами-фибробластами и клетками эндотелия сосудов, в оксифильном межклеточном веществе. Вероятно опухоль мезенхимального генеза. Послеоперационное гистологическое заключение: правая и левая почка: Ангиомиолипома.

Случай 2. Пациент Ф. 1965г.р. направлен в ГБУЗ СОКОД с подозрением на метастатическое поражение правой доли печени. Рекомендовано проведение пункционной биопсии образования печени под УЗ-контролем. Выполнена ТАБ образования размерами 2,0 x 1,5см с неровными, нечеткими контурами, неоднородной изоэхогенной структуры. Материал отправлен на цитологическое исследование. Заключение: небольшие пласты гепатоцитов и многочисленные тяжи, скопления частично разрушенных клеток эпителиоидного типа с единичными веретенновидными клетками на фоне элементов крови. Цитограмма мезенхимальной опухоли, возможно PESoma. Учитывая сопутствующую патологию, первым этапом рекомендована консультация сосудистого хирурга с дообследованием, и возможным проведением трепан-биопсии опухоли печени.

Выводы: Клиническая картина ПЭКом неспецифична. Окончательный диагноз ПЭКомы возможно поставить только после гистологического, а зачастую и иммуногистохимического исследования. На сегодняшний день необходимо накопление наблюдений случаев ПЭКом с последующим тщательным анализом, учитывая их возможный злокачественный потенциал.

РЕДКИЕ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОПУХОЛЬ АБРИКОСОВА
Муфтахутдинова А.Р., Югина О.В., Баканова Ю.Г., Селезнева А.В., Зузолина М.П.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Опухоль Абрикосова (зернисто-клеточная опухоль) — редкое доброкачественное новообразование, которое впервые было обнаружено Ф. П. Вебером в 1854 г., а в 1925 г. описано А. И. Абрикосовым. Публикация данных ультра-структурных и иммуногистохимических исследований зернисто-клеточной опухоли, которые указывают на происхождение из клеток Лангерганса объясняются данными последних лет. Данные клетки были обнаружены в большинстве эпителиальных тканей и имеют нейроэктодермальное происхождение, которое подтверждается экспрессией протеина S100 [1]. Были описаны положительные реакции цитоплазматических гранул зернистоклеточных опухолей на антитела к лизосомальному гликопротеину CD68, который используют в качестве маркера макрофагов. Из-за этого высказывалась точка зрения о их взаимосвязи с недифференцированной мезенхимой, гистиоцитарном происхождении опухоли.

В клинической практике локализация в молочной железе встречается примерно в 8% всех зернисто-клеточных опухолей [2, 4]. Опухоль Абрикосова наиболее часто локализуется в верхневнутреннем квадранте молочной железы по ходу надключичного нерва. Опухоль отличается медленным прогрессированием, отсутствием симптомов и может протекать бессимптомно. Трудности диагностики и лечения ЗКО связаны с большим сходством семиотических признаков данного вида опухоли с инвазивным раком молочной железы, что может повлечь необоснованное хирургическое вмешательство.

Цель исследования. Продемонстрировать на клиническом примере трудности дифференциальной диагностики зернисто-клеточной опухоли и злокачественного новообразования молочной железы.

Материалы и методы. Приводится наблюдение пациентки с опухолью Абрикосова, которая диагностирована при комплексном обследовании, включающем лучевые методы исследования с интервенционными манипуляциями для последующей морфологической верификации. Иммуногистохимическое исследование проведено на иммуноштейнере Ventana BenchMark XT и антител к Ki-67, а также с применением антител к Cytokeratin (AE1\AE3), CD68, S100 (polyclonal).

Результаты исследования. Пациентка М., 37 лет, обратилась с жалобами на периодический дискомфорт в молочных железах. Заключение по результатам маммографии: категория BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System): справа – 3; слева — 5. Категория ACR (American College of Radiology): справа – 2; слева – 2. При ультразвуковом обследовании обеих молочных желез установлена картина двусторонней нерезко выраженной диффузной фиброзно-кистозной мастопатии, на фоне которой слева на границе верхних квадрантов в 7 см от соска, на глубине 11 мм визуализируется гипозоногенное образование с неровным нечетким контуром, размерами 10,5*8,4 мм, с инфильтрацией мягких тканей вокруг, в режиме ЭД с локусом артериального кровотока, в верхнем наружном квадранте, ближе к центральной зоне, визуализируются два рядом расположенные анэхогенных образования с ровным четким контуром размерами 20*11,8 мм, подмышечные лимфатические узлы патологически не изменены. Справа узловое образование не дифференцировалось.

Произведена ТАПБ-биопсия образования левой молочной железы под контролем УЗИ, материал отправлен на цитологическое исследование, по которому получен результат - Жир, эритроциты, единичные клетки кубического эпителия.

Заключение по данным комплексного обследования: D24 Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия на фоне жировой инволюции, не пальпируемое очаговое образование левой молочной железы, подозрение на ЗНО.

После, в виду невозможности проведения трепанбиопсии из-за малого размера образования, была проведена секторальная резекция левой молочной железы, материал направлен на гистологическое и иммуногистохимическое исследования.

В ткани молочной железы при гистологическом исследовании обнаружен рост опухоли солидно-трабекулярного и альвеолярного строения из крупных клеток с зернистой обильной цитоплазмой, с мелким ядром, без признаков атипии, ядрышки не определяются.

Было рекомендовано иммуногистохимическое исследование для уточнения гистологического типа опухоли.

В ходе иммуногистохимического исследования опухоли молочной железы, при которой обнаружена положительная реакция с антителами к S100 в виде диффузного выраженного ядерно-цитоплазматического окрашивания клеток опухоли. Данная реакция может подтвердить нейроэктодермальную дифференцировку новообразования ткани молочной железы. Также была обнаружена положительная реакция к антителу CD68, которая говорит о гистиоцитарном происхождении опухоли. К тому же, отрицательная реакция с антителами к Cytokeratin в виде отсутствия окрашивания опухолевых клеток сделала возможным исключить инвазивный рак молочной железы и косвенно подтвердила неэпителиальную (мезенхимальную) природу опухоли. Обнаружение отсутствия митозов при гистологическом исследовании и низкая пролиферативная активность опухоли Ki-67 (до 2%) являются важными подтверждениями доброкачественной природы образования и его низкого потенциала злокачественности.

На основе проведенного гистологического и иммуно-гистохимического исследований уточнен гистологический тип опухоли молочной железы — зернисто-клеточная опухоль (ICD-O 9580/0 Granular cell tumour NOS).

Выводы. Для дифференциальной диагностики опухоли Абрикосова и рака молочной железы лучевые методы исследования недостаточны. Ведущая роль в дифференциальной диагностике принадлежит морфологическому исследованию с обязательным иммуногистохимическим анализом полученного биологического материала. Постановка диагноза «зернисто-клеточная опухоль» на предоперационном этапе позволяет выполнить адекватный объем оперативного вмешательства и избежать калечащих операций.

МИЛАНСКАЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ МАТЕРИАЛА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТОНКОИГОЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ОБРАЗОВАНИЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ (MSRSGC)

Никитина А.О., Торопова Н.Е., Азова М.А., Трухова Л.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. До недавнего времени отчетность по образцам ТАБ образований слюнных желез в различных учреждениях мира была противоречивой, что приводило к диагностической путанице среди патологоанатомов и клиницистов. Появление унифицированной системы позволяет систематизировать полученные результаты. Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) является хорошо зарекомендовавшей себя процедурой диагностики и лечения поражений слюнных желез, несмотря на трудности, связанные с их разнообразием, сложностью и схожестью цитоморфологической картины при различных патологиях. В 2015 г. международная группа патологоанатомов инициировала разработку доказательной многоуровневой системы классификации образцов, полученных при ТАБ образований слюнных желез - Миланской системы отчетности по цитопатологии слюнных желез (MSRSGC).

Цель исследования: проанализировать миланскую цитологическую классификацию для оценки материала по результатам ТАБ образований слюнной железы.

Результаты исследования: MSRSGC состоит из 6 диагностических категорий, которые учитывают морфологическую гетерогенность и цитологическую схожесть при различных неопухолевых, доброкачественных и злокачественных поражениях слюнных желез.

I категория - недиагностический материал. Критерии адекватности цитологии слюнных желез в литературе определены недостаточно четко. Для определения адекватности образца необходимы как качественные, так и количественные аспекты. На адекватность аспирата пораженного участка слюнной железы могут влиять многие факторы, в том числе техника аспирационной биопсии, калибр иглы, используемой для ТАБ, характер поражения (солидное или кистозное), способ сохранения образца, наличие фоновой крови вследствие кровотечения.

II категория - неопухолевые изменения. Неопухолевые заболевания слюнных желез варьируют от различных форм воспаления до сиалоаденита и реактивно изменённых лимфатических узлов. Сиалоаденит является наиболее распространенным неопухолевым заболеванием и включает в себя острый или хронический сиалоаденит, а также гранулематозное воспаление. Хотя неопухолевые заболевания слюнных желез могут иногда имитировать новообразования, что приводит к ложноположительному диагнозу, наиболее проблематичным является возможность ложноотрицательного диагноза из-за неадекватного получения материала.

III категория - атипия неясного значения. В Миланской системе образцы ТАБ образований слюнных желез, в которых опухолевый процесс не может быть исключён, классифицируются как "атипия неопределённого значения". Категория позволит потенциально снизить количество ложноотрицательных диагнозов в категории "неопухолевые", а также уменьшить количество ложноположительных диагнозов в категории "опухолевые изменения". Образцы, классифицируемые как атипия неясного значения, обычно демонстрируют морфологическую схожесть между неопухолевыми и опухолевыми процессами.

IV категория - опухолевые поражения. Она подразделяется на две подкатегории: (A) доброкачественные новообразования и (B) новообразования слюнных желез с неопределённым злокачественным потенциалом (SUMP). К первой категории относятся распространенные доброкачественные новообразования,

диагностируемые с высокой специфичностью, такие как плеоморфная аденома и опухоль Уортина, а ко второй - опухоли, при которых дифференциация между доброкачественным и, обычно, низкоккачественным новообразованием невозможны из-за присущих им цитоморфологических особенностей или ограниченности цитологического материала.

V категория - новообразования с подозрением на наличие злокачественности. Цель выделения данной категории - сохранить высокую положительную прогностическую ценность ТАБ, классифицированной как "злокачественная", и в то же время предложить диагностический вариант с относительно высоким коэффициентом злокачественности для тех ТАБ, для которых цитоморфологические критерии не соответствуют количеству и/или качеству для постановки злокачественного диагноза.

VI категория - злокачественные новообразования. Злокачественные опухоли слюнных желез включают разнообразную группу первичных новообразований, поражающих как большие, так и малые слюнные железы. Кроме того, различные вторичные новообразования (например, метастатическая кожная плоскоклеточная карцинома) также могут поражать слюнные железы или лимфатические узлы, расположенные внутри или тесно связанные со слюнными железами. Некоторые низкоккачественные опухоли слюнных желез цитоморфологически совпадают со своими доброкачественными аналогами, многие из более распространенных первичных злокачественных будут иметь признаки, достаточно характерные для классификации как "злокачественные". Если образец признан злокачественным, следует попытаться провести его классификацию - определить гистогенез, поскольку это может повлиять на клиническое лечение.

Вывод: Применение разработанной унифицированной Миланской системы оценки материала ТАБ образований слюнной железы позволяет минимизировать ошибки на преаналитическом этапе, стандартизировать терминологию цитологического заключения и разработать общие требования к структуре его оформления. Результатом применения Миланской системы является улучшение коммуникации между цитопатологами и лечащими врачами, цитопатологами между собой в процессе обмена данными из разных лабораторий.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ И РФ С 2011Г. ПО 2021ГГ.

Никищечкин С.А, Печинина И.А., Леснова Е.И., Неретин Е.Ю.,
Логинова Ю.Г., Копылов А.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Рак предстательной железы является одним из наиболее распространенных злокачественных заболеваний у мужчин. В мире ежегодно диагностируют около 1,6 миллиона случаев РПЖ, а 366 тысяч мужчин ежегодно погибают от этой патологии. Именно с этим связан тот факт, что диагностике и лечению данной патологии в последнее время уделяется все больше внимания как за рубежом, так и в Российской Федерации.

Факторами риска развития РПЖ считают генетическую предрасположенность, возраст мужчины и особенности питания. Вероятность развития опухоли предстательной железы у мужчины, у которого один из ближайших родственников первой степени родства (отец или брат) болел РПЖ, выше в 1,8 раз, чем в популяции. Если болели двое родственников или более (отец и брат или оба брата), риск заболевания РПЖ возрастает в 5,51 и 7,71 раз соответственно. Также риск развития РПЖ повышается у мужчин, употребляющих большое количество жиров животного происхождения.

Цель исследования. Выявление трендов заболеваемости и показателей диагностики рака предстательной железы в Самарской области и РФ с 2011 по 2021гг.

Материалы и методы. Были построены динамические ряды стандартизованных показателей заболеваемости, доли 1-2 стадий. В качестве статистических методов использовались методы линейной и полиномиальной аппроксимации.

Результаты исследования.

Заболеваемость в РФ носит волнообразный характер, что описывается уравнением $y = 0,0039x^6 - 0,1385x^5 + 1,9328x^4 - 13,224x^3 + 45,602x^2 - 70,478x + 68,826$, коэффициент достоверности $R^2 = 0,8852$. В Самарской области отмечается аналогичная тенденция: заболеваемость описывается уравнением полиномиальной аппроксимации вида: $y = 0,0015x^6 - 0,0626x^5 + 1,0239x^4 - 7,9721x^3 + 29,498x^2 - 42,677x + 64,071$ $R^2 = 0,92$

Для дальнейшего анализа и выявления причин нами было изучена доля 1-2 стадий среди заболевших раком предстательной железы в Самарской области и РФ. Доля 1-2 стадий в Самарской области значительно выше, чем в РФ за исследуемый период. Также отмечается положительная тенденция выявления рака предстательной железы в РФ и Самарской области, которая описывается уравнением линейного тренда $y = 0,6118x + 59,738$ $R^2 = 0,3174$ и $y = 1,4491x + 46,405$ $R^2 = 0,9636$ соответственно.

Обсуждение полученных результатов. Следует отметить более высокие показатели заболеваемости в Самарской области за аналогичный исследуемый период, по сравнению с жителями Российской Федерации. Это объясняется большим процентом доли 1-2 стадий, а, следовательно, и лучшим выявлением рака предстательной железы, более качественным проведением вторичной профилактики. Следует отметить резкое снижение доли 1-2 стадий в период с 2019 по 2021 год, что объясняется эпидемиологической обстановкой в мире и РФ.

Выводы.

1. Заболеваемость в РФ и Самарской области носит волнообразный характер, который описывается уравнением полиномиальной аппроксимации с коэффициентом достоверности $R^2 = 0,8852$ и $R^2 = 0,92$ соответственно
2. Заболеваемость раком предстательной железы в Самарской области выше, чем в целом по РФ, это объясняется более высокими показателями доли 1-2 стадий
3. Как в Самарской области, так и в РФ отмечается положительная тенденция выявления рака предстательной железы на 1-2 стадий, что описывается уравнением линейного тренда с достоверностью $R^2 = 0,3174$ и $R^2 = 0,9636$ соответственно.

РАЗРАБОТКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКОГО ЭНДОПРОТЕЗА ПЯСТНО-ФАЛАНГОВОГО СУСТАВА

Николаенко А.Н., Иванов В.В., Дороганов С.О.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Проблема эндопротезирования пястно-фалангового сустава изучается с 60-х годов прошлого столетия, прошла тернистый путь эволюции, и на данный момент не существует единого мнения по поводу конструкции имплантов и материалов для их изготовления. В настоящее время прочно закрепилась тенденция к созданию и использованию анатомически адаптированных имплантов, что крайне актуально в хирургии мелких суставов кисти и стопы. Учитывая сложность анатомии и биомеханики кисти, частоту ранних послеоперационных осложнений после эндопротезирования (вывих компонентов эндопротеза, перелом ножки эндопротеза, перипротезный перелом фаланги или пястной кости), в основе разработки новых имплантов для суставов кисти должен лежать комплексный подход, включающий в себя полный цикл доклинических испытаний, который позволит минимизировать частоту осложнений и достичь оптимальных функциональных результатов.

Цель работы – разработать эндопротез пястно-фалангового сустава с помощью комплексного подхода и внедрить изделие в клиническую практику.

Материалы и методы. В период с 2017 по 2021 годы было проанализировано 34 пациента, обратившихся за помощью в Клиники Самарского государственного медицинского университета по поводу остеоартроза пястно-фалангового сустава. Средний возраст пациентов составил $47 \pm 2,65$ лет, из них 15 – женщины (44,2%) и 19 мужчин (55,8 %). Пациенты обращались за помощью с основными жалобами на боль и ограничение движений в ПФС.

Всем пациентам проведены сбор жалоб и клинический осмотр, проведение рентгенографии кисти в двух проекциях и компьютерная томография (КТ). Для анализа биомеханики здоровых и поражённых суставов выполнялась 3D-визуализация сканов КТ: оценивалась конгруэнтность суставных поверхностей, радиус кривизны, девиация пальцев при различных нозологических формах. Также в период исследования выполнена диссекция 36 кадаверных ПФС с целью детального изучения анатомии капсульно-связочного аппарата.

Для исследования анатомии и биомеханики здоровых и повреждённых ПФС использовали массив КТ-сканов в формате DICOM и выполняли 3D-моделирование с использованием полигонального моделирования, 3D-скульптинга, а также систем автоматизированного моделирования, разработанных в Институте инновационного развития СамГМУ. В процессе данного этапа исследования мы использовали программные комплексы ZBrush, Autodesk 3dsMax, в результате чего получали трёхмерные модели пястно-фаланговых суставов для дальнейшего проектирования эндопротеза нового конструктивного дизайна. Для моделирования критических ситуаций использования разработанного эндопротеза мы применили метод конечных элементов. Метод конечных элементов (МКЭ) – основной способ определения напряжённо-деформированного состояния различных конструкций. Работа МКЭ в данном исследовании проводилась с помощью программного комплекса Ansys – надёжного программного обеспечения по реализации МКЭ в машиностроении, инженерии, медицине. После построения всех необходимых моделей и их разбиения на конечные элементы проводилась серия расчётов, по результатам которых проводился анализ предельно допускаемых нагрузок и соответствующих запасов по прочности элементов импланта и костных тканей.

Заключение. В результате анализа доклинических исследований, полного цикла механических и токсикологических испытаний материала импланта, компьютерного моделирования был создан дизайн цельнокерамического несвязанного импланта. Итогом комплексной разработки эндопротеза пястно-фалангового сустава послужило получение регистрационного удостоверения, позволяющего реализовывать установку имплантов во всех лечебных учреждениях РФ и зарубежья. На данный момент разработанный эндопротез пястно-фалангового сустава был установлен 10 пациентам в нескольких лечебных учреждениях РФ, из которых 7 - мужчин, 3 – женщины с патологией пястно-фаланговых суставов обусловленных посттравматическим остеоартритом – 6, первично-эрозивным остеоартритом-2, РА в стадии ремиссии – 2. Предоперационные и послеоперационные данные учитывались по шкале DASH, VAS и общему объему движений в ПФС. Данные предоперационных измерений по DASH – $60,6 \pm 5,6$; боль по VAS $7 \pm 0,7$; объем сгибания – $23,4 \pm 6,6$; объем разгибания - $153 \pm 7,8$. Эндопротезирование выполнялось по разработанной нами хирургической технике с использованием специализированного набора инструментов, который поставляется в комплекте с имплантами. В раннем послеоперационном периоде проводились адекватное обезболивание, антибиотикопрофилактика, раннее начало активных и пассивных движений с учётом данных цифрового исследования критических состояний. Данные послеоперационных измерений по DASH – $37 \pm 4,1$; боль по VAS $3,5 \pm 0,8$; объем сгибания – 42 ± 11 ; объем разгибания - $175 \pm 4,3$. Инфекционно-септических явлений, а также осложнений, связанных с развитием критических состояний – вывих, перелом ножки эндопротеза, перипротезный перелом – выявлено не было. Субъективно все пациенты отмечали выраженное снижение болевого синдрома и готовность к ранней реабилитации оперированного сегмента.

Наше исследование показало успешный опыт внедрения в клиническую практику нового цельнокерамического анатомически адаптированного эндопротеза пястно-фалангового сустава.

**АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ВЫЕЗДНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОТДЕЛЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ
И В УЧРЕЖДЕНИЯХ Г.О.САМАРА И САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**
Окунева И.В., Золотарева Т.Г., Козлова О.А., Крестьянская А.Е.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность: Во второй половине XX века произошло принципиальное изменение причин смерти – на первый план вышли хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), к которым относятся болезни системы кровообращения (БСК), онкологические и хронические бронхолегочные заболевания, а также сахарный диабет. Каждый год в мире от ХНИЗ умирает 41 млн. человек, из которых 15 млн. – лица в возрасте от 30 до 69 лет, что составляет 71% всех случаев смерти. При этом экономический ущерб от этих заболеваний составляет около 3,6 трлн. рублей в год (около 4,2% ВВП). Структура смертности от ХНИЗ выглядит следующим образом: БСК – 46,8%; новообразования – 16,3%; болезни органов пищеварения – 5,2%; болезни органов дыхания – 3,3%.

Работающие составляют, половину мирового населения и вносят основной вклад в экономическое и социальное развитие. Их здоровье определяется не только теми рисками, которые присутствуют на рабочем месте, но и социальными и индивидуальными факторами, а также доступом к медико-санитарным услугам.

По данным Самарстата (данные 2021 года), население Самарской области - 56,8% - это граждане трудоспособного возраста. Распределение числа умерших в Самарской области в трудоспособном возрасте по полу и основным классам причин смерти выглядит следующим образом: уровень общей смертности мужчин трудоспособного возраста в Самарской области выше, чем женщин в 3,3 раза. Структура смертности мужчин: от внешних причин (несчастных случаев и отравлений) – 32%, от болезней системы кровообращения (БСК) – 18,9%, от новообразований – 9,4%. Структура смертности женщин: от внешних причин (несчастные случаи, травмы) – 22,9%, от новообразований – 16,4%, от болезней органов пищеварения – 12,3%. Наибольшее число потерянных лет потенциальной жизни обусловлено смертностью среди мужчин в возрасте до 60 лет. Сохраняющаяся высокая смертность мужчин трудоспособного возраста способствует формированию в скором будущем нехватки рабочей силы в стране, к росту среднего возраста работников.

Цель исследования: увеличение доли людей в Самарской области, информированных о факторах риска развития онкологических заболеваний и формирование приверженности здоровому образу жизни.

Материалы и метод. Отделением медицинской профилактики разработаны лекции для населения о факторах риска развития онкологических и других хронических неинфекционных заболеваний. В соответствии с графиком работы осуществляются выезды в организованные группы населения. Сравнительный анализ данных проводился на основании ежегодной официальной статистической отчетности, в том числе формы 30.

Результаты исследования. В рамках мероприятий первичной профилактики сотрудниками отделения медицинской профилактики ГБУЗ «Самарского областного клинического онкологического диспансера» осуществляются выездные мероприятия на предприятия и в учреждения г.о. Самара и Самарской области с целью профилактики онкологических заболеваний. В ходе данных выездных мероприятий проводится чтение лекций по профилактике онкологических заболеваний различных локализаций с показом презентаций и раздачей методической литературы. За период с 2018 по 2022 годы было проведено – 282 выездных мероприятия с количеством слушателей – 13349 человек.

На основании полученных данных можем сказать, что в период с 2018 по 2022 годы отмечаются следующие изменения: в 2019 году, по отношению к 2018 году, увеличилось количество выездных мероприятий на 19,1%, количество слушателей увеличилось на 28%. В

2020 году, в связи с началом пандемии в России и введением ограничительных мероприятий (самоизоляция, перевод сотрудников многих предприятий на дистанционный формат работы) по коронавирусной инфекции COVID-19, количество мероприятий снизилось на 66,2%, уменьшилось и количество слушателей на 68,8%. В 2021 году, по отношению к 2020 году, количество мероприятий увеличилось на 121,7%, количество слушателей увеличилось на 145,2%. В 2022 году количество мероприятий увеличилось на 156,5%, количество слушателей увеличилось на 171,2%. В 2021-2022 гг. показатель начинает выравниваться и приближаться к данным доковидного периода.

Для сохранения здоровья трудоспособного населения внедряются корпоративные программы укрепления здоровья на рабочем месте, как составная часть Национального проекта «Демография». Он предусматривает в Самарской области к 2024 году снижение смертности мужчин трудоспособного возраста на 25,3%, женщин трудоспособного возраста – на 9,2%, увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни до 60%.

Акценты в профилактических программах расставляются в зависимости от отрасли предприятия. Например, наиболее значимые факторы риска при работе в офисе – стрессы, как следствие напряженного рабочего процесса и ненормированного графика, недостаточная физическая активность при «сидячей» работе, инфекционные заболевания (грипп, ОРВИ), несбалансированное питание. В этом случае в приоритете следующие направления: ментальное здоровье, спортивные мероприятия, медицинская помощь, правильное питание и борьба с вредными привычками. Каждая корпоративная программа по-своему уникальна.

В настоящее время корпоративные программы укрепления здоровья реализуют на 27 предприятиях Самарской области. Еще в ряде организаций проводятся подготовительные работы по их внедрению. Данные программы позволяют оценить здоровье сотрудников, выявить факторы риска, а также проводить мониторинг их состояния и формировать навыки самоконтроля и ЗОЖ.

Выводы: за указанный период отмечается увеличение доли ранних форм онкологических заболеваний I-II стадии, числа пациентов, живущих 5 и более лет, и увеличение числа диспансерных больных.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 5 ЛЕТ Окунева И.В., Золотарева Т.Г., Козлова О.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность: рак молочной железы (РМЖ) – одна из наиболее значимых проблем онкологии. РМЖ занимает первое место среди всех онкологических заболеваний у женщин, особенно в возрастной группе старше 50 лет. Заболеваемость РМЖ неуклонно растет как в России, так и во всем мире в целом. Несмотря на достижения теоретической и практической медицины, в мире ежегодно выявляется более 1,2 млн. новых случаев РМЖ и регистрируется более 400 тысяч случаев смерти от данного заболевания.

Цель исследования: изучение динамики заболеваемости и смертности от РМЖ, возрастных особенностей пациентов за период 2018-2022 годы в Самарской области.

Материалы и метод. В работе представлены данные, полученные из формы федерального статистического наблюдения № 7, № 35 "Сведения о злокачественных новообразованиях" Самарской области. Для оценки качества медицинской помощи использовались показатели заболеваемости и смертности. Анализ показателей выполнен в период с 2018 по 2022 гг.

Результаты исследования. Проводя анализ динамики заболеваемости раком молочной железы в Самарской области в период с 2018 по 2022 гг., мы можем отметить, что в 2018 г. диагноз злокачественного новообразования (ЗНО) впервые был поставлен 13960 пациентам, из них диагноз РМЖ – 1640 пациентам (12% от числа впервые выявленных пациентов с диагнозом ЗНО). В 2022 г. впервые диагноз ЗНО был поставлен 13868 пациентам, из них диагноз РМЖ – 1683 пациентам (13% от числа впервые выявленных пациентов с диагнозом ЗНО). В анализируемый период показатель заболеваемости РМЖ держится примерно на одинаковых цифрах. При этом с 2018 по 2022 гг. отмечается небольшое увеличение числа больных в 2019 г. с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО суммарно по всем локализациям на 4%, а с диагнозом РМЖ – увеличение на 3%. А в 2021 году отмечается небольшое снижение числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО суммарно по всем локализациям на 11%, а с диагнозом РМЖ – увеличение на 7%.

Количество больных, состоящих на диспансерном учете с диагнозом ЗНО в 2018 г. – 94231 пациент, из них с диагнозом РМЖ – 17086 пациентов (19% от общего числа больных). В 2022 г. количество больных, состоящих на диспансерном учете с диагнозом ЗНО – 100844 пациента, а с диагнозом РМЖ – 19254 пациента (19% от общего числа больных). Таким образом, в период с 2018 по 2022 гг. количество больных, состоящих на диспансерном учете, с диагнозом ЗНО в целом прирост на 7%, а диагнозом РМЖ – на 13%.

Анализируя количество больных, состоящих на учете с диагнозом ЗНО, пять и более лет, выяснили, что в 2018 г. – 50343 пациента, а в 2022 г. – 58690 пациентов. Аналогичный показатель по диагнозу РМЖ: 2018 г. – 10435 пациенток (21%), в 2022 г. - 12461 пациентка (22%). Таким образом, в период с 2018 по 2022 гг. произошло увеличение по количеству больных состоящих на диспансерном учете 5 и более лет с диагнозом ЗНО в целом на 17%, а с диагнозом РМЖ на 20%.

Проводя анализ смертности, можно отметить, что с 2018 г. число умерших от ЗНО (из числа учтенных) составило – 5188 пациентов, из них с диагнозом РМЖ – 443 пациентки (9%), что составило от общего числа пациентов. В 2022 г. число умерших от ЗНО (из числа учтенных) составило – 5375 пациентов, из них с диагнозом РМЖ – 452 пациентки (9% от общего числа больных). Соответственно, за анализируемый период число умерших от всех локализаций ЗНО увеличилось на 4%, в то время, как с диагнозом РМЖ увеличилось на 2%. Важным показателем, определяющим прогноз заболевания, является его стадия. В 2018 г. в Самарской области, без выявленных посмертно, 1 стадия была диагностирована у 512

пациентов (29%), 2 стадия – 794 пациентов (45%), 3 стадия – 391 пациента (22%), 4 стадия – 96 пациентов (6%). В 2022 г. 1 стадия – 547 пациентов (29%), 2 стадия – 782 пациентов (42%), 3 стадия – 400 пациентов (22%), 4 стадия – 148 пациентов (8%).

Выводы. Проведенный анализ за 2018 – 2022 гг. свидетельствует о незначительном росте заболеваемости РМЖ, на 3%, при этом отмечается увеличение показателя смертности до 2%. Анализируя стадийность РМЖ, можно отметить, что и в 2018 г., и в 2022 г. преобладали пациенты с 1-2 стадиями заболевания, что улучшает прогноз у таких пациенток.

Разработанные на сегодня меры и методы профилактики РМЖ и технологии их внедрения в практическое здравоохранение имеет огромный потенциал для снижения заболеваемости и смертности от РМЖ, а также уменьшения немалых затрат на лечение.

Осуществление мер и действий по первичной профилактике РМЖ находится в сфере возможностей и компетенции, главным образом, самих женщин и врачей первичного звена системы здравоохранения. Ключевое значение для внедрения мер профилактики РМЖ в практическое здравоохранение имеют повышение санитарно-медицинской грамотности населения в отношении факторов риска и возможностей профилактики РМЖ, а также соответствующая профессиональная подготовка врачей первичного звена системы здравоохранения.

Профилактика РМЖ должна быть персонализированной с учетом индивидуальных показаний к различным мерам и методам первичной профилактики. В условиях отечественной системы здравоохранения меры и методы первичной профилактики ЗО, включая РМЖ, наиболее полноценно могут осуществляться в рамках и по программе диспансеризации населения.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 5 ЛЕТ

Окунева И.В., Золотарева Т.Г., Козлова О.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность: в последние несколько лет рак шейки матки (РШМ) является одной из важнейших проблем здравоохранения многих стран, так как опухоль занимает лидирующую позицию среди заболеваний органов репродуктивной системы у женщин.

В Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) рак шейки матки ежегодно диагностируется более чем у 66 000 женщин и более 30 000 женщин ежегодно умирают от этого предотвратимого заболевания. Рак шейки матки – сложное заболевание с тяжелыми последствиями, от которого в основном страдают женщины в возрасте 45–60 лет, но также и женщины более молодого возраста.

В 2021 году в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 580 415 случаев злокачественных новообразований (в том числе 315 376 у пациентов женского пола). В структуре онкологической заболеваемости у женщин в 2021 году диагноз рак шейки матки (РШМ) занимал 5 место. Абсолютное число впервые в жизни установленного диагноза рака шейки матки в России в 2021 году – 15364 женщины. Средний возраст больных с впервые в жизни установленным диагнозом РШМ в России в 2021 году 52,6 года. Несмотря на визуальную локализацию опухоли и наличие современных возможностей для ее ранней диагностики и скрининга, более 40% злокачественных новообразований шейки матки диагностируются на III- IV стадиях, что негативно отражается на результатах лечения, качестве жизни и выживаемости больных.

Цель исследования: изучение динамики заболеваемости и смертности от РШМ, возрастных особенностей пациентов за период 2018-2022 годы в Самарской области.

Материалы и метод. В работе представлены данные, полученные из формы федерального статистического наблюдения № 7, № 35 "Сведения о злокачественных новообразованиях" Самарской области. Анализировались показатели: впервые выявленных ЗНО, число диспансерных больных, число больных, состоящих на диспансерном учете 5 и более лет, число умерших больных от ЗНО (из числа учтенных), число пациенток с I-II стадиями.

Результаты исследования. Проводя анализ динамики заболеваемости раком РШМ в Самарской области в период с 2018 по 2022 гг. мы можем отметить, что в 2018 г. впервые диагноз ЗНО был поставлен 13960 пациентам, из них диагнозом РШМ – у 357 пациентки (2,5% от числа впервые выявленных пациентов с диагнозом ЗНО). В 2022 году впервые диагноз ЗНО был поставлен 13868 пациентам, из них с диагнозом РШМ – 402 пациентки (2,9% от числа впервые выявленных пациентов с диагнозом ЗНО). В период с 2018 по 2022 годы произошло снижение числа пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО на 0,65%, а с диагнозом РШМ увеличение числа пациенток с диагнозом РШМ на 12,6%.

Количество больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года с диагнозом ЗНО в 2018 г.- 94231 пациент, из них с диагнозом РШМ – 3440 пациенток (3,6% от общего числа больных). В 2022 г. количество больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года с диагнозом ЗНО – 100844 пациент, а диагнозом РШМ – 3949 пациенток (3,9% от общего числа больных). Соответственно, в период с 2018 по 2022 гг. произошло увеличение количества больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года с диагнозом ЗНО - на 7%, а с диагнозом РШМ – на 12,9%.

В 2018 г. число больных, состоящих на учете с момента установки диагноза 5 и более лет с диагнозом ЗНО – 50343 пациента, из них с диагнозом РШМ – 2335 пациенток (4,6% от общего числа пациентов). В 2022 г. число больных, состоящих на учете с момента установки диагноза 5 и более лет с диагнозом ЗНО – 58690 пациентов, из них с диагнозом РШМ – 2600

пациенток (4,4% от общего числа пациентов). Соответственно, в период с 2018 по 2022 гг. произошло увеличение количества больных состоящих на учете с момента установки диагноза 5 и более лет с диагнозом ЗНО на 16,5%, из них с диагнозом РШМ – на 11,3%.

Проводя анализ смертности, можно отметить, что в 2018 г. число умерших от ЗНО (из числа учтенных) составило – 5188 пациентов, из них с диагнозом РШМ – 103 пациентки (2% от общего числа больных). В 2022 г. число умерших от ЗНО (из числа учтенных) составило – 5375 пациентов, из них с диагнозом РШМ – 140 пациенток (2,6% от общего числа больных).

Важным показателем, определяющим прогноз заболевания, является его стадия. В 2018 г. в Самарской области 1 и 2 стадии были диагностированы у 279 пациенток (75%) больных РШМ, стадия 3 и 4 – у 25% пациенток. В 2022 г. 1 и 2 стадии – 77,5%, стадия 3 и 4 – у 22,5% пациенток.

Выводы. В период с 2018 по 2022 гг. отмечается рост числа пациенток с диагнозом РШМ - на 12,6%, и увеличение числа умерших пациенток от РШМ на 35,9%. Также с 2018 по 2022 гг., произошло увеличение количества больных состоящих на учете с момента установки диагноза 5 и более лет с диагнозом ЗНО на 16,5%, из них с диагнозом РШМ – на 11,3%.

В 2018 г. стадии 1-2 зарегистрированы в 75% случаев, а в 2022 г. стадии 1-2 зарегистрированы в 77,5% случаев. Проведенный анализ свидетельствует о четкой тенденции к росту заболеваемости РШМ и может быть обусловлен как реальным увеличением частоты данной патологии, так и улучшением качества диагностики, совершенствованием статистического учета в Самарской области.

Достигнутый в ряде развитых стран прогресс в борьбе со ЗНО шейки матки, связан прежде всего, с ростом осведомленности населения о ранних симптомах рака, общими достижениями практической медицины, включая высококвалифицированную помощь и реализацию скрининговых программ. В настоящее время усилия онкологов сконцентрированы в основном на повышении эффективности лечения, однако очевидна настоятельная необходимость изменения стратегии и внедрения программ профилактики, в том числе вакцинации.

**ОПЫТ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
РАКОМ ЖЕЛУДКА НА БАЗЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ СОКОД
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Каганов О.И., Козлов А.М.,
Швец Д.С., Миколенко Н.И.**

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. По данным Международного агентства по изучению рака (International Agency for Research on Cancer) в мире ежегодно регистрируется 952 тыс. случаев рака желудка (РЖ) и 723,1 тыс. смертей. Всего в Российской Федерации в 2022 году выявлено 28806 больных, IV стадия выявлена у 40%. В Самарской области в 2022 году рак желудка выявлен у 153 пациентов, IV стадия диагностирована у 38,9%. Особенности клинической картины РЖ – длительное скрытое течение и сходство с клиникой хронического гастрита, язвенной болезни могут стать причиной поздней диагностики заболевания. У большинства больных манифестацией заболевания является опухолевое кровотечение, синдром стеноза выходного отдела желудка. Одной из причин отсутствия значимого прогресса в улучшении результатов хирургического лечения является наличие у больных субклинических гематогенных и лимфогенных метастазов уже к моменту установления первичного диагноза. В связи с этим использование только хирургического вмешательства при РЖ является недостаточным и требует разработки системных методов противоопухолевого лечения. Целесообразность применения неоадьювантной химиотерапии (ХТ) в комбинации FLOT при резектабельном РЖ показана в ряде рандомизированных международных исследований и по источникам разных авторов увеличивает 5-летнюю выживаемость на 25 %.

Цель работы. Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения РЖ с применением неоадьювантной химиотерапии и без неё в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере за последние 5 лет.

Материал и методы . Изучены результаты лечения 692 больных раком желудка, оперированных в отделении абдоминальной онкологии ГБУЗ СОКОД с 2018 года по 2023 год. Радикальная операция первым этапом лечения с последующей адьювантной полихимиотерапией выполнена 623 больным первой группы. Во вторую группу включены 69 пациентов, которым выполнена неоадьювантная полихимиотерапия первым этапом лечения с последующей радикальной операцией (с 2021 года). В дальнейшем нашей командой проводились наблюдение и анализ отдаленных результатов. В исследование вошли пациенты соответствующие следующим критериям: больные с диагнозом рак желудка с 2018 по 2023 год, распространенность опухолевого процесса – cT \geq 2NлюбоеM0 I-III стадии по системе TNM, гистологическая форма опухоли – аденокарцинома (G1-3), недифференцированный рак, нейроэндокринный рак, перстневидно-клеточный рак, больные с выполненной радикальной операцией.

Результаты и обсуждение. Радикальная операция первым этапом лечения с последующей адьювантной полихимиотерапией выполнена 623 больным первой группы. Больным данной группы выполнялись: дистальная субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией в объёме D2, гастрэктомия с лимфодиссекцией в объёме D2. Основными послеоперационными осложнениями у данной категории пациентов были: несостоятельность швов анастомоза 11 (1,7%), воспалительные изменения послеоперационного шва и передней брюшной стенки 3 (0,48%), абсцесс брюшной полости 7 (1,12%), острый послеоперационный панкреатит 15 (2,4%), тромботические и тромбоэмболические осложнения 12 (1,9%), внутрибольничная пневмония 12 (1,9%). Летальность в данной категории больных составила 32 (5,1%).

Неoadьювантная полихимиотерапия первым этапом лечения с последующей радикальной операцией проводится с 2021 года и была выполнена 69 пациентам, которых мы включили во вторую группу. Тактика лечения пациентов данной группы:

1 этап: Диагностическая лапароскопия с хирургическим стадированием заболевания 2 этап: Неoadьювантная полихимиотерапия в режиме FLOT: Доцетаксел 50 мг/м² в/в капельно в день 1 + Оксалиплатин 85 мг/м² в день 1 + Кальция фолинат 200 мг/м² 2-часа в/в инфузия в день 1 + фторурацил 2600 мг/м² x в/в инфузия 24-часа (допустима инфузия той же суммарной дозы фторурацила в течение 48 часов) в день 1. Повтор каждые 2 недели. 3 этап: Радикальное хирургическое лечение.

Из нежелательных явлений наиболее часто наблюдались лейкоцитопения (III-IV ст.) у 8 (11,5%) больных, тромбоцитопения (III-IV ст.) у 1 пациента (1,5%), гастроинтестинальная токсичность I-II степени 38 (55%), тромботические осложнения (тромбозы вен нижних конечностей, тромбозы вен в которые проводилась инфузия препаратов, ТЭЛУ) у 1 (1,5%) больного, периферическая нейропатия I-II степени проявилась у 1 (1,5%) больного. Всего выявлено 49 осложнений, что составляет 71 %. Во всех случаях токсические реакции, возникшие в процессе химиотерапии, не требовали отмены или перерыва в лечении, редукции первоначальной дозы цитостатиков и купировались назначением стандартной симптоматической терапии. При оценке объективного ответа опухоли на предоперационную химиотерапию установлено, что частичная регрессия опухоли выявлена у 20 (80 %) больных, в 5 (20 %) случаях зарегистрирована стабилизация процесса.

Случаев полной морфологической регрессии и прогрессирования опухолевого процесса не наблюдалось. Хирургический этап комбинированного лечения у всех больных осуществлен в запланированные сроки после завершения 6 курсов НАПХТ. Во всех случаях оперативное вмешательство осуществлено в радикальном объеме (R0) дистальная субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией в объеме D2 у 24 (47,83%) больных, гастрэктомия с лимфодиссекцией в объеме D2 у 36 (52,17%) пациентов. В раннем послеоперационном периоде осложнений III степени и выше по шкале Clavien–Dindo, а также летальных исходов не наблюдалось. Наиболее часто наблюдались осложнения: воспалительные изменения послеоперационного шва и передней брюшной стенки 1 (1,4%), острый послеоперационный панкреатит 2 (2,9%), тромботические и тромбоэмболические осложнения 1(1,4%), внутрибольничная пневмония 3 (4,3%). Все больные, включенные в исследование, выписаны из стационара на 14-16-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии, при дальнейшем динамическом наблюдении больных второй группы с 201 года по настоящее время случаев прогрессирования не отмечено.

Выводы. Полученные результаты позволяют положительно оценить влияние тотальной неoadьювантной химиотерапии по схеме FLOT у больных резектабельным раком желудка на 1-летнюю выживаемость больных. Режим FLOT обладает умеренно контролируемой токсичностью и не оказывает отрицательного влияния на течение периоперационного периода. Учитывая относительно недавнее внедрение методики и небольшое количество пациентов, прошедших через неё, нами планируется продолжение набора клинического материала с последующей оценкой результатов комбинированного лечения.

ХИРУРГИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ПЯТЬ ЛЕТ НАШЕЙ РАБОТЫ

Орлов А.Е., Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Швец Д.С., Козлов А.М.,
Миколенко Н.И., Киркиж В.С.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак поджелудочной железы – злокачественная опухоль, исходящая из эпителия поджелудочной железы. РПЖ остается нерешенной проблемой медицины, несмотря на современные достижения хирургии. Согласно мировой статистике распространенность РПЖ составляет 10,4 случая на 100 тыс. населения у мужчин и 7,1 на 100 тыс. у женщин. В Российской Федерации в 2022 году выявлено 15055 пациентов с раком поджелудочной железы, из них III стадия -16,9%, IV стадия -58,2%. Смертность на первом году жизни с момента установления диагноза составила 65,1%. Всего 1856 пациентов подверглись радикальному оперативному лечению. Особенности клинической картины РПЖ – длительное скрытое течение и сходство с клиникой хронического панкреатита могут стать причиной поздней диагностики заболевания. На момент верификации диагноза 80–85 % больных уже нерезектабельны в связи с местным или отдаленным распространением опухолевого процесса.

Цель работы. Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения РПЖ в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере за последние 5 лет.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 236 больных РПЖ, оперированных в отделении абдоминальной онкологии ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» с 2018 года по 2023 год. Верификация онкологического процесса на догоспитальном этапе была получена у 36 (15,2%) пациентов. Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) выполнена 43 (18,22 %) пациентам, дистальная резекция ПЖ со спленэктомией (ДРПЖ) - 40 (31,9 %). В 1 (0,42 %) случае произведена тотальная панкреатодуоденэктомия со спленэктомией (ТПДЭ) по поводу мультифокального рака головки, тела и хвоста ПЖ. IA стадия наблюдалась у 23 (9,74%) пациентов, IB у 14 (5,89%), IIA у 30 (12,71%), IIB у 30 (12,71%), III стадия выявлена у 55 (23,30%) больных, по итогу лечения IV стадия установлена 84 (35,59%) пациентов. Средний возраст больных составил 62,2 года. Общая выживаемость во всей группе больных составила 20 месяцев.

Результаты и обсуждение. Первично-нерезектабельными были признаны 76(32,2%)больных, 12 из которых получали неоадьювантную химиотерапию по схеме FOLFIRINOX, были радикально прооперированы в соответствующем объёме. Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) выполнена 43 (18,22 %) пациентам, дистальная резекция ПЖ со спленэктомией (ДРПЖ) — 40 (31,9 %). В 1 (0,42 %) случае произведена тотальная панкреатодуоденэктомия со спленэктомией (ТПДЭ) по поводу мультифокального рака головки, тела и хвоста ПЖ. Комбинированные операции были выполнены у 12(5,08%) пациентов: расширенно-комбинированная гастропанкреатодуоденальная резекция с резекцией верхней брыжеечной вены у 3 (1,27%) больных, расширенно-комбинированная гастропанкреатодуоденальная резекция с резекцией воротной вены у 1 (0,42%) пациента (0,42%), 2(0,84%) больным была выполнена расширенно-комбинированная дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы с резекцией верхней брыжеечной вены, расширенно-комбинированная гастропанкреатодуоденальная резекция с резекцией и протезированием верхней брыжеечной вены 3 (1,27%) больным, у 2 (0,84%) пациентов произведена расширенно-комбинированная дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы с дистальной субтотальной резекцией желудка, 1 (0,42%) пациентке выполнена расширенно-комбинированная дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы с резекцией селезёночного изгиба ободочной кишки. При неоперабельных и нерезектабельных процессах производились паллиативные операции:

формирование холецистоэнтероанстомоза гастроэнтероанастомозом с межпетельным соустьем по Брауну -30(12,71%) пациентов, гастроэнтероанастомоза с межпетельным соустьем по Брауну- 20 (8,47%) больных, диагностическая лапаротомия, биопсия опухоли-75(31,77%), диагностическая лапароскопия- 3 (12,7%). Гистологические формы РПЖ: Аденокарцинома кишечного типа 11 (4,66%), протоковая аденокарцинома 189 (80,08%), муцинопродукующая аденокарцинома 2 (0,84%), нейроэндокринная карцинома 32(13,55%), недифференцированный рак 2 (0,84%), инвазивная муцинозная цистаденокарцинома 7 (2,96%). После ГПДР осложнения развились у 15 (34,38 %) пациентов, умерли 9 (20,93 %) больных. У 8 (18,6%) пациентов развилась панкреатическая фистула класс С, асептический жировой панкреонекроз наблюдался 2(4,65%) случаях, у 2 (4,65%) пациентов наблюдался подпеченочный абсцесс. В 5 (11.62%) случаях причиной смерти явилась несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза на фоне очагового панкреонекроза культи, с развитием разлитого перитонита, так называемая панкреатическая фистула класс С, в 4 (9.03%) случаях смерть наступила в результате сердечно-лёгочной недостаточности, которая явилась следствием тромбоэмболии лёгочной артерии. Показатели выживаемости больных варьируют в зависимости от стадии опухолевого процесса: IA стадия: 1-летняя выживаемость-50,98%, 5-летняя выживаемость – 17,64% IB стадия: 1-летняя выживаемость-44,26%, 5-летняя выживаемость – 4,91% ПА стадия: 1-летняя выживаемость-44,26%, 5-летняя выживаемость – 3,81% ПВ стадия: 1-летняя выживаемость-36,48%, 5-летняя выживаемость – 4,05% III стадия: 1-летняя выживаемость-20,53%, 5-летняя выживаемость – 2,67% IV стадия: 1-летняя выживаемость-25,59%, 5-летняя выживаемость – 1,18%

Так же считаем важным произвести оценку выживаемости в зависимости от выполненной операции: ГПДР: 1-летняя выживаемость-67,44%, 5-летняя выживаемость – 20,93%, ДРПЖ: 1-летняя выживаемость-77,5%, 5-летняя выживаемость – 17,5%, Паллиативные операции: 1-летняя выживаемость-22,2%, 5-летняя выживаемость – 2,77%, Диагностические операции: 1-летняя выживаемость-17,8%, 5-летняя выживаемость – 3,57%.

Выводы. Результаты ГПДР характеризуются значительной частотой послеоперационных осложнений 34,38 %, при высоком показателе послеоперационной летальности 20,93 %. Наиболее частым осложнением и основной причиной летальности является гнойно-септические осложнения: панкреатические фистулы класса С, послеоперационный жировой панкреонекроз, абсцессы брюшной полости. При выполнении дистальной субтотальной резекции поджелудочной железы послеоперационные осложнения наблюдались реже, чем при ГПДР 12,8 %, при этом летальных исходов не наблюдалось. Отдаленные результаты лечения РПЖ в целом являются неудовлетворительными. Особенно низкие показатели выживаемости пациентов наблюдаются при III и IV стадии, где однолетний порог перешагнули 20,53% и 25,59% соответственно. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения РПЖ свидетельствуют о необходимости разработки более эффективных методов комплексного лечения.

ПЕРВИЧНО МНОЖЕСТВЕННЫЙ РАК. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ И ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Орлов А.Е., Каганов О.И., Якимова А.Ю., Хуснутдинова В.П., Борисов А.П.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: первично множественные злокачественные опухоли (ПМЗО) – одна из наиболее сложных, интересных и наименее изученных тем в онкологии, заболеваемость в мире ежегодно растет. Острой остаётся проблема, недостаточной осведомлённости врачей, в том числе, первичного звена, о случаях множественного опухолевого поражения, что часто становится причиной недостаточного диспансерного мониторинга пациентов.

Цель исследования: проанализировать последние данные по диагностике и лечению первично - множественного синхронного рака (ПМСР) молочной железы и рака щитовидной железы в Самарской области.

Материалы и метод. Материалом исследования явились данные Самарского областного онкологического диспансера за период за 2013 по апрель 2023 года. За этот период выявлено 80 случаев первично множественного рака (ПМР) молочной железы и рака щитовидной железы. Полученные данные были подвергнуты статистическому анализу.

Результаты исследования. Был проведен анализ 50 случаев первично-множественного рака молочной железы и рака щитовидной железы. Стоит отметить, что у 12 пациенток наблюдался первично множественно синхронный рак данных локализаций. Средний возраст исследуемых женщин составил 54,5 лет. При анализе анамнеза заболевания пациенток, у большинства из них впервые был диагностирован рак молочной железы, у 8 сначала был выявлен рак щитовидной железы. При анализе иммуногистохимического исследования (ИГХ), выявлено следующее: у 13 пациенток наблюдался люминальный «А» молекулярный подтип рака молочной железы (РМЖ), у 10 женщин- люминальный «В». Тройной негативный молекулярный подтип РМЖ наблюдался у 5 пациентки. «HER-положительный» наблюдался у трех пациенток. Смешанным подтип рака молочной железы наблюдался у 6 пациенток. Важным стоит отметить, что у 13 пациенток оценка иммуногистохимического профиля не проводилась. При гистологической верификации послеоперационного материала щитовидной железы: у 43 пациенток наблюдается папиллярный рак щитовидной железы, а у 7 фолликулярный подтип.

При хирургическом лечении рака молочной железы 43 пациенткам проведена радикальная мастэктомия по Маддену, 5 пациенткам проведена радикальная резекция молочной железы (две пациентки, в связи со стадией заболевания и распространённостью процесса, получали химиотерапевтическое лечение). При хирургическом лечении рака щитовидной железы: 4 пациенткам была выполнена экстирпация щитовидной железы с центральной лимфодиссекцией и селективная лимфодиссекция шеи.

Выводы: требуется разработка тактико-диагностических алгоритмов обследования после излечения от первичной опухоли не только с учетом возможного метастазирования, но и с учетом рисков возникновения вторых локализаций злокачественных опухолей.

ПРОГРАММА УЧЕТА И ОБРАБОТКИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ СОБЫТИЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПОСТОЯННОГО УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Орлов А.Е., Прошина О.А., Подусова Т.Н., Вакулич Е.А.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Постоянное улучшение деятельности организации регламентируется стандартом по качеству ISO 9001 (п.10.3): «Организация должна постоянно улучшать пригодность, адекватность и результативность системы менеджмента качества».

Для ГБУЗ СОКОД нацеленность на постоянное улучшение качества и безопасности медицинской деятельности свойственна как зрелой организации, зафиксирована в стратегических целях и рассматривается как базовый ориентир стратегического развития.

Материал и методы. Ежегодные аудиты на соответствие ISO 9001 подтверждают результативность системы менеджмента качества (далее – СМК) и дают уверенность устойчивого развития системы управления диспансером и повышения качества оказания медицинских услуг.

Для реализации процесса постоянного улучшения качества и безопасности медицинской деятельности используется базовая система технологий и инструментов качества. Применение технологий и инструментов качества характеризует комплексность подхода, универсальность и единообразие регламентов использования. В качестве ключевых инструментов определены цикл Деминга, внутренние аудиты, управление нежелательными событиями (инцидентами), управление рисками деятельности.

Цикл Деминга (цикл PDCA) - это повторяющееся выполнение четырех этапов (планирование, выполнение, проверка результативности, действие), направленное на постоянное совершенствование деятельности. Применение цикла возможно к любому виду деятельности, включая процесс совершенствования инструментов качества.

Внутренние аудиты направлены на выявление, сбор и представление информации о наличии несоответствий и нежелательных событий. Выявленные несоответствия и нежелательные события являются входной информацией для выполнения цикла Деминга.

Управление несоответствиями, нежелательными событиями (инцидентами) и рисками деятельности относятся к технологиям, непосредственно ориентированным на постоянное улучшение качества и безопасности медицинской деятельности за счет снижения количества нежелательных событий, предупреждения причин их появления.

Нежелательное событие, инцидент - это незапланированное событие, не являющееся частью нормального функционирования деятельности, которое влияет или может повлиять на снижение качества оказываемых услуг, может привести к нежелательному исходу. В медицине «медицинское нежелательное событие» трактуется как возникающее при оказании медицинской помощи в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, с использованием медицинских технологий, оборудования и инструментов отклонение от нормального функционирования организма, которое может нанести вред жизни и здоровью пациента.

Несоответствие – это невыполнение установленного требования, которое определено, например, в документированной информации. Факт появления несоответствия является нежелательным событием.

С учетом сказанного, термин «нежелательное событие» рассматривается как обобщающий для терминов «нежелательное событие» и «несоответствие».

Управление нежелательными событиями и управление рисками регламентировано стандартом по качеству ISO 9001. Процедуры управления нежелательными событиями и рисками идеологически связаны друг с другом направленностью на снижение уровня

нежелательных событий. При этом управление нежелательными событиями и рисками образуют различные информационные контуры во времени.

Управление нежелательными событиями ориентировано на оперативную работу по устранению (минимизации) причин возникновения нежелательных событий. Управление рисками направлено на предупреждение повторения происшедших нежелательных событий в среднесрочной перспективе. Кроме того в процессе управления рисками выявляется картина распределения нежелательных событий по величине риска, что дает возможность выстраивать стратегические действия по управлению рисками целенаправленно с учетом эффективности затрат на корректирующие мероприятия.

Для управления нежелательными событиями и управления рисками требуется выполнение значительного объема сходных управленческих операций, в том числе включающих анализ причин нежелательных событий, разработку корректирующих мероприятий и контроль их выполнения и результативности.

Результаты исследования. Важную роль в достижении результативности мероприятий по управлению нежелательными событиями и управлению рисками играет информационная поддержка. Первоначально управление нежелательными событиями осуществлялось в ручном режиме, с использованием извещений в бумажном варианте и обработкой информации в формате Excel. Учитывая требования стандарта ISO 9001 область наблюдения за нежелательными событиями охватывала все направления деятельности диспансера. В этой связи количество информационного материала было существенным. При этом были выявлены следующие недостатки:

- 1) описание несоответствия и его причины возникновения не было унифицировано и предоставлялись в произвольной форме, что привело к многообразию описаний одного и того же нежелательного события;
- 2) подача информации о нежелательных событиях осуществлялась с запаздыванием, несвоевременно;
- 3) затруднено проведение качественной статистической обработки нежелательных событий;
- 4) затруднено принятие общих корректирующих мероприятий для группы отделений;
- 5) результативность корректирующих мероприятий трудно проверяется.
- 6) формирование корректирующих мероприятий было отнесено в медицинские подразделения и часто осуществлялось достаточно формально ввиду различных причин (недостаточная компетентность, отсутствие ресурса, непонимание терминов, перекладывание ответственности на средний медицинский персонал и врачей).

Накопленный опыт с учетом анализа недостатков в процессе управления нежелательными событиями, с учетом требований приказа МЗ РФ от 31.07.2020 №785н привели к формированию предложений по улучшению процедуры управления нежелательными событиями:

- 1) разработать унифицированные справочники описания информации о нежелательных событиях;
- 2) разработать информационную систему для регистрации и обработки информации о нежелательных событиях (исключить бумажный вариант);
- 3) предусмотреть выдачу информации о нежелательных событиях из информационной системы в виде табличных и графических зависимостей;
- 4) проводить первичный анализ причин нежелательного события в подразделениях диспансера;
- 5) осуществлять разработку корректирующих мероприятий для устранения причин нежелательных событий и мониторингу их выполнения централизованно - ответственными лицами по направлениям внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Разработка информационной системы «Программа учета и обработки нежелательных событий (инцидентов)» велась в несколько этапов на основе систематизации и актуализации накопленного опыта. Были разработаны справочники для унификации информации о нежелательном событии, расширен список участников нежелательного события (ранее предполагалось указывать только пациента), добавлены поля «Вид медицинского вмешательства», «Степень последствий нежелательного события».

Центральным местом при упорядочении информации о нежелательных событиях является унификация перечня категорий и видов нежелательных событий, специфичных для медицинской организации онкологического профиля. При подготовке перечней категорий, видов и причин нежелательных событий проанализированы требования нормативных актов по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также проведена аналитическая обработка накопленного статистического материала за пятилетний период. В перечне категорий учтены как нежелательные события чисто медицинского свойства, так и организационного, технического плана.

С помощью аналогичной обработки перечня причин нежелательных событий, выявленных в подразделениях в предыдущие годы, выполнена унификация и перечня причин.

Созданная Программа учета и обработки нежелательных событий доступна на рабочих местах пользователей в режиме 24/7/365. При вводе информации оператор пользуется типовыми справочниками, размещенными во всплывающих окнах. Кроме того, предусмотрено добавление документа в текстовом формате, если есть необходимость передать какую-либо дополнительную уточняющую информацию по нежелательному событию.

Заполнение базы проводится персоналом ежедневно. Источником информации о нежелательном событии может быть любой сотрудник диспансера, в том числе внутренние аудиторы, ответственные за работу с обращениями граждан и по анкетированию пациентов, вспомогательные службы (эпидемиолог, фармаколог), руководители верхнего уровня. Для проведения первичного анализа причин нежелательного события руководитель подразделения, в котором выявлено данное событие, привлекает причастных лиц по своему усмотрению.

Накопленный объем информации подвергается сортировке в автоматическом режиме, и может выдаваться в виде табличных и графических форм за заданный промежуток времени, в разрезе подразделений, в разрезе категорий и видов нежелательных событий.

Заключительный этап работы с нежелательными событиями - анализ комплексной информации, разработка корректирующих мероприятий, мониторинг их выполнения и оценка результативности.

Ответственные лица за реализацию мероприятий по основным направлениям внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности обобщают комплексную информацию о выявленных нежелательных событиях, анализируют ее с точки зрения достоверности и объективности, разрабатывают корректирующие мероприятия и оказывают поддержку персоналу, непосредственно участвующему в реализации корректирующих мероприятий.

Персонал Службы качества координирует действия ответственных лиц, осуществляет контроль результативности корректирующих мероприятий, в том числе путем проведения целевых аудитов.

Обсуждения и выводы. Процесс постоянного улучшения качества и безопасности медицинской деятельности представляет собой комплекс мероприятий, включающий согласованные управленческие действия высшего руководства и персонала. Важным фактором является наличие информационной поддержки, позволяющей вести управление на основе достоверных фактов. Возможности Программы позволяют вывести на более высокий уровень процесс управления нежелательными событиями за счет увеличения объема анализируемой информации, удобства использования результатов в табличной и графической форме. Кроме того, более высокое качество информации о нежелательных событиях позволяет улучшить также качество управления рисками диспансера.

ОПЫТ РАБОТЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ КОМАНДЫ ГБУЗ СОКОД НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА I И II -М ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Орлов А.Е., Сивохина Т.А., Вдовина И.А., Золотарева Т.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Согласно Приказу МЗ РФ № 788н от 31.07.2020 г. медицинская реабилитация на всех этапах осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой (МДРК). С февраля 2022г. отделение реабилитации ГБУЗ СОКОД преобразовано в три отделения: отделение ранней медицинской реабилитации, стационарное и амбулаторное отделения медицинской реабилитации, образующие единый методический центр в структуре лечебных учреждений города и области по восстановительному лечению онкологических больных, в том числе больных раком молочной железы.

Цель: оценить преимущества работы МДРК на I и II этапах медицинской реабилитации больных раком молочной железы (РМЖ) в условиях специализированного хирургического стационара ГБУЗ СОКОД.

Материалы и методы. В 2020-23 гг. на базе отделений медицинской реабилитации в ГБУЗ СОКОД пролечено 20 016 женщин с РМЖ 1-3Б ст. На I и II этапах реабилитацию получили 316 пациенток. Осложнениями оперативного лечения явились: болевой синдром, тугоподвижность плечевого сустава на стороне операции, плексопатия, лимфорея, психологическая дезадаптация, тревога и депрессия. В состав МДРК входили специалисты: лечащий врач (хирург-онколог), врач физической и реабилитационной медицины, врач по лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, медицинский психолог, инструктор по лечебной физкультуре, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по физиотерапии.

Медицинская реабилитация на всех этапах лечения происходила согласно: оценки реабилитационного статуса пациента и его динамики; установления реабилитационного диагноза (на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья) и его изменения в процессе реабилитации; оценки реабилитационного потенциала; формирования цели, задач, факторов риска проведения и ограничения реабилитационных мероприятий; индивидуального плана медицинской реабилитации; оценки эффективности мероприятий; реабилитационного эпикриза, оценки по шкале реабилитационной маршрутизации, рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента.

Результаты исследования. В результате лечения число больных, выписанных с положительной динамикой и высоким реабилитационным потенциалом, за отчетный период составило в среднем 85-90% от общего числа пациентов. Преобладающее число больных закончили лечение со значительным улучшением (54%) и улучшением (35%). Число больных, выписанных в состоянии без улучшения, составило в среднем не более 10%.

Преимуществами ведения больных РМЖ при участии МДРК явились: единовременный доступ пациентов к специалистам разного профиля; своевременная координация назначений на основании единого плана и способов лечения; выбор и мониторинг наиболее оптимальных и гарантированных методов лечения на текущем этапе реабилитации; сокращение срока выбора назначений и ускорение направления на лечение; предложение, установка и выполнение конкретных целей для пациента с распределением взаимной ответственности и соблюдение сроков по исполнению; комплексность и непрерывность назначений; повышение профессиональной и дисциплинарной ответственности каждого специалиста, работающего в составе МДРК; оптимизация сроков госпитализации; преемственность назначений при составлении рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента; медико-социальная адаптация с улучшением прогноза и «качества жизни» женщин в процессе самого лечения и после его завершения.

Выводы. Работа МДРК на I и II этапах медицинской реабилитации женщин, получающим радикальное лечение по поводу рака молочной железы, имеет ряд преимуществ перед традиционным восстановительным лечением, так как обеспечивает более качественную и эффективную помощь пациентам, что позволяет ускорить процессы реабилитации, медико-социальной адаптации с улучшением прогноза и качество жизни.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННОГО БАЛЛОНА ДЛЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Орлов А.Е., Скупченко А.В., Репин А.А., Рассудишкин А.С.,
Лысенко А.В., Пущенко А.И.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Гепатоцеллюлярный рак занимает 5-е место по распространенности и 2-е по смертности среди онкологических заболеваний. В структуре первичных злокачественных опухолей печени гепатоцеллюлярный рак составляет 85—90%. В большинстве наблюдений гепатоцеллюлярный рак диагностируется в поздних стадиях, когда невозможно проведение радикального лечения. Трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) печени является методом выбора при промежуточной стадии гепатоцеллюлярного рака, которая встречается наиболее часто. Селективность манипуляции позволяет минимизировать системное воздействие на организм и обеспечивает высокую эффективность за счет доставки химиоэмболизирующих агентов непосредственно в сосудистое русло опухоли, использование окклюзионного баллона позволяет добиться наилучшего накопления эмболизата в питающих артериальных сосудах, самой опухоли и ветвях воротной вены. При эмболизации с использованием микробаллона кровотоков по окклюзированной артерии прекращается, но сохраняется кровоток через коллатеральную сеть, что позволяет нагнетать эмболизат под давлением добиваясь его большей аккумуляции в опухоли.

Цель исследования: оценка результатов лечения больных с промежуточной стадией гепатоцеллюлярного рака после «цементирующей эмболизации» опухоли, включающей заполнение эмболизирующим материалом питающих артериальных сосудов, самой опухоли и ветвей воротной вены.

Материалы и методы: решение о выполнении химиоэмболизации печеночной артерии принято на мультидисциплинарной комиссии. 9 пациентов с промежуточной стадией гепатоцеллюлярного рака, (14 опухолей), размеры опухолей 1,2 – 5,1 см, суперселективная эмболизация выполнялась комплексом липиодола и раствора доксорубина после предварительной окклюзии питающего опухоль сосуда баллоном Occlusafe, Непосредственные результаты выполненной суперселективной химиоэмболизации оценивались при помощи субтракционной ангиографии по критериям Miyayama S. Степень достигнутой окклюзии по Miyayama S : Grade 0 – 1 опухоль (7%), Grade 1 – 2 опухоли (14%) , Grade 2 – 11 опухолей (79%) .

Результаты исследования. Оценка результатов проводилась по данным 3D – СТ и критериям M. RECIST через 3 месяца, 6 месяцев и 12 месяцев. Время выявленного продолженного роста опухоли при окклюзии по Miyayama S. Grade 0 (1 опухоль), через 12 месяцев – 100%, Grade 1(2опухоли) 1 через 1 месяц. 50%, Grade 2(11 опухолей) - 1 через 12 месяцев.9%

Выводы:

1. Суперселективная эмболизация гепатоцеллюлярного рака размерами до 5 см с использованием окклюзионного микробаллона позволяет эффективно достигать «цементирующей эмболизации» опухоли, включающей заполнение эмболизирующим материалом питающих артериальных сосудов, самой опухоли и ветвей воротной вены
2. Наибольшая эффективность эмболизации с использованием окклюзионного баллона достигается только при Grade 2 по шкале Miyayama S.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ СКРИНИНГА
КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**
Орлов А.Е., Сомов А.Н., Романова Ю.Э., Шабардина А.С., Юсупов Р.Н.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: в последние годы колоректальный рак (КРР) занимает лидирующие позиции как в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО), так и в структуре смертности от данной патологии. В 2022 году в Самарской области было выявлено 1963 случая колоректального рака (2 ранговое место в структуре заболеваемости ЗНО), в 970 случаях колоректальный рак стал причиной смерти онкологических больных (1 ранговое место в структуре смертности от ЗНО).

Цель исследования: оценить результаты проводимого в Самарской области скрининга колоректального рака в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Материалы и метод. Анализ проводился на основании данных отчетной формы, регламентированной приказом министерства здравоохранения Самарской области от 04.10.2022 №1371 «Об организации скрининга колоректального рака в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения на территории Самарской области в 2023 году». Также использовалась информация о числе больных колоректальным раком, зарегистрированных в базе данных Самарского ракового регистра в 2022-2023г.г.

Результаты исследования. Исследование кала на скрытую кровь проводилось иммунохимическим количественным методом в медицинских организациях г.о. Самара. По состоянию на 01.09.2023 было выполнено 42126 исследований. При этом выявлено 2688 положительных ответов или 6,4%. Из них, 1450 пациентам (53,9%) проведено эндоскопическое исследование (колоноскопия), в том числе по результатам проведения анкетирования на выявление случаев отягощенности наследственности развития КРР. В результате выявлено 419 новообразований, при гистологическом исследовании которых в 344 случаях (82,1%) зарегистрированы аденомы, в 75 случаях (17,9%) выявлен колоректальный рак. Показатель выявляемости колоректального рака при проведении исследования кала на скрытую кровь по итогам 8 месяцев 2023 года составил – 0,178.

В 82,7% случаев (62 ЗНО) заболевание выявлено на 1 – 2 стадиях процесса. Удельный вес ЗНО толстой кишки, выявленных на 1-2 стадии за 8 месяцев 2023 года в медицинских организациях г.о.Самара составил 54,0%, тогда как в 2022 году за аналогичный период показатель составил 50,4%. Кроме того, в рамках скрининга проводилось анкетирование населения с целью выявления случаев отягощенной наследственности по колоректальному раку, по результату которого выявлено 515 пациентов с отягощенной наследственностью.

По итогам 8 месяцев 2023 года в медицинских организациях г.о. Самара было выявлено 606 случаев колоректального рака, что на 12,2% больше по сравнению с аналогичным периодом 2022 года (540 ЗНО). За 8 месяцев 2023 года на 1-2 стадиях выявлено 327 ЗНО (54,0%), в 2022 году – 272, или 50,4%.

Выводы. Полученные предварительные данные показывают, что внедрение и проведение скрининга колоректального рака иммунохимическим количественным методом исследования кала на скрытую кровь увеличивает долю выявления случаев ЗНО на 1-2 стадиях процесса. Вышеизложенные онкоэпидемиологические тенденции должны использоваться для масштабирования скрининговой программы на медицинские организации по территории Самарской области.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТА МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С ДИАГНОЗОМ НЕФРОБЛАСТОМА ЛЕВОЙ ПОЧКИ В ГБУЗ СОКОД Павлова Е.Л., Яннаева Ю.Г., Яковлева И.А., Штанов В.М., Пчелинцева В.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: лучевая терапия - это метод локального контроля, основан на подведении энергии ионизирующего излучения к патологическому очагу. Эффективность определяется подведенной дозой. Облучение способно уничтожить любые жизненные структуры. Вероятность возникновения осложнений определяется нагрузкой на здоровые органы и ткани. В настоящее время лучевая терапия, как компонент мультидисциплинарного лечения, используется почти у 70% детей со злокачественными новообразованиями. Однако, необходимо подчеркнуть, что при использовании лучевой терапии в детском возрасте возникают значительные проблемы, связанные, прежде всего, с особенностями растущего организма ребенка. В структуре злокачественных опухолей у детей нефробластома занимает 4 место, уступая гемобластозам, новообразованиям ЦНС и саркомам мягких тканей. Частота её составляет от 0,4 до 1 на 100 000 детей. Чаще всего ОВ встречается у детей в возрасте 2-5 лет, редко у новорожденных и еще реже у детей старше 8 лет, как казуистика - у взрослых

Материалы и методы. В нашем отделе лучевой терапии проводился курс лучевой терапии пациенту 2021 года рождения, с диагнозом: С64.Нефробластома слева III стадия, группа промежуточного риска. Состояние после оперативного вмешательства(08.06.2023 резекция левой почки с опухолью ,R1) 4цМХТ. 2 кл.гр.

Была выполнена КТ-локализация мишени облучения (под внутривенной седацией), планирование лучевой терапии, 8 сеансов лучевой терапии (под внутривенной седацией) синхронно-интегрированным бустом: на фланк РОД1,8 СОД 14,4 Гр, на почку РОД 1,4 Гр, СОД 11,2 Гр на линейном ускорителе Varian TrueBeam. Одним из основных этапов проведения лучевой терапии является планирования объема облучения. Это, прежде всего, мультидисциплинарный подход, который включает в себя работу топометрической службы, лечащего врача, медицинских физиков. Задачи поставленные перед медицинским физиком усложняются тем, что у пациентов младшего возраста выше радиочувствительность здоровых тканей и лучше репарация быстро реагирующих тканей; толерантные дозы на здоровые органы и ткани в процессе развития ребенка меняются; Не существует таблиц толерантных доз для детей.

Пациенту планировалась лучевая терапия по методике 3D-конформной лучевой терапии и VMAT. При планировании методикой VMAT по сравнению с 3D - конформной лучевой терапией, значительно снижены дозы на критические органы: печень (0,8 Гр\ 1,7Гр), селезенка (5Гр\9,8Гр), правая почка (4,8Гр\11,8Гр) и зоны роста позвонков (15Гр\25,5Гр).

Результаты исследования. При планировании методикой VMAT, соблюден высокий градиент дозы, что позволило минимизировать развитие поздних осложнений лучевой терапии и снизить риск метастазирования и рецидива опухоли.

Выводы. При лечении нефробластомы, учитывая особенности проведения лечения детей младшего возраста, оптимальной методикой планирования является VMAT.

ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ МЕЛАНОМЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Письменная А.Д., Пушкарева Т.М., Полукарова И.В., Савельева И.Ю.,
Байчорова М.Г., Петрова И.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Меланома кожи – злокачественная опухоль нейроэктодермального происхождения, исходящая из меланоцитов (пигментных клеток) кожи [В 2018 г. в Российской Федерации меланомой кожи заболело 11258 человек]. В 2017 г. грубый показатель заболеваемости (оба пола) составил 7,6 на 100 000 населения, стандартизованный – 4,67 на 100 000 населения (4,93 и 4,51 у женщин и мужчин соответственно). Среднегодовой темп прироста заболеваемости за 10 лет составил 3,74 % у мужчин и 3,04 % у женщин. Средний возраст заболевших оказался равным 61,6 год (оба пола), 61,3 года (мужчины), 61,8 года (женщины). Кумулятивный риск развития меланомы кожи (период 2007–2017 гг., возраст 0–74 года) составил 0,55

В 2017 г. от меланомы кожи в России умерло 1757 мужчин и 1956 женщин, грубый показатель смертности (оба пола) – 2,53 на 100 000 населения, стандартизованный – 1,48 на 100 000 населения (1,28 у женщин и 1,81 у мужчин).

При этом, согласно имеющимся отчетным формам, в 2017 г. 87,3 % пациентов меланомой кожи (среди тех, кто подлежал радикальному лечению) получили только хирургическое лечение, а 12,7 % – комбинированное или комплексное (кроме химиолучевого).

Цель исследования: представить клинический пример эффективности применения комбинированной терапия ингибиторов BRAF + MEK при лечении распространенной меланомы.

Материалы и методы: выбором для лечения распространённой меланомы у пациентов с мутацией в гене BRAF согласно клиническим рекомендациям является использование комбинации ингибиторов протеинкиназы (далее – ИПК) BRAF и MEK.

Результаты исследования: Пациент К., 1976 г.р., обратился в декабре 2020 г. с жалобами на образование на коже передней брюшной стенки 01.12.2020 г. – первичный осмотр: пигментное образование кожи передней брюшной стенки с неровными краями, неоднородного цвета, размерами 1,0 x 1,4 см, с дерматоскопическими признаками меланомы. По данным обследования – R-грудной клетки: без очаговой патологии. УЗИ ОБП, регионарных л/у: 3-признаков опухолевой патологии нет. 17.12.2020 г. – иссечение пигментного образования кожи передней брюшной стенки.

Гистологическое исследование: поверхностно-распространяющаяся меланома кожи, стадия вертикального роста, с врастанием в сетчатый слой дермы, без изъязвления, уровень инвазии по Кларку III, толщина по Бреслоу 1,8 мм. Диагноз: меланома кожи передней брюшной стенки Ib стадия (pT2aN0M0). Начата адьювантная иммунотерапия Интерферон-альфа 3 млн. Ед. п/к 3 раза в неделю по май 2021 г.

В связи с токсичностью препарата, (повышение АЛАТ, АСАТ), терапия прекращена. В марте 2022 г. выявлена прогрессия заболевания mts в подмышечной области справа. УЗ-признаки mts подмышечные л/у справа. Кровь на ЛДГ 213 ед/л. 10.03.2022 г. – Операция: подмышечная лимфаденэктомия справа. 17.03.22 г. Гистологическое исследование: в 3-х л/у обнаружены метастазы меланомы солидного строения. 31.03.22 г. – при исследовании полученного образца ДНК активирующая мутация V600E в 15 экзоне гена BRAF – выявлена. 21.03.2022 г. – ПЭТ/КТ: mts печень 1,5 см и 2,0 см. Диагноз: меланома кожи передней брюшной стенки Ib стадия (pT2aN0M0). Прогрессия mts в подмышечный л/узел справа и печень (03.2022) подмышечная лимфаденэктомия справа).

С 03.2022 г. – по настоящее время терапия ингибиторов BRAF + MEK. Консилиум 24.03.2022 г., согласно клиническим рекомендациям назначено лечение ингибиторами BRAF + MEK: дабрафениб 150 мг 2 раза/сут. + траметиниб 2 мг 1 раз/сут. длительно до прогрессирования или непереносимой токсичности. НЯ на терапии не наблюдалось,

коррекция дозы не требовалась 20.06.2022 г. – ПЭТ/КТ: положительная динамика: полная регрессия mts печень. 25.09.2022 г. – ПЭТ/КТ: Сохраняется полный ответ. ПЭТ/КТ 12.2022 г., 03.2023 г., 09.2023г. – без отрицательной динамики. Заключение по критериям RECIST: полный эффект Пациент получает таргетную терапию в течение 18 месяцев. На фоне терапии полный ответ. Нежелательных явлений на фоне таргетной терапии не отмечает, качество жизни не нарушено. Наш клинический опыт показывает эффективность и безопасность комбинации терапия ингибиторов BRAF + MEK.

Выводы. Длительное применение ингибиторов BRAF + MEK позволило стабилизировать процесс, улучшить качество жизни, сохранить профессиональную и социальную активность.

ЛЕЧЕНИЕ ГОРМОНОПОЗИТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пушкарева Т.М., Письменная А.Д., Бельская Е.Г., Байчорова М.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Рак молочной железы, является одним из самых распространенных видов рака во всем мире. В 2021 году в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 580415 случаев злокачественных новообразований, в том числе 315376 случаев заболевания раком у женщин и 269039 случаев ЗНО у мужчин. Отмечается рост заболеваемости раком молочной железы (Злокачественные новообразования в России в 2021г. под редакцией Каприн А.Д с соавтор).

Цель исследования: показать на личном опыте эффективность применения гормонотерапии и ингибиторов циклин-зависимых киназ при прогрессии рака молочной железы с сохраненным менструальным циклом.

Материалы и методы: выбором для лечения рака молочной железы в случае прогрессии заболевания при отсутствии висцерального криза – является гормонотерапия + ингибиторы протеинкиназы (CDK) 4/6, пациентам с сохранной функцией яичников рекомендовано выполнить овариальную супрессию любым доступным способом согласно существующим клиническим рекомендациям. Представлена комбинация ингибитора протеинкиназы (CDK) 4/6 (рибоциклиба с ГТ).

Результаты исследования: пациентка 49 лет, обратилась с жалобами на новообразование в левой молочной железе, выполнено Узи молочных желез - в верхнем наружном квадранте левой молочной железы определяется образование пониженной эхогенности с неровным достаточно четким контуром, размерами 26*16мм, неоднородной структуры, на границе верхних квадрантов определяется зона размерами 11*9мм. Подмышечные лимфатические узлы патологически не изменены. Над- и подключичные лимфатические узлы не определяются. Заключение: Узловые образования левой молочной железы, по эхографической картине узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии, подозрение на рак. Фиброзно-кистозная мастопатия. Под УЗ - контролем выполнена трепан-биопсия молочной железы: левая молочная железа в верхнем наружном квадранте образование пониженной эхогенности с неровным достаточно четким контуром, размерами 26*16мм. Гистологическое заключение инфильтрирующий рак. ИГХ Estrogen 6 Progesterone 0 Her-2/Neu 2+.

Под УЗ - контролем выполнена пункция молочной железы №1- Левая молочная железа: в верхнем наружном квадранте образование пониженной эхогенности с неровным достаточно четким контуром, размерами 26*16мм, неоднородной структуры, №2- на границе верхних квадрантов определяется зона пониженной эхогенности размерами 11*9мм. Цитологическое заключение 1,2-рак с умеренной дифференцировкой клеток Мутация крови BRCA1 и BRCA 2 не выявлено. по результатам дообследования отдаленных метастазов не выявлено. 12/03/2015 выполнена мастэктомия по Маддену слева с первичной маммопластикой экспандером. Гистологическое заключение после хирургического лечения 2 узла инвазивной карциномы неспецифицируемого типа, G2. Mts в 1 из 13 подмышечных л\у, 2 подключичных л\у - без элементов опухоли. Диагноз: C50.4. Рак левой молочной железы pT2N1M0 G2, 2Б стадия, 12.03.2015 РМЭ, 4 цикла ПХТ (доксорубин, эндоксан), лучевая терапия, гормонотерапия тамоксифеном, 3 кл гр. Пациента находилась на диспансерном наблюдении. В 2018 г. по КТ органов грудной полости выявлены метастазы в медиастинальные лимфоузлы, нижнюю долю правого легкого.

Проведена врачебная комиссия с участием: химиотерапевта, радиолога, хирурга Выработан план лечения: с учетом результатов игх – рекомендовано овариальная супрессия и назначение лекарственной терапии. Пациентке выполнена операция: лапароскопическая биовариэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка начала лекарственную терапию - ингибиторами протеинкиназы (CDK) 4/6 -21 день с последующим перерывом на 7 дней (что составляет цикл 28 дней), анастрозолом 1мг/сут ежедневно,

непрерывно выполнено контрольное ПЭТ/КТ признаков 18 фФДГ позитивного неопластического процесса\прогрессирования заболевания на момент проведения исследования не визуализируется, без отрицательной динамики на фоне терапии нежелательных явлений не было, и редукции дозы не требовалось. Данная схема терапии с июля 2018 года по настоящее время.

Выводы: Длительное применение рибоциклиба и ингибитора ароматазы позволило стабилизировать процесс, улучшить качество жизни, сохранить профессиональную и социальную активность.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ

Родионова В.А., Лебедев П.А., Паравина Е.В., Шахов И.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. В ходе проведения химиотерапии наиболее часто встречаются проявления кардиотоксичности. Это дисфункция миокарда и сердечная недостаточность, гипертония, нарушение ритма сердца, заболевания периферических сосудов, ишемическая болезнь сердца, тромбоэмболические осложнения, легочная гипертензия, пороки клапанов сердца, перикардиальные осложнения. Важно оценивать состояние пациента на всех этапах проведения лечения. Наиболее удобно данную оценку проводить по определенным параметрам, которые достоверно отражают клиническое и функциональное состояние пациента.

Цель исследования. Оценить клинический и функциональный статус больных раком молочной железы, его динамику в процессе проведения химиотерапии антрациклинами и определить наиболее достоверные клинические и функциональные параметры ранней кардиотоксичности на фоне проведения специального лечения.

Материалы и метод. Проспективный анализ клинических, лабораторных и функциональных параметров больных на фоне химиотерапии с проявлениями кардиотоксичности и без нее соответственно. 127 женщин с раком молочной железы, которым проводилась химиотерапия доксорубицином. Возраст 52 \pm 10 лет. Оценка производилась до химиотерапии, на фоне проведения лечения, в конце 4 и 8 курса и после лечения через 3 месяца – 5 лет. Проводилось наблюдение онколога и кардиолога на всех этапах, оценка физического и эмоционального состояния согласно Опроснику SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ). Лабораторные методы – общий и биохимический статус крови, высокочувствительный тропонин I, Pro BNP. Функциональные методы – измерение антропометрических параметров, систолического и диастолического артериального давления, спирометрия, ЭКГ в 12 отведениях, суточное мониторирование ЭКГ с умеренной нагрузкой, трансторакальная ЭхоКГ, выполненная одним опытным оператором на аппарата LOGIQ S8 в соответствии со стандартами. В дополнение к традиционным параметрам систолической и диастолической функции ЛЖ рассчитывался индекс Tei в доплеровском и тканевом режиме.

Результаты исследования. Изменения клинических и лабораторных параметров при наличии кардиотоксичности включали значимое повышение уровня высокочувствительного тропонина I, уровня NT-proBNP со снижением показателей физического и психологического здоровья ($<0,005$). Остальные параметры (общий и биохимический статус крови, общее функциональное состояние, антропометрические данные и т.д.) были без достоверно значимых изменений. По данным трансторакальной эхокардиографии – увеличение модифицированного индекса производительности миокарда (Индекс Tei) ($<0,005$) в группе с кардиотоксичностью. По остальным параметрам ЭХОКГ (фракция выброса ЛЖ, E/A, DT, IVRT, объемы предсердий и желудочков) – без значимых изменений ($>0,005$). По результатам проведения холтеровского мониторирования (ЧСС, QRS, PQ, Q-T, минимальная ЧСС, средняя ЧСС, максимальная ЧСС, циркадный индекс, ASDNN, SDANN, SDNN, RMSSD, среднее QTc, НЖС, QTc > 450) и параметрам спирометрии (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ЖЕЛ) статистически значимой разницы и динамике в параметрах обеих групп больных выявлено не выявлено.

Выводы. Основными статистически значимыми изменениями в группе с кардиотоксичностью были повышение уровня высокочувствительного тропонина I, NT – proBNP и, по данным, трансторакальной эхокардиографии, – повышение значения модифицированного индекса производительности миокарда. Выполненное исследование иллюстрирует важность контроля вышеперечисленных параметров в ходе проведения химиотерапевтического лечения онкологическим больным, и необходимость и важность наблюдения кардиолога на всех этапах проводимой терапии.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ИНДЕКС ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ МИОКАРДА КАК РАННИЙ МАРКЕР КАРДИОТОКСИЧНОСТИ

Родионова В.А., Лебедев П.А., Паравина Е.В., Шахов И.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность. Важнейшим вопросом кардиоонкологии в настоящий момент является поиск наиболее ранних маркеров кардиотоксичности. На данный момент основными функциональными маркерами кардиотоксичности является снижение фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и деформации миокарда (ДМЛЖ). ФВЛЖ является довольно поздним проявлением левожелудочковой дисфункции, трудно поддающейся коррекции, при анализе показателей ФВЛЖ определяется значимая внутриисследовательская и межисследовательская вариабельность измерений (более 6% и более 10% соответственно). Оценка ДМЛЖ методом TDI - анализ трудоемкий, длительный, результат исследования чувствителен к качеству методики проведения исследования. Оценка продольного глобального стрейна (GLS) ЛЖ методом 2D speckle tracking – приоритетный показатель, является полуавтоматическим анализом, но имеет ряд требований к оптимизации изображения и квалификации врача функциональной диагностики. Межисследовательская вариабельность при определении GLS еще более выражена, чем при измерении ФВЛЖ, что связано с различием УЗ аппаратов и заложенным в них соответствующим программным обеспечением. Снижение воспроизводимости вышеперечисленных методов усугубляется отсутствием единых четких нормативов референсных значений данных показателей.

Цель работы. Оценить возможность включения индекса TEI (модифицированный индекс производительности миокарда) в протокол ЭХОКГ как раннего субклинического маркера кардиотоксичности при проведении химиотерапии (ХТ) у больных раком молочной железы (РМЖ). Провести проспективный анализ и методологическое сравнение различных маркеров кардиотоксичности у больных РМЖ в ходе проведения ХТ с использованием доксорубицинов.

Материалы и метод. В исследовании принимало участие 127 женщин (возраст 52 ± 10 лет), которым проводилась химиотерапия доксорубицином. Все пациенты дали письменное информированное согласие для участия в исследовании. Алгоритм обследования включал наблюдение онколога, кардиолога на всех этапах, проведение лабораторных (общий и биохимический статус, TnI, proBNP) и функциональных исследований (ЭКГ в 12 отведениях, суточное мониторирование ЭКГ с умеренной нагрузкой, ЭХОКГ с доплеровским анализом, выполненные одним опытным оператором на аппарате LOGIQ S8 (General Electric) в соответствии со стандартами). ФВ рассчитывалась с использованием модифицированного правила Симпсона. В дополнение к традиционным параметрам истолоческой и диастолической функции ЛЖ рассчитывался индекс TeI в доплеровском и тканевом режиме. Основными параметрами, подтверждающими наличие кардиотоксичности, помимо клинических проявлений (острая и хроническая сердечная недостаточность), было повышение уровня высокочувствительного TnI. Функциональная кардиотоксичность определялась как легкая (снижение ФВ >10% с конечным значением >50%), умеренная (снижение ФВ >10% с конечным значением <50% и отсутствием симптомов или признаков СН), тяжелая (снижение ФВ >10% с конечным значением <50% и симптомами или признаками СН или снижение ФВ <40%, независимо от симптомов или признаков СН). Модифицированный индекс производительности миокарда (индекс TEI) вычислялся как отношение суммы времени изоволевического сокращения и расслабления к времени выброса ЛЖ. Индекс TEI вычислялся методом импульсно-волновой доплерографии/тканевой доплерографии при проведении трансторакальной эхокардиографии путем получения доплеровского

изображения пульсовой волны в средней точке между выходным трактом ЛЖ и митральным клапаном в модифицированной апикальной 4/5-камерной проекции.

Результаты исследования. В ходе проведения ХТ у 9 пациенток выявлены клинические и функциональные симптомы кардиотоксичности с повышением уровня высокочувствительного тропонина. У двух больных данные симптомы диагностированы в процессе неоадьювантной ХТ, у трех - в процессе адьювантной ХТ, у 4 – через 6-12 месяцев после проведения ХТ. У всех вышеперечисленных больных наряду с клиническими симптомами на фоне введения антрациклинов отмечалось значимое повышение уровня модифицированного индекса производительности миокарда ($p < 0,05$). Изменения ФВЛЖ тяжелой степени диагностировали только в одном случае у пациентки 65 лет в процессе адьювантной ХТ. На фоне отмены химиотерапевтического лечения и дальнейшего лечения кардиотоксичности в процессе динамического наблюдения у 3 женщин отмечалось стойкое снижение ФВ легкой степени (более 10% с конечным значением более 50%). У остальных больных ФВ значимо не изменялась. Величина индекса ТЕI в процессе лечения у 4 больных вернулась к исходным значениям. У остальных 5 – имела тенденцию к увеличению. Нам представилось интересным сравнить 2 группы больных: с проявлением кардиотоксичности и без нее, взяв за основной критерий уровень повышения высокочувствительного тропонина I. В группе больных с появлением дисфункции ЛЖ как проявления кардиотоксичности отмечалась значимая корреляция динамики высокочувствительного тропонина I, ProBNP, индекса ТЕI ($p < 0,05$).

Выводы. Включение индекса ТЕI увеличивает возможности трансторакальной эхокардиографии по выявлению ранней субклинической дисфункции миокарда (до заметного ухудшения ФВЛЖ) при развитии кардиотоксичности на фоне химиотерапии с использованием антрациклинов. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения оптимальных «пороговых значений» для аномального индекса ТЕI для выявления субклинической кардиотоксичности.

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И АКТУАЛЬНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ СЕРОТОНИНА ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ СКРИНИНГЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

Сазонкина К.С., Никищечкин С.А., Леснова Е.И.,
Печинина И.А., Золотарева Т.Г., Копылов А.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность Нейроэндокринные опухоли (НЭО) тонкой кишки являются редкими и медленно растущими опухолями, которые возникают из нейроэндокринных клеток ЖКТ, синтезирующих серотонин и другие вазоактивные молекулы. Примерно у 40% пациентов в результате гормональной активности НЭО тонкой кишки развивается карциноидный синдром.

Цель исследования: анализ и оценка диагностического скрининга нейроэндокринных опухолей тонкого кишечника, а так же актуальность сдачи показателя серотонина после установленного верифицированного диагноза НЭО тонкой кишки

Материалы и методы. В России единого регистра нейроэндокринных опухолей не существует, поэтому достоверных данных о заболеваемости ими в нашей стране нет. Было изучено более 25 научных статей и статистических анализов (в т.ч. база данных американского реестра SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results), а так же прослушано и проанализировано мнение ведущего специалиста Израиля в области диагностики и лечения НЭО С.Гласберг.

Результаты исследования. Под термином «нейроэндокринные» подразумевается сходство иммунофенотипа клеток эндокринной и нервной тканей и экспрессия в них общих нейроэндокринных маркеров, таких как Хромогранин-А (онкомаркер общего типа вне зависимости от локализации опухоли), так и серотонин; 5-ГИУК (5-5-гидроксииндолуксусная кислота); соматостатин, гастрин (специфические онкомаркеры тонкого кишечника). Но далеко не все перечисленные маркеры имеют значимость при скрининге динамики НЭО. Одним из них является серотонин.

Серотонин (5-гидрокситриптамин, 5-ГТ) - один из важнейших регуляторов аминов в организме человека. Образуется из триптофана и в конечном счете распадается до 5-гидрокси-3-индолилуксусной кислоты (5-ГИУК) и выводится с мочой. В норме только 1% триптофана идет на синтез серотонина, а 99% - на синтез никотиновой кислоты, однако при нейроэндокринных опухолях происходит смещение этого процесса в сторону синтеза серотонина и 5-ГИУК. Определение уровня серотонина суммарно с определением уровня Хромогранина - А имеет высокую значимость при первичной диагностике наличия НЭО тонкой кишки, однако далее, при динамическом скрининге высокий показатель уровня серотонина в крови будет указывать лишь на наличие НЭО в тонкой кишке. При динамическом наблюдении текущего процесса заболевания предпочтительнее будет оценивать уровень 5-ГИУК в суточной моче, потому что образованный из высвобожденного серотонина метаболит способен вызывать, а значит, указывать наличие карциноидного синдрома, в особенности поражения сердца, т.к. прогрессирующее поражение клапанов ассоциировано с высоким пиковым уровнем 5-ГИУК (примерно 25% смертей от карциноидного синдрома приходится на сердечную недостаточность).

По данным научной статьи ФГБОУ «Ростовский Исследовательский онкологический институт» Минздрава России от 2019 г, показатель серотонина не является чувствительным в отношении скрининга карциноидного синдрома (чувствительность серотонина-35%, специфичность-до 80%, когда показатель 5-ГИУК обладает более высокой чувствительностью - 75% и специфичностью - 88-100%.

Выводы: определение уровня серотонина играет роль в определении уже имеющегося фактора наличия НЭО, когда как уровень 5-ГИУК в суточной моче более точно указывает на повышенный/пониженный уровень серотонина (т.к. быстро и почти полностью выводится с мочой, поэтому можно измерить полное содержание серотонина, циркулирующего в крови), что является важным при выявлении карциноидного синдрома у больных с НЭО ЖКТ. Таким образом, в динамическом мониторинге течения заболевания, помимо основополагающих онкомаркеров НЭО, достаточно делать скрининг только показателя 5-ГИУК в суточной моче.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ КРИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ РОТОГЛОТКИ

Седаков И.Е., Чистяков А.А., Степанов А.И., Паниев С.Ю.,
Ползиков Г.Н., Глазков А.И.

Республиканский онкологический центр имени
профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР

Актуальность. В Донецком Республиканском онкологическом центре имени профессора Г.В. Бондаря разработан и внедрен в клиническую практику метод криохирургического воздействия на остаточную опухоль небной миндалины II-III стадии плоскоклеточного рака после завершения комплексного химиолучевого лечения. В последнее время все большее значение приобретает использование малоинвазивных методов лечения, в том числе криохирургического метода. В нашей практике применение химиотерапевтического и лучевого воздействия при лечении опухолевых заболеваний небных миндалин 2-3 стадии как комплексного метода в 50% случаев не дает долгосрочных положительных результатов и пациенты с, казалось бы, выраженным положительным эффектом от проведенного лечения, вновь обращаются за оказанием помощи с развитием рецидивов опухоли или метастазированием в сроки от 8 месяцев до 2 лет. Одним из эффективных методов уменьшения риска интраоперационных и послеоперационных осложнений, снижения вероятности локального рецидива опухоли и интраоперационной диссеминации опухолевого процесса является метод криодиструкции.

Цель работы. Оценить эффективность комплексного лечения плоскоклеточного рака небной миндалины II-III стадии заболевания при использовании эндолимфатического сосудистого доступа для введения химиотерапевтических лекарственных препаратов и криохирургического воздействия на остаточную опухоль на завершающем этапе лечения.

Материалы и методы. Была выделена группа пациентов (10 мужчин возрастом от 45 до 65 лет и 8 женщин от 50 до 65 лет) со злокачественными новообразованиями небной миндалины 2-3 стадии заболевания без метастазирования в регионарные лимфатические узлы, которым после завершения комплексного химио-лучевого лечения была проведена криодеструкция опухоли небной миндалины с захватом прилежащих анатомических структур (небных дужек, участком мягкого неба) как малоинвазивного хирургического вмешательства на завершающем этапе лечения. Во всех приведенных случаях имела место гистологически подтвержденная плоскоклеточная карцинома небной миндалины с распространением на переднюю или заднюю небную дужку, частичной инвазией слизистой оболочки мягкого неба. На этапе предоперационной подготовки больные получили 3 курса системной полихимиотерапии. Далее выполнено облучение проекции пораженной части ротоглотки и лимфатического аппарата шеи с подлежащей стороны общей суммарной дозой в 40Гр. В предоперационном периоде в условиях стационара контрольной группе проводилась оценка проведенного лечения. Клинически, при орофарингоскопии определялось уменьшение опухолевой инфильтрации до пределов капсулы небной миндалины в 12-ти случаях и с сохраняющейся частичной инфильтрацией небной дужки в 6-х случаях. По данным повторной компьютерной томографии - глубокого инвазивного опухолевого роста или поражения лимфатического аппарата шеи так же зафиксировано не было. Оперативное лечение больных производилось в условиях операционной под эндотрахеальным наркозом. Методом выбора был плоский аппликатор № 7, площадью головки 1 см кв. Учитывая размер первичного опухолевого процесса до начала лечения, время криоаппликации рассчитывалось следующим образом: длина экспозиции в 180 секунд на 1 цикл при температуре -180 градусов С, с момента начала аппликации до формирования демаркационной линии будущего некроза на 1,0 сантиметр по окружности от места прилегания аппликатора. Во всех клинических случаях было произведено по 3 цикла криоаппликаций по типу «олимпийских колец» с разрушением небной миндалины и всей инфильтрированной опухолью слизистой оболочки вокруг на

глубину аппликатора (1,5 см) и формирования «воронки» с частичным захватом здоровых тканей на расстояние в 1,0 см от края опухоли.

Результаты и обсуждение. Клинически при контрольном осмотре через 3 месяца после операции формировался нежный келоидный рубец до 2,5-3,0 см вместе применения криоаппликатора, опухолевого роста выявлено не было. Слизистая оболочка вокруг рубца имела вид нормальной, не измененной. По данным УЗИ лимфатических узлов шеи и подчелюстной области изменений воспалительного или неопластического характера не определялось. По данным СКТ головы и шеи с внутривенным контрастированием - опухолевого роста в проекции ротоглотки, лимфатического аппарата шеи и мягких тканей шеи не определялось. При контрольном осмотре через 6 месяцев рецидива опухоли в ротоглотке и метастазов в регионарные лимфатические узлы не выявлено у 13 пациентов. У 5 пациентов зафиксированы единичные (1-2) видоизмененные (метастатические) лимфоузлы из глубокой и поверхностной яремных групп. По данным СКТ через 6 месяцев в зоне оперативного вмешательства и окружающих мягких тканях опухолевого роста не выявлено. Пациенты находятся под наблюдением специалистов по настоящее время.

Выводы. Предложенный метод криохирургического воздействия на остаточную опухоль на завершающем этапе оперативного лечения является в достаточной мере эффективным, малоинвазивным и более абластичным в сравнении с классическими методиками. Данный метод имеет объективные основания для применения в хирургической практике, однако требует дальнейших исследований и оценки отдаленных результатов лечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА В РАННЕМ ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ ГБУЗ СОКОД Сивохина Т.А., Золотарева Т.Г., Крейндель М.Д., Бусова О.И.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Одним из осложнений хирургического лечения колоректального рака в раннем послеоперационном периоде является парез кишечника. По мере развития пареза кишечника резко возрастают гипоксические и метаболические изменения в стенке кишки, что по закону «порочного круга» усугубляет нарушение моторики и приводит к полной утрате моторной функции кишечника. В комплексном лечении этой группы пациентов успешно применяется метод гипербарической оксигенации (ГБО) вследствие антигипоксического, антибактериального, детоксикационного свойства гипербарического кислорода. Это способствует восстановлению моторно-эвакуационной функции желудочно-кишечного тракта, улучшению микроциркуляции, уменьшению отёка слизистой оболочки кишечника, нормализации кислородообеспеченности и кислородного баланса паренхиматозных органов. Кроме того, ГБО снижает токсигенность анаэробной микрофлоры кишечника, оказывает мощный противовоспалительный эффект, обладает иммуностимулирующим свойством, что является профилактикой инфекционных осложнений в послеоперационном периоде и расширяет антибиотикочувствительность.

Цель: оценить эффективность применения метода ГБО у пациентов с парезом кишечника в раннем послеоперационном периоде в комплексной терапии кишечной непроходимости.

Материалы и методы. В кабинете ГБО в 2022г. было пролечено 16 пациентов после хирургического лечения колоректального рака. У данной группы пациентов в ранний послеоперационный период на 2-3-и сутки был диагностирован парез кишечника, медикаментозная коррекция которого была безуспешной. В группу сравнения входило 9 пациентов с аналогичной патологией, но не получающих сеансы ГБО. Обе группы были репрезентативны по стадийности заболевания и методам лечения. Пациентам проводились сеансы ГБО терапии на аппаратах БЛКС-303, БЛКС-307. Сеансы назначались ежедневно в количестве от 1 до 3-х раз, экспозицией 60 минут под давлением 1,3 АТА. Основными задачами ГБО терапии при парезе кишечника в ранний послеоперационный период были стимуляция моторики, противовоспалительный эффект и улучшение репаративных процессов.

Результаты исследования. Парез кишечника разрешился у 13-ти больных. Даже однократное воздействие гипербарической оксигенации в режиме 1,3 АТА с экспозицией 1 час способствовало возбуждению моторики кишечника и появлению перистальтических шумов, ускорению регенерации операционной раны. Также при проведении курса ГБО благоприятными признаками можно считать восстановление сознания, урежение пульса, углубление и урежение дыхания, снижение температуры тела, уменьшение застойного отделяемого в желудке. У 3-х из первой группы больных парез не разрешился. Впоследствии им была проведена релапаротомия. Во второй группе пациентов парез кишечника не разрешился у 6 больных с последующим проведением релапаротомии. Существенную роль в разрешении пареза кишечника играет время включения гипербарической оксигенации в комплексную терапию. Целесообразно начинать проведение ГБО не позднее чем через 4-6 часов, т.е. сразу после ликвидации нарушений объёма циркулирующей крови.

Выводы. Метод гипербарической оксигенации является действенным элементом комплекса мероприятий по лечению пареза кишечника. способствует более раннему восстановлению функции кишечника у больных раком кишечника в раннем послеоперационном периоде восстанавливается моторика кишечника, уменьшается интоксикация, нормализуется кислородная обеспеченность, показатели внешнего дыхания,

центральной и периферической гемодинамики, что способствует сокращению сроков пребывания больного в отделении реанимации и стационаре в целом. Следует подчеркнуть, что позднее применение ГБО у больных с постоперационным парезом кишечника, как правило, малоэффективно.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ТИП ОТНОШЕНИЯ К МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ КАК ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Сивохина Т.А., Кудряшова А.А., Золотарева Т.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Эффективное взаимодействие между медицинским специалистом и пациентом является центральным фактором в построении терапевтических отношений. Это является важным аспектом для оказания качественной медицинской помощи. Изучение психологических факторов, влияющих на эффективность взаимодействия врача и пациента в лечебном процессе, приверженность лечению, является актуальной темой клинической психологии. Формирование взаимоотношений между пациентом и медицинским специалистом является сложноопосредованным процессом, который определяется рядом специфических факторов. Одним из факторов является субъективное восприятие пациентами медицинских специалистов.

Цель исследования. Выявить психологические факторы, влияющие на взаимодействие пациента с медицинскими специалистами и уровень комплаентности на этапе стационарного лечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось с использованием методики «Диагностика межличностных отношений» Т. Лири и соавторы (1954), 16-ти факторного личностного опросника Р. Б. Кеттелл (1949) и опросника «Уровень комплаентности» Р. В. Кадыров и соавторы (2014). В исследовании приняли участие 120 пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении абдоминальной онкологии со злокачественными новообразованиями толстой кишки. Из них 65 пациентов мужчины, 55 – женщины.

Результаты исследования. Анализ полученных данных по методике диагностики межличностных отношений Т. Лири указывает на преобладание таких типов взаимодействия как «Дружелюбный» (75%), «Альтруистический» (67%) и «Авторитарный» (37%). В образе лечащего врача пациенты важным качеством выделяют компетентность, авторитарную лидерскую позицию. Большую значимость уделяют дружелюбности, общительности, склонности к сотрудничеству лечащего врача. Ответственность, деликатность, стремление помочь и умение сострадать также являются важными характеристиками. Отмечаются высокие показатели по октанту «Дружелюбный» у 37% женщин. У 46% женщин наблюдаются повышенные показатели по октанту «Альтруистический».

Анализ сравнения полученных данных по методике 16-ти факторного личностного опросника Р. Б. Кеттелла свидетельствует о преобладании у 20% мужчин фактора А в сочетании с повышенными показателями по факторам F и H, что говорит об активности пациентов в установлении межличностных и социальных контактов. У 13% женщин отмечаются повышенные показатели по фактору I. Это свидетельствует о высокой эмоциональной чувствительности, богатстве эмоциональных переживаний. Также по всей выборке отмечается повышение значения фактора L, что свидетельствует о настороженности пациентов по отношению к другим людям. Среди мужчин наблюдается тенденция к критичности, отсутствию доверия к авторитетному мнению, это находит подтверждение в повышенных показателях фактора Q1. У 30% мужчин наблюдаются повышенные показатели фактора Q3, что говорит о самоконтроле, точности выполнения социальных требований, высокий контроль своих эмоций и поведения.

Исследование уровня комплаентности показывает высокий уровень общей комплаентности во всей выборке. Но в тоже время отмечается преобладание общей комплаентности среди женщин над мужчинами.

У 45% женщин отмечается стремление вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимой от лечащего врача, так как врач представляет эмоциональную значимость для них.

У 42% женщин наблюдается высокий уровень эмоциональной комплаентности. Это говорит о том, что женщины более склонны к соблюдению врачебных рекомендаций. Они склонны чрезмерно беспокоиться о последствиях лечения, при этом консультируются с лечащим врачом и оповещают его о своих переживаниях. Для женщин важна эмоциональная составляющая межличностного взаимодействия с медицинскими специалистами. У 37% женщин отмечается высокий уровень поведенческой комплаентности, что говорит о стремлении к точному соблюдению врачебных рекомендаций, которое направлено на преодоление заболевания.

Выводы. В образе идеального лечащего врача пациенты выделяют такие качества как профессиональную компетентность, авторитетность в профессиональной среде, лидерские черты, ответственность по отношению к пациентам, гуманность и коммуникативные характеристики. Предпочитаемым типом межличностного взаимодействия врача с пациентом у женщин является альтруистический тип, у мужчин - дружелюбный. Уровень комплаентности у женщин выше, чем у мужчин, при этом наиболее значимыми являются эмоциональный и поведенческий компоненты. Выявленные результаты исследования медицинские специалисты могут использовать при построении взаимодействия с пациентами для профилактики возникновения конфликтов в лечебном процессе, повышения эффективности терапевтического процесса и повышения комплаентности.

АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ДГПЖ

Смирнов Е.В., Лужнова Т.П., Стеценко Т.Н.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак предстательной железы в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями занимает в России и Самарской области 2 место от всех онкологических заболеваний у мужчин после опухолей трахеи, бронхов, лёгкого. Несмотря на постоянное совершенствование оборудования и методов диагностики рака предстательной железы, заболеваемость запущенными формами данной патологии в России и Самарской области остается высокой. Доказал свою скрининговую эффективность анализ крови на ПСА, который является основным маркером для назначения пациентам трепан-биопсии простаты с целью верификации или исключения рака. Кроме того, повышению уровня ПСА способствует и доброкачественная гиперплазия предстательной железы. В этих случаях травмирующая процедура трепан-биопсии оказывается постфактум гипердиагностической.

Цель исследования: провести анализ зависимости объёма предстательной железы, уровня ПСА с верифицированным диагнозом методом трепан - биопсии.

Материалы и методы. Для анализа взяты истории болезни 50 пациентов с повышенными значениями ПСА. Всем пациентам поведено ТРУЗИ, выполнена трепан-биопсия предстательной железы и гистологическое исследование полученного материала.

Обсуждение результатов. Возраст пациентов, вошедших в группу анализа был от 48 до 87 лет, средний возраст 65 лет. Значения ПСА в пределах от 1.9 до 139.8 нг/мл. Трепан - биопсия выполняется по принятой нами технологии: под местной анестезией 0,5 % раствором новокаина 10 мл, под ТРУЗИ контролем пункционной иглой TOP CORE 18 G – 20 см из периферической и центральной частей предстательной железы получаем 10 (12) срезов, помещаем их во флаконы со стабилизирующим раствором и отправляем в лабораторию. У 20 пациентов (40%) верифицирована доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), при этом уровень ПСА колебался от 1,9 до 32,9 нг/мл, а объем от 21 см³ до 204 см³. У 30 пациентов (60%) верифицирован рак предстательной железы, уровень ПСА от 7 до 139,8 нг/мл (тотальное поражение железы), а объем железы варьировался от 17,5 см³ до 139.2 см³. Важно отметить, что поводом для направления пациента в ГБУЗ СОКОД был повышенный уровень ПСА при скрининге, повторный анализ онкомаркера в СОКОД у некоторых пациентов был в пределах нормы в 2% случаев; у 10 пациентов (20% случаев), с цифрами ПСА из лабораторий по месту проживания более 10 нг/мл, после пересдачи крови в СОКОД, цифры ПСА колебались от 4,15 до 9.45 нг/мл. У 5 пациентов ультразвуковая картина соответствовала диффузной гиперплазии предстательной железы, по результатам трепан биопсии она была верифицирована.

Выводы.

1. Анализ историй болезни показал, что скрининговое исследование крови на ПСА должно быть продублировано в СОКОД перед ультразвуковым исследованием предстательной железы, чтобы избежать необоснованной травмирующей процедуры (трепан-биопсии простаты).
2. Истинное повышение онкомаркера и онконастороженность позволяют выявить злокачественный процесс у 60% пациентов.
3. Увеличение объема железы, уровень ПСА в крови и злокачественный процесс не имеют прямой зависимости.

**ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ VMAT
У ПАЦИЕНТКИ С ДИАГНОЗОМ РАК ВЛАГАЛИЩА
ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**
**Собина С.С., Лукьянова И.В., Каганов О.И., Куликова С.А., Носова Н.В.,
Парфёнова Н.Ю., Костромина Л.И.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов первичный рак влагалища составляет всего около 1 %. Согласно действующим клиническим рекомендациям Минздрава РФ рекомендовано рассматривать лучевую терапию (ЛТ) как основной метод лечения всех пациенток с диагнозом рак влагалища. Наиболее предпочтительным вариантом является радикальная сочетанная лучевая терапия, предусматривающая последовательное проведение дистанционной и контактной ЛТ. В свою очередь при выявлении ограничений к применению отдельных методов ЛТ возможно проведение дистанционного облучения на область опухолевого очага в радикальной эквивалентной дозе с применением высокопрецизионных методик (IMRT, VMAT, STRT). В случае рецидивов заболевания, рекомендовано проводить лечение по индивидуальному плану, который может включать в себя в том числе различные варианты ЛТ по резерву толерантности с паллиативной целью для улучшения качества жизни.

В ГБУЗ СОКОД на протяжении последних нескольких лет применяется методика ротационного объемно-модулированного облучения (VMAT), позволяющая провести планирование облучения со значительным градиентом дозы на границе облучаемого объема, тем самым расширяя возможности повторного проведения ЛТ в сложных случаях, когда достичь желаемого эффекта другими методами лечения не представляется возможным.

Цель исследования: продемонстрировать план лечения пациентки с использованием методики VMAT при повторном облучении органов малого таза и оценить результаты данной методики с целью расширения возможностей внедрения данного метода при лечении других рецидивирующих опухолей в области малого таза.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные пациентки Е. с морфологически подтвержденным диагнозом рак влагалища, проходившей курс ДЛТ в СОКОД с использованием методики VMAT в 2021 году. Для планирования облучения проводилась рентгеновская КТ в лечебном положении с использованием рентгеноконтрастных меток, толщина томографического слоя составила 5 мм. Для формирования плана лучевой терапии проведена дальнейшая интеграция данных первичного обследования (МРТ с контрастированием и ПЭТ-КТ) с применением fusion-технологий. Оценка результатов лечения проводилась по данным МРТ через каждые 3 месяца после завершения лечения в соответствии с критериями ВОЗ. Для сравнения использовались данные МРТ, выполненной на этапе предлучевой подготовки.

Клинический случай. Пациентка Е., 61 год. Считает себя больной с июня 2015 года, когда впервые стала предъявлять жалобы на появление зуда во влагалище, наличие пальпируемого образования в области влагалища. Обратилась за медицинской помощью по месту жительства, получала симптоматическую терапию, без эффекта. Отмечала ухудшение состояния в марте 2016 года в виде увеличения размера образования. Направлена в ГБУЗ СОКОД. По данным гинекологического осмотра: влагалище свободное. Слизистая оболочка преддверия влагалища и стенок влагалища гиперемирована. На правой стенке влагалища, в нижней 1/3 определяется образование розового цвета, эластичной консистенции, размерами 3,0*2,5 см, ограниченно подвижное, умеренно болезненное при пальпации. Шейка матки конической формы, визуально не изменена. Тело матки увеличено до 6 недель беременности. Придатки четко не пальпируются. Паховые лимфатические узлы при пальпации не увеличены, плотноэластической консистенции. МРТ органов малого таза (17.03.2016) – патологическое повышение сигнала на постконтрастных сканах в области нижней трети правой стенки

влагалища. Проведена биопсия образования влагалища. Гистологическое заключение №21480 от 17.03.2016 – Фрагменты аденокарциномы и фрагменты фиброзированной ткани, покрытой многослойным плоским эпителием. Выставлен диагноз: C52.0 Рак влагалища cT2N0M0 G2 2 ст. 2 кл.гр. Проведена врачебная комиссия в составе хирурга, радиотерапевта, химиотерапевта. Показано проведение лучевой терапии. В марте-апреле проведен курс дистанционной лучевой терапии: I этап - ДЛТ на область малого таза, область влагалища, СОД 50 Гр. II этап - ДЛТ на область остаточной опухоли, СОД 24 Гр. В декабре 2019 года – рецидив по данным МРТ. 20.01.2020 оперативное лечение в клинике Израиля в объеме: радикальная абдоминальная гистерэктомия, билатеральная сальпингоовариоэктомия, радикальная цистэктомия, илеальный конduit, частичное удаление стенки влагалища, вагинэктомия. Сразу после выписки из стационара отмечала появление кровянистых выделений и неприятного запаха из влагалища. Проведена биопсия образования влагалища в условиях ГБУЗ СОКОД. Гистологическое заключение №2104206202 от 03.04.2020 – аденокарцинома. Повторно проведена врачебная комиссия, показано проведение лучевой терапии. В апреле 2020 года проведен курс ДЛТ на область опухоли РОД 3 Гр до СОД 21 / 34 изОГр с учетом остаточной дозы.

По данным ПЭТ-КТ от 25.04.2021 – очаг гиперметаболической фиксации ФДГ в малом тазу справа на уровне лобковых костей, подозрение на рецидив. МРТ органов малого таза от 02.06.2021 – МР-картина рецидива в клетчатке малого таза справа на фоне рубцовых изменений с умеренной динамикой роста. Повторно проведена врачебная комиссия, показано проведение лучевой терапии. В июле 2021г. – проведена ДЛТ с использованием методики VMAT на очаг инфильтративного уплотнения в клетчатке малого таза с выходом во влагалище – СОД 10 Гр, с учетом остаточной дозы. Применение данной методики позволило снизить дозовую нагрузку на органы риска, в особенности на прямую кишку, которая получила наибольшую дозу по сравнению с остальными органами после предыдущих курсов ДЛТ, без ущерба для объема мишени.

По данным контрольной МРТ органов малого таза от 25.09.2023 – состояние после хирургического лечения с-г влагалища, лучевой терапии, без отрицательной динамики от данных МРТ 19.06.2023.

Выводы. Совершенствование технологий лучевой терапии, применяющихся в онкологической практике, на протяжении всего периода развития связано со стремлением обеспечить максимально конформное подведение точно измеренной дозы ионизирующего излучения к четко обозначенному объему, содержащему злокачественные клетки, для получения наибольшего эффекта с минимальной токсичностью для окружающих нормальных тканей.

Внедрение новейших методик лучевой терапии в рутинную практику врачей-радиотерапевтов ставит своей целью расширение показаний к проведению ДЛТ у пациентов при выявлении ограничений к применению других методов лечения, сведение к минимуму выраженности проявлений ранней и поздней лучевой токсичности, не снижая при этом эффективность проводимого лечения, улучшение качества жизни на разных этапах лечения, в том числе при длительном рецидивирующем течении заболевания.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ФОКУСИРОВАННОЙ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АБЛЯЦИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДОЛГОСРОЧНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Соловов В. А., Тюрин А. А., Ганьжов В.О., Фесенко Д.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Увеличение продолжительности жизни, широкое внедрение определения сывороточного простатического специфического антигена (ПСА) в последние десятилетия привело к резкому увеличению заболеваемости РПЖ. Общепринятые варианты лечения варьируют от динамического наблюдения до радикальных способов, таких, как позадилоная простатэктомия и дистанционная лучевая терапия, которые, несмотря на свои преимущества, все же связаны со значительным риском, и имеют высокий процент осложнений. Это привело к динамичному развитию малоинвазивных способов лечения РПЖ, таких, как воздействие высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука (HIFU), которые стали действительной альтернативой «радикальным» способам. Фокусированный высокоинтенсивный ультразвук является высокоэффективным, неинвазивным методом лечения рака простаты с минимальными побочными эффектами.

Цель исследования: оценить долгосрочные (двенадцатилетние) результаты фокусированной высокоинтенсивной ультразвуковой абляции при лечении больных с раком предстательной железы.

Материалы и методы. В ретроспективный анализ были включены результаты лечения 1405 больных раком предстательной железы, которым была выполнена HIFU в 2007 - 2023 гг. Пациентов с низким риском прогрессии рака простаты (Глиссон 5-6, стадия T1- 2N0M0, ПСА < 10 нг/мл) было 291, с промежуточным (Глиссон 7, стадия T1- 2N0M0, ПСА 10-20 нг/мл) - 615, с высоким (Глиссон 8-9, стадия T2-3N0M0, ПСА 20-50 нг/мл) - 467, с местным рецидивом после ДЛТ и РПЭ – 42. Средний возраст составил 71,3 (52-89) года. 946 (67,3%) пациентам до HIFU-терапии была выполнена трансуретральной резекция простаты (ТУР). Среднее время наблюдения после лечения составило 122 (3-192) месяца.

Результаты исследования. Местный рецидив или прогрессия после 12 лет наблюдения в группе с низким риском прогрессии наблюдались у 4,5 % пациентов, в группе с промежуточным риском развития прогрессии у 9,7 % , в группе с высоким риском у 34,9 %, в группе с местным рецидивом после ДЛТ и РПЭ у 25,6 %. После 12 лет наблюдения безрецидивная выживаемость в группе с низким риском прогрессии была 95%, 92,7% в группе с промежуточным риском, 69,1 % в группе с высоким риском и 77,4 % в группе пациентов с местным рецидивом после ДЛТ и РПЭ.

Выводы. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что HIFU является высокоэффективным методом лечения при долгосрочном наблюдении первичного рака предстательной железы, спасительной терапией локального рецидива после ДЛТ и РПЭ.

РАДИОЧАСТОЧНАЯ АБЛЯЦИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ДЕВЯТИЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Соловов В.А., Ганьжов В.О., Матяш Я.С.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Узловые образования щитовидной железы выявляются при пальпации у 4-8 % взрослого населения. Широкое применение ультразвукографии (УЗИ) способствовало повышению выявления узловых образований щитовидной железы до 67%. Хотя большинство узлов щитовидной железы являются доброкачественными и не требуют лечения, для некоторых из них – симптомных - может потребоваться лечение из-за появления симптомов сдавления, косметических проблем и/или гипертиреоза. Радиочастотная абляция (РЧА) является новым малоинвазивным, безопасным и эффективным методом лечения доброкачественных узловых образований щитовидной железы и автономно функционирующих узлов (АФУ).

Цель исследования: оценить девятилетние результаты радиочастотной абляции доброкачественных узловых образований щитовидной железы и автономно функционирующих узлов.

Материалы и методы. В ретроспективный анализ были включены пятилетние результаты лечения 794 пациентов с доброкачественными новообразованиями щитовидной железы, которым была выполнена РЧА в 2014 - 2023 г. Все пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт в области шеи, у 41 % пациентов отмечались изменения формы шеи, 17 % жаловались на болезненность при пальпации. Размер узловых образований в среднем составлял 3,2 (2,5-8) см. Для исключения злокачественной опухоли всем пациентам дважды была выполнена прицельная биопсия узловых образований под ультразвуковым контролем. После проведения РЧА у всех пациентов определяли уровень гормонов щитовидной железы и проводили контрольное ультразвуковое исследование через 1, 6, 9, 12, 24, 36, 48, 60 месяцев. Для абляции использовались специальные электроды с длиной рабочей части 0,5 см. Применялась местная анестезия лидокаином в месте введения электрода. Длительность абляции составила 3-14 минут в зависимости от размера узлового образования. Абляция проводилась под ультразвуковой навигацией и завершалась, когда все узловое образование становилось гиперэхогенным.

Результаты исследования. После выполнения РЧА объемы узлов щитовидной железы уменьшились по сравнению с исходными на 54 %, 62 %, 76, 81 % через 6, 12, 24, 60 месяцев соответственно. Наибольшее уменьшение объема наблюдалось в течение первых трех месяцев. Терапевтический эффект был достигнут за один сеанс у 65 % пациентов, 35% пациентам была выполнена повторная РЧА вследствие недостаточного сокращения узлового образования. У пациентов с АФУ с гипертиреозом функция щитовидной железы нормализовалась полностью через 4 недели после РЧА у 89%, в 11% потребовалось выполнение повторной РЧА. Все пациенты отмечали уменьшение или полное исчезновение симптомов в течение шести месяцев после проведения РЧА. Никаких осложнений при проведении РЧА не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, девятилетние наблюдения показывают, что РЧА является эффективным, малоинвазивным методом лечения доброкачественных узловых образований щитовидной железы.

ДОЛГОСРОЧНЫЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОТЕРАПИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Соловов В.А., Ганьжов В.О., Фесенко Д.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак мочевого пузыря (РМП) составляет около 5% от всех злокачественных новообразований или 70% всех опухолей мочевого тракта. На долю поверхностных (мышечно-неинвазивных) опухолей приходится 70-80% всех случаев рака мочевого пузыря: опухоль локализуется в пределах слизисто-подслизистого слоя (Ta, T1, Tis), отсутствует поражение регионарных лимфатических узлов. Основным методом лечения мышечно-неинвазивного РМП является трансуретральная резекция мочевого пузыря (ТУР). При этом алгоритм послеоперационного лечения состоит из однократного внутривезикулярного введения химиопрепаратов и пролонгированной внутривезикулярной иммунотерапии. В настоящее время «золотым стандартом» лечения поверхностного рака мочевого пузыря является ТУР мочевого пузыря в сочетании с адъювантной внутривезикулярной иммунотерапией.

Цель исследования: оценить долгосрочные онкологические результаты иммунотерапии мышечно-неинвазивного РМП вакциной БЦЖ.

Материалы и методы: за 2008-2022 годы в СОКОД иммунотерапия была проведена 1398 пациентам с мышечно-неинвазивного РМП.

Результаты исследования. Медиана времени наблюдения после иммунотерапии составила 112 (6-228) месяцев. После иммунотерапии каждые три месяца выполняли цистоскопию, при высоком риске рецидива под флуоресцентным контролем. Рецидив был выявлен у 6,8 пациентов. Осложнения: у 6,6% пациентов отмечалась гипертермия, у 1,9% дизурия, и у 0,9% пациентов гематурия. В целом при долгосрочном наблюдении 93,2 % пациентов не имели данных за прогрессию и рецидив.

Выводы. Таким образом, наши исследования показали, что внутривезикулярная иммунотерапия вакциной БЦЖ является высокоэффективной для профилактики развития рецидивов мышечно-неинвазивного РМП при долгосрочном наблюдении.

**РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМ МОНИТОРИНГА
В АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЕ МОНИТОРИНГА
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МИНЗДРАВА РОССИИ:
«МОНИТОРИНГ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦАОП»
Сомов А.Н., Юсупов Р.Н., Романова Ю.Э., Шабардина А.С.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Основными задачами «Мониторинга деятельности ЦАОП» является повышение эффективности управления системой здравоохранения путем информатизации процессов планирования расходов, контроля над соблюдением государственных гарантий по объему и качеству ее предоставления услуг, своевременного принятия управленческих решений, а также повышение качества оказания медицинской помощи путем информатизации процессов деятельности медицинских организаций, поддержки комплексных стандартов лечения и принятия решений специалистами, ускорения процессов обслуживания пациентов, повышения спектра доступных услуг Центров амбулаторной онкологической помощи.

Своевременный, комплексный анализ оперативных данных деятельности медицинских организаций в автоматизированной системе позволяет провести текущую оценку качества, доступности и безопасности медицинской деятельности, провести необходимую организационно-управленческую корректировку и контролировать достижения результата федерального проекта в разрезе региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями».

Цель исследования: разработка рекомендаций по методическому сопровождению организации мониторинга в целях повышения достоверности информации.

Материалы и метод. Проведен анализ заполнения табличных форм «Мониторинга деятельности ЦАОП» за 6 месяцев 2023 года. В мониторинге приняло участие 8 Центров амбулаторной онкологической помощи: ГБУЗ «Самарская городская больница № 4», ГБУЗ «Самарская городская больница № 6», ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (отделение г.о. Сызрань), ГБУЗ «Самарская городская больница № 10», ГБУЗ СО «Тольяттинская городская поликлиника № 4», ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница № 8», ГБУЗ «Самарская городская больница № 7», ГБУЗ «Тольяттинская городская клиническая поликлиника № 3».

Медицинскими организациями была представлена информация о принятых физических лицах, количестве и целях посещений, наличия оборудования, видах и схемах лечения, штатном расписании ЦАОП в виде электронного документа в автоматизированной системе мониторинга медицинской статистики (далее – АСММС).

Результаты исследования. Проанализированы представленные ЦАОП таблицы с детализацией заполненных числовых показателей. Табличные формы заполнены на основании данных первичной учетной документации, имеющейся в медицинской организации.

По результатам структурного и логического анализа входных данных разработана Инструкция «Мониторинг деятельности ЦАОП», которая включает в себя несколько разделов: Раздел № 1 «Деятельность ЦАОП», Раздел № 2 «Деятельность ДС», Раздел № 3 «Противоопухолевое лечение в ДС», Раздел № 4 «Выявленные случаи», Раздел № 5 «Оборудование».

Достоверность и объективность информации обеспечивается соблюдением взаимного логического и арифметического соответствия отдельных показателей друг другу внутри таблиц одного раздела и между разделами. Так, количество физических лиц с подозрением на ЗНО, которым была проведена биопсия не может быть больше количества первичных пациентов.

Контроль данных осуществляется сквозными индикаторными показателями, обеспечивающими логическую связь различных аспектов деятельности медицинской организации. Например: количество ЗНО графы № 10 Раздела «Деятельность ЦАОП»

«Выявлено ЗНО в Центре в отчетном периоде» переносится в графу № 3 Раздела «Выявленные случаи» «Выявлено ЗНО всего (С00 – С96)» строка «Всего».

Выводы. Разработанные методические рекомендации по заполнению статистических таблиц мониторинга деятельности ЦАОП позволяют обеспечить единообразие представленных данных, повысить достоверность и объективность информации, необходимой для реализации региональных целевых показателей региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями».

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОПОТОЧНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЭЛА

Тимирбулатов Т.Ш., Вишняков В.А., Меркулова С.М.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Одной из проблем, привлекающих к себе внимание специалистов в области реаниматологии и интенсивной терапии, является острая дыхательная недостаточность, требующая осуществления различных методов протезирования функции внешнего дыхания. Гипоксия, развивающаяся в результате острой дыхательной недостаточности, приводит к запуску целого каскада тяжелых, необратимых функциональных изменений, что актуализирует проблему лечения данной патологии. Основным способом лечения дыхательной недостаточности является протезирование функции внешнего дыхания посредством респираторной терапии. В последние годы все чаще используется один из методов респираторной терапии — высокопоточная оксигенотерапия (далее-ВПО), которая заняла свою нишу в эскалации лечения дыхательной недостаточности между традиционной низкопоточной оксигенотерапией и проведением неинвазивной вентиляции легких или вспомогательной вентиляции легких. Этот неинвазивный метод, минимально влияющий на структуру легких, обеспечивает максимальную коррекцию нарушенных вентиляционно-перфузионных отношений и является одним из перспективных направлений в лечении различных форм дыхательной недостаточности. ВПО показала себя эффективным методом коррекции дыхательной недостаточности различного генеза; опыт применения метода в условиях ОРИТ показал результативность при дыхательной недостаточности, обусловленной респираторным дистресс-синдромом, декомпенсацией ХОБЛ, остаточным действием препаратов для анестезии, при кардиогенной дыхательной недостаточности. Актуально применение ВПО и при ТЭЛА.

Материалы и методы. За 2022 года в условиях ОРИТ проведено лечение 32 пациентам с ТЭЛА, из них с применением ВПО — 9 (28,1%); за 7 месяцев 2023 года оказана помощь 35 пациентам с ТЭЛА, из них потребовалось применение ВПО 15 пациентам (42,8%). Для реализации метода использовался генератор потока газа высокой скорости до 60 л/мин и более (респиратор Mindray SV300), система согревания и увлажнения газовой смеси с возможностью регуляции скорости потока и температуры, регулировки фракции кислорода, контур с целью доставки газовой смеси пациенту и оригинальная назальная канюля (Fisher&Paykel Optiflow). Создание высокой скорости потока газовой смеси обеспечивает ряд важных эффектов, позитивно влияющих на функцию внешнего дыхания: уменьшается сопротивление в верхних дыхательных путях и снижается работа дыхания пациента; уменьшается торакоабдоминальный асинхронизм за счет совпадения высокой скорости потока газа и высокой скорости потока воздуха при вдохе пациента, что обуславливает снижение частоты дыхания и увеличение дыхательного объема; создается положительное давление в верхних дыхательных путях, что улучшает газообмен; улучшается альвеолярная вентиляция и элиминация CO₂, уменьшается объем анатомического мертвого пространства.

Выбор начальных параметров при проведении ВПО основывался на использовании стартовых показателей скорости потока и фракции кислорода, минимально достаточных для обеспечения адекватных показателей SatO₂, PaO₂, PaCO₂ и pH. Как правило, стартовые параметры скорости потока составляли 30-40 л/мин, фракции кислорода — 40-50%, с последующей постепенной коррекцией в сторону уменьшения или увеличения, исходя из развития клинической ситуации. Непременное условие проведения ВПО — нагревание газовой смеси в контуре до 35-37°C и адекватное увлажнение. Коррекция параметров ВПО проводится исходя из оценки показателей системы дыхания пациента (частота дыхания), показателей оксигенации (пульсоксиметрия), газового состава крови (парциальное давление кислорода и углекислого газа в артериальной крови) и кислотно-основного состояния.

Прекращение проведения ВПО характеризовалось поэтапным изменением показателей скорости потока и фракции кислорода. Перевод пациента на традиционную оксигенотерапию осуществлялся постепенно, когда время проведения ВПО плавно сокращалось на несколько часов в сутки, уменьшалась продолжительность сеансов ВПО и увеличивались промежутки между ними.

Клинический пример. Пациентка М., 43 года, находилась на лечение в отделении радиотерапии с диагнозом: Рак правой молочной железы pT4N2M0 (PMЭ в 2018 году, 2 курса полихимиотерапии). Прогрессия. в 2023 г. Метастазы в головной мозг. На четвертые сутки после начала лучевой терапии пациентка переведена в ОРИТ с выраженными явлениями дыхательной недостаточности (SatO₂, 80%, ЧД — 28 в 1 мин), обусловленной ТЭЛА; по данным компьютерной томографии тромботические массы визуализировались в обеих легочных артериях с распространением на долевые ветви. Начата антикоагулянтная терапия; применение стандартной низкопоточной оксигенотерапии через начальные канюли и маску было неэффективно — сохранялась одышка, SatO₂, 82-84%. Была начата ВПО с начальными параметрами: скорость потока 40 л/мин, фракция кислорода 50%, температура газовой смеси — 37°C. В течении двух часов отмечалась положительная динамика: отмечалось уменьшение частоты дыхания до 20-22 в 1 мин, SatO₂ возросла до 92-95%. В течении 84 часов ВПО проводилось непрерывно с коррекцией параметров (постепенно были снижены показатели скорости потока до 25-30 л/мин, фракции кислорода до 30%), потом длительность ВПО на протяжении суток сократилось до 18 часов. В последующие четверо суток в результате проводимого лечения явления дыхательной недостаточности значительно купировались, что позволило постепенно завершить ВПО, комбинируя сеансы традиционной оксигенотерапии с высокопоточной, плавно сокращая продолжительность сеансов ВПО. На фоне проводимого лечения состояние пациентки стабилизировалось, на девятые сутки пациентка была переведена в профильное отделение.

Выводы. ВПО является эффективным методом респираторной терапии и обладает неоспоримыми преимуществами по сравнению с традиционной оксигенотерапией, ее эффекты в ряде случаев позволяют воздержаться от проведения инвазивной вспомогательной вентиляции легких. Этот эффективный метод оксигенотерапии все чаще используется в условиях ОРИТ и является перспективным направлением респираторной терапии.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТОНКОИГОЛЬНОЙ БИОПСИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Толстых Ю.Е., Аблекова О.Н.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак щитовидной железы встречается довольно редко, и составляет примерно 3 % от всех онкологических заболеваний, однако заболеваемость постепенно растет, считается, что это связано с улучшением качества диагностики. Ультразвуковое исследование - основной метод исследования щитовидной железы. Заключение по результатам ультразвукового исследования проводится с оценкой, выявленных изменений, по критериям TI-RADS. Согласно клиническим рекомендациям Российской Федерации, узловые образования щитовидной железы, категории TIRADS 3 и выше, требуют морфологической верификации. Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАПБ) – «золотой стандарт» в диагностике заболеваний щитовидной железы, выполняется для морфологической верификации узловых образований, один из основных методов диагностики рака щитовидной железы. ТАПБ точный, не затратный, чувствительный метод исследования, проводится под контролем ультразвука, позволяет пунктировать образования размерами от 3 мм, получать достаточное количество материала для цитологического исследования, не требует обезболивания.

Цель исследования: проанализировать частоту ранних осложнений при проведении ТАПБ узловых образований щитовидных желез под контролем ультразвука.

Материалы и методы. Был проведен клинико-статистический анализ всех, проведенных мною, пункционных биопсий щитовидной железы с января 2021 года по сентябрь 2023 года. Количество ТАПБ составило 490. Для ТАПБ использовались стерильные одноразовые иглы 22G от обычных одноразовых шприцов, ассистировала обученная медицинская сестра.

Результаты исследования. В группе исследования, у 19 пациентов ТАПБ осложнилась подкожным кровоизлиянием в мягкие ткани, у 2 пациентов произошел точечный прокол внутренней яремной вены, с формированием подкожной гематомы. Общее число осложнений 20, что составило 4% от всех выполненных ТАПБ щитовидной железы. Гнойно-септических осложнений, ранения возвратного гортанного нерва, повреждение гортани, в моей группе отмечено не было. При осложнениях была оказана первая помощь: стерильная давящая повязка и на шею, в область щитовидной железы, прикладывали пузырь со льдом на 10 минут. Пациенты с осложнениями были приглашены на повторное ультразвуковое исследование через 7 дней. У 19 пациентов эхографических изменений в мягких тканях в зоне биопсии не выявлено. У 2 пациентов через 7 дней, при ультразвуковом исследовании определялись умеренное нарушение архитектоники мягких тканей, неравномерное повышение эхогенности подкожно-жировой клетчатки, жалоб на болезненные ощущения не было.

Выводы. Таким образом, метод тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы является надежным и безопасным методом в диагностике узловых образований щитовидной железы.

РОЛЬ И АНАЛИЗ ОШИБОК ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ КРОВИ В ОТДЕЛЕНИЯХ СТАЦИОНАРА

Торопова Н.Е., Грошева М.С., Рылеева М.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. По данным зарубежных исследований наибольший процент ошибок приходится на преаналитический этап лабораторных исследований: от 70% до 95% ошибок. Большая часть преаналитического этапа (назначение анализа, подготовка пациента, забор, маркировка и транспортировка биоматериала) полностью находится в ведении клиницистов и медицинского персонала манипуляционных кабинетов. Этап взятия крови является начальным в процессе анализа пробы и, во многом определяет его качество.

Цель исследования. Показать роль преаналитических ошибок на этапе взятия крови при определении групповой и резус-принадлежности.

Материалы и методы. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1134н "Об утверждении порядка медицинского обследования реципиента, проведения проб на индивидуальную совместимость, включая биологическую пробу, при трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов", Постановление Правительства РФ от 22.06.2019 № 797 «Об утверждении правил заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови и её компонентов...», приказ главного врача ГБУЗ СОКОД «О создании трансфузиологической комиссии и организации иммуносерологических исследований», Стандарт организации «Порядок приема биоматериала, регистрации, проверки и выдачи результатов определения групповой и резус-принадлежности крови, типирования малых антигенов эритроцитов и выявления антиэритроцитарных антител», СОП, руководство к автоматическому иммуногематологическому анализатору ORTHO Auto Vue Innova/Ultra. Методы определения группы крови по системе АВ0 и резус-принадлежности в перекрестной реакции с использованием цоликлонов; технология клеточной агглютинации на стеклянных микросферах на автоматическом иммуногематологическом анализаторе. ORTHO Auto Vue Innova/Ultra. Цельная кровь пациента в пробирке с ЭДТА.

Результаты исследования. В иммунологическую лабораторию ГБУЗ СОКОД поступила кровь пациентки из хирургического отделения для определения группы крови, резус-фактора, фенотипа и иммунных антиэритроцитарных антител. Результаты, полученные в отделении: А (II), Rh (+) пол. При исследовании биоматериала в иммунологической лаборатории перекрестным методом на плоскости была выявлена нехарактерная агглютинация эритроцитов с цоликлонами (слабая агглютинация эритроцитов на мутном фоне), что позволило заподозрить наличие в образце смешанных фракций эритроцитов с цоликлонами анти-А и анти- D супер; антитела анти-В. Исследования группы крови и резус-фактора с помощью гелевой технологии подтвердили ранее полученные результаты. При определении фенотипа были выявлены смешанные фракции антигенов С и Е. Иммунные антиэритроцитарные антитела не выявлены. О несовпадении результатов исследования групповой и резус- принадлежности крови пациента было сообщено в отделение. При повторном взятии образца крови пациентки получены результаты в отделении: О (I) Rh(-) отриц.; в лаборатории - О (I) Rh (-) отриц. Фенотип - ccddee, иммунные антиэритроцитарные антитела – выявлены. Контрольные коллегиальные исследования образцов биоматериала пациентки, полученные повторно, выполненные врачом лаборатории в присутствии заведующей иммунологической лабораторией, врача-трансфузиолога, медицинской сестры хирургического отделения показали следующие результаты: О (I) Rh (-) отриц., фенотип - ccddee, иммунные антиэритроцитарные антитела – выявлены. Результаты контрольных исследований групповой и резус-принадлежности образцов крови пациентки хирургического отделения совпали с предыдущими результатами. Комиссией установлено, что причина ошибки при определении групповой и резус-принадлежности крови пациента – нарушение техники взятия крови, что привело к смешиванию образцов. Результаты проверки

были зафиксированы в акте служебного расследования. По факту выявленных ошибок были проведены корректирующие мероприятия в целях их устранения и предотвращения повторного возникновения. Случай нарушения технологии преаналитического этапа в отделении стационара показал, что подобные ошибки могут оказаться фатальными и полностью обесценить весь ход проводимых исследований. Правильная организация преаналитического этапа должна стать составной частью любой системы обеспечения качества лабораторного анализа.

Вывод. Соблюдение технологии преаналитического этапа в отделениях стационара, в частности правильное взятие образцов крови при исследовании групповой и резус-принадлежности крови, является безусловным.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Трубин А.Ю., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л.,
Котикова В.И., Леснова Е.И.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (НМИРМП) характеризуется склонностью к рецидивированию. Трансуретральная резекция мочевого пузыря (ТУР) в сочетании с иммунотерапией БЦЖ снижают частоту рецидивирования и прогрессии неинвазивного РМП. Схемы введения вакцины БЦЖ являются частым предметом дискуссии в онкоурологии (Sanchez Vazquez A et al., 2020).

Цель: определение эффективности вакцины БЦЖ у больных НМИРМП.

Материалы и методы: в исследовании использованы клинические данные больных НМИРМП, получавших лечение в ГБУЗ СОКОД с 2015 по 2020гг. (n=345). После первичной ТУР, все пациенты были разделены на две группы: группа 1 – больные, которым после ТУР выполнялась иммунотерапия БЦЖ (n=169); группа 2 – контроль – иммунотерапия БЦЖ не проводилась (динамическое наблюдение (ДН); n=176). Схема иммунотерапии БЦЖ: первый индукционный курс через 4-6 недель после первичной ТУР (препарат «Имурон», 50мг), однократно в 2-е суток, 6 раз. Второй индукционный курс, через 4 недели после первого, по аналогичной схеме. Профилактические (поддерживающие) однократные введения осуществлялись 1 раз в 3 месяца в течение 2 лет. Анализ данных проводили путем построения множественной регрессии Кокса и оценки показателей 5-летней безрецидивной и общей выживаемости (метод Каплана-Мейера).

Результаты исследования: при построении многомерной модели Кокса, БЦЖ-терапия уменьшала риск рецидива заболевания в 2,7 раза (ОР - 0,36 (0,19-0,68)) по сравнению с контрольной группой (p = 0,001). Наиболее высокие значения 5-летней безрецидивной выживаемости отмечались у больных НМИРМП, получавших после ТУР адьювантную иммунотерапию БЦЖ. Изучаемый коэффициент при этом составил 84,9±4,8%, в то время как в контрольной группе он составил 63,2%. При сравнении приведенного показателя выживаемости в группах 1 и 2 были выявлены различия с высокой степенью достоверной вероятности ($P_{\text{БЦЖ-ДН}} = 0,001$). Можно отметить, что длительность жизни без рецидива была наибольшей в группе 1 (адьювантная БЦЖ терапия) (68,9±1,5 месяца) и статистически значимо отличалась от таковой в группе 2 (контроль - динамическое наблюдение после ТУР) (58,9±2,6 месяца; $p_{1-2} < 0,05$). Далее, анализ показателей 5-летней общей выживаемости больных МНИРМП в изучаемых группах (группа 1 - 91,9±2,6%; группа 2 - 70,1±4,5%) также выявил статистически значимые различия ($P_{\text{БЦЖ-ДН}} = 0,001$).

Выводы: таким образом, используемая схема адьювантного лечения значимо снижала относительный риск рецидивирования МНИРМП. Применение иммунотерапии БЦЖ коррелировало с лучшими показателями 5-летней безрецидивной и общей выживаемости, а также длительностью безрецидивного периода. Однако, необходимы дальнейшие исследования по сравнению различных схем иммунотерапии БЦЖ.

ОБЪЕМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ

Трубин А.Ю., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Боряев А.Н., Хакимов В.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: количество опухолевых фокусов при мышечно-неинвазивном раке мочевого пузыря (МНИРМП) относится к макроскопическим факторам риска рецидива и прогрессии заболевания после первичного удаления опухоли. В связи с этим, проблема адъювантного лечения у таких больных не теряет своей актуальности (Клинические рекомендации ЕАУ, АУА, 2022).

Материалы и методы: В исследование вошло 368 больных МНИРМП, среди которых единичные опухолевые очаги наблюдались у 295 пациентов (80%), а мультифокальное поражение отмечалось у 73 больных (20%). С учетом объема поражения, все пациенты были разделены на группы, в зависимости от метода адъювантного лечения: группа 1 - больные МНИРМП, которым в течение 24 ч после ТУР проводилась однократная ранняя инстилляционная химиотерапия Доксорубицином дозой 50 мг с последующей адъювантной иммунотерапией БЦЖ; группа 2 – пациенты с МНИРМП, которым после ТУРМП проводилась только однократная ранняя инстилляционная Доксорубицином 50 мг; группа 3 - больные неинвазивным раком мочевого пузыря, в отношении которых после ТУР дальнейшее специальное лечение не проводилось. Для оценки прогностического значения объема поражения мочевого пузыря на отдаленные онкологические результаты были использованы одномерная и многомерная модели регрессионного анализа Кокса. Показатели 5-летней безрецидивной выживаемости определяли методом Каплана-Мейера.

Результаты: риск развития рецидива в изучаемой когорте больных неинвазивным раком мочевого пузыря достоверно увеличивался при мультифокальном поражении по сравнению с единичной опухолью (ОР - 1,63; 95% (1,01-2,50); $p = 0,002$). Кроме того, меньший относительный риск рецидива имели пациенты, которым проводилась адъювантная иммунотерапия БЦЖ (ОР - 0,47; 95% (0,23-0,93); $p = 0,003$). В результате анализа было выявлено, что лучшая 5-летняя безрецидивная выживаемость при единственном фокусе рака мочевого пузыря без инвазии мышечного слоя была среди пациентов, получавших адъювантную БЦЖ-терапию (группа 1) (86,9±5,3%). При сравнении с соответствующими показателями в группе контроля и группе 2 (65,9±4,6% и 76,9±4,5%, соответственно) были получены следующие значения достоверности по лог-ранговому тесту: $p_{1-3} = 0,01$, $p_{2-3} = 0,04$, $p_{1-2} = 0,01$. Вероятность прожить без рецидива 5 лет среди пациентов с мультифокальным мышечно-неинвазивным раком мочевого пузыря оказалась выше после адъювантной БЦЖ-терапии (группа 1) (75,3±12,2%). Соответствующие показатели в группах 3 (контроль) и 2 составили 60,9±10,2% и 67,6±7,7%, соответственно. Однако, при оценке лог-рангового критерия в изучаемой когорте высокая степень достоверной вероятности была выявлена только для БЦЖ-терапии ($p_{1-3} = 0,005$, $p_{2-3} = 0,66$, $p_{1-2} = 0,03$).

Выводы: Таким образом, наиболее эффективной тактикой лечения при единичных и множественных неинвазивных опухолях мочевого пузыря выступила ТУРМП с однократным ранним введением Доксорубицином 50 мг и последующей адъювантной иммунотерапией.

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ.
ДАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ ОНКОУРОЛОГИИ ГБУЗ СОКОД
Трубин А.Ю., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Леснова., Е.И., Котикова В.И.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В структуре онкологической заболеваемости рак почки занимает 10-е место среди всех злокачественных новообразований. Большое значение при выборе метода лечения данного заболевания имеет качество жизни, что обуславливает целесообразность малоинвазивных технологий, в том числе лапароскопической нефрэктомии (ЛНЭ).

Цель исследования. Оценить клиническую и онкологическую эффективность лапароскопической нефрэктомии при раке почки.

Материалы и метод. В исследовании использованы клинические данные больных раком почки стадии pT1-3N0M0G1-3, получавших хирургическое лечение в ГБУЗ СОКОД за период с 2015г. По 2021гг. (n=1070). Все пациенты были разделены на две группы: группа 1 – лапароскопическая нефрэктомия (ЛНЭ) (n=640; 59,9%), группа 2 – открытая нефрэктомия (ОНЭ) (n=430; 39,3%). При сравнительном анализе учитывались такие показатели, как возраст и пол пациента, средний размер опухоли, стадия pTNM, гистологический подтип ПКР. Интра- и послеоперационные результаты оценивали по показателям средней длительности вмешательства, среднего объема кровопотери, послеоперационного койко-дня и количества осложнений. Анализ отдаленных онкологических результатов проводился путем сравнения показателей 5-летней безрецидивной, общей и рак-специфической выживаемости в исследуемых группах (метод Каплана-Мейера).

Результаты исследования. Группа 1 и группа 2 не имели значимых различий по таким показателям как средний возраст ($56,8 \pm 9,3$ и $55,1 \pm 9,3$, соответственно; $p=0,167$), пол (соотношение мужчин и женщин 59/43 и 65/37, в группах 1 и 2, соответственно; $p=0,384/0,246$), средний размер опухоли ($6,6 \pm 1,1$ при ЛНЭ и $6,3 \pm 2,0$, при ОНЭ; $p=0,345$), а также удельному весу того или иного подтипа почечно-клеточного рака и стороне поражения. Средняя длительность открытой операции оказалась больше по сравнению с лапароскопической ($78 \pm 6,2$ мин. и $100 \pm 4,6$ мин., в группах ЛНЭ и ОНЭ, соответственно), со статистически значимой разницей ($p=0,002$). Средний объем кровопотери так же был меньше в группе ЛНЭ ($58 \pm 5,4$ и $245 \pm 9,2$, в группах 1 и 2, соответственно), причем различия имели высокую степень достоверной вероятности ($p=0,001$). Послеоперационный койко-день был $12,5 \pm 1,5$ сут. и $8,5 \pm 1,0$ сут., соответственно ($p=0,001$). Средний период наблюдения в группе открытых операций составил 46,1 месяца, для лапароскопических вмешательств – 46,4 месяца. В результате дальнейшего анализа было выявлено, что показатели 5-летней общей (88,0% и 85,2%, в группах 1 и 2, соответственно; $p=0,526$), специфической (88,8% и 88,8%, в группах 1 и 2, соответственно; $p=0,812$) и безрецидивной выживаемости (84,5% и 83,3%, в группах 1 и 2, соответственно; $p=0,721$) в двух группах значимо не различались и были сопоставимы с таковыми в изученной литературе.

Выводы. Лапароскопическая нефрэктомия имела значимо лучшие показатели качества жизни (длительность операции, объем кровопотери, послеоперационный койко-день, осложнения). Применение лапароскопического доступа при выполнении радикальной нефрэктомии больным раком почки не ухудшало отдаленных онкологических результатов.

СИСТЕМА BETHESDA ДЛЯ ОЦЕНКИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Трухова Л.В., Торопова Н.Е., Азова М.А., Щавелева С.С., Никитина А.О.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. По статистике Всемирной организации здравоохранения, от 10 до 30% взрослого населения в мире страдают различными заболеваниями щитовидной железы, связанными как с нарушением функции железы, так и с изменением ее структуры. Распространенность заболеваний щитовидной железы занимает среди всех эндокринных нарушений второе место после сахарного диабета. В России заболевания щитовидной железы встречаются почти у 40% населения. Причина 80% заболеваний щитовидной железы - хроническая нехватка йода, которая присуща почти всем российским регионам. В структуре патологии щитовидной железы лидирующую позицию занимают узловые образования, которые выявляются современными методами практически у 30% взрослого населения. Зоб — увеличение размера щитовидной железы встречается у 10 – 45% населения, на долю гипотиреоза приходится 24%, тиреотоксикоза — 11%, на тиреоидит, в том числе и аутоиммунный — 21%. Большинство раков щитовидной железы - высокодифференцированные и имеют низкий уровень смертности при обнаружении на ранних стадиях.

Для унификации описаний результатов цитологического исследования ВОЗ рекомендует использовать терминологическую классификацию Бетесда (Bethesda system for reporting thyroid cytopathology, разработана в Национальном институте рака США в 2009 г., опубликована в 2010 г.), в которой выделено шесть диагностических категорий (диагнозов), позволяющих клиницисту определить тактику лечения. В каждой категории заложены предполагаемые (от 0-3%), либо очевидные (до 100%) риски малигнизации. Каждая категория предполагает определенную тактику ведения пациента (например, ежегодный осмотр, повторная ТАБ, хирургическое вмешательство). В 2017 г. классификация была пересмотрена, а в 2018 г. опубликована новая версия, включены дополнительные описания и критерии для каждой категории.

Цель исследования. Проанализировать классификацию Bethesda для оценки цитологического исследования образований щитовидной железы.

Результаты исследования. Bethesda I. Недиагностическая. Полученный в результате биопсии материал, не позволяет дать четкое заключение и поставить диагноз. Присутствует только межклеточная жидкость, практически отсутствуют клетки и присутствуют элементы крови, свернувшиеся артефакты и т.д. Риски злокачественности 5-10%. Тактика врача - повторить ТАБ под ультразвуковым контролем.

Bethesda II. Доброкачественная. Доброкачественные узлы щитовидной железы – коллоидный зоб, аденоматозный зоб, аутоиммунный (лимфоцитарный), хронический тиреоидит, гранулематозный тиреоидит. Риски злокачественности 0-3%. Тактика врача – наблюдение.

Bethesda III. Атипия неясного генеза или изменения клеток фолликулярного эпителия неясной этиологии. Атипию подразделяют на несколько видов: клеточная атипия, структурная атипия, Гюртле-клеточная атипия, атипия без дополнительного уточнения.

Клеточная атипия диагностируется при очаговых изменениях ядер, атипии клеток выстилки кисты или гистиоцитозных изменениях клеток. Структурная атипия диагностируется в пунктате материала с невысокой концентрацией клеток (малоклеточном) при определении микрофолликулярных структур. Гюртле-клеточная атипия неясного значения диагностируется при невысокой концентрации клеток Гюртля. Риски злокачественности 5 - 15%. Тактика врача – повторить ТАБ.

Bethesda IV. Фолликулярная неоплазия или подозрение на фолликулярную неоплазию. В эту категорию входят фолликулярные аденомы, а также «неинвазивные фолликулярные

опухоли с ядрами папиллярного типа». Так как структурные признаки позволяют предположить фолликулярное новообразование, но некоторые из ядерных признаков не исключают инвазивный фолликулярный вариант папиллярного рака или его неинвазивный аналог – фолликулярную опухоль с ядрами папиллярного типа, то дифференцировать их на этапе предоперационной диагностики не представляется возможным. Это относится только к той части фолликулярных новообразований, которые имеют слабо выраженные изменения ядер. Риски злокачественности 10-40%. Тактика врача – гемитиреоидэктомия (лобэктомия).

Bethesda V. Подозрение на малигнизацию. Наличие единичных цитоморфологических признаков рака, или образец является малоклеточным, и диагноз рака не может быть поставлен с уверенностью. Клеточный материал, подозрительный в отношении папиллярного рака, медуллярного рака, метастатического поражения, лимфомы. Риски злокачественности 60-75%. Тактика врача – геми- или тиреоидэктомия, необходимо оценить гистологию интраоперационного материала, при подозрении на метастазы в щитовидную железу операция не показана.

Bethesda VI. Малигнизация. Наличие неоспоримых морфологических признаков: папиллярного рака, низкодифференцированного рака, медуллярного рака, анапластического (недифференцированного рака), плоскоклеточного рака, метастаза, неходжкинской лимфомы, другое.

Риски злокачественности 96-99%. Тактика врача – тиреоидэктомия, при метастазах в щитовидную железу операция не показана.

Вывод: скрининговое ультразвуковое исследование с тонкоигольной аспирационной биопсией и последующим цитологическим исследованием является «Золотым стандартом» диагностики заболеваний щитовидной железы. Результат цитологического исследования тонкоигольной аспирационной биопсии образований щитовидной железы отвечает на один из наиболее важных вопросов, встающих перед врачом-эндокринологом на диагностическом этапе, – является патологический процесс злокачественным или доброкачественным.

МЕТАСТАЗ РАКА ПОЧКИ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Трухова Л.В., Торопова Н.Е., Липатова Е.Н, Морошкина Г.П.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Большинство неоплазий поджелудочной железы (ПЖ) являются первичными. Метастазы опухолей других локализаций встречаются редко. По литературным данным, частота метастатических новообразований в поджелудочной железе варьирует от 1,8 до 4% среди всех ее новообразований. Наиболее часто в поджелудочной железе встречаются метастазы светлоклеточного рака почки и рака легкого. Гораздо реже в поджелудочную железу метастазируют аденокарциномы желудочно-кишечного тракта (толстой и тонкой кишки, пищевода, желудка, желчного пузыря), рак щитовидной и молочной железы, кожи, мочевого пузыря, эндометрия и яичников. Но если при перечисленных заболеваниях поражение ПЖ, как правило, является одним из проявлений обширной опухолевой диссеминации, исключающей возможность оперативного вмешательства, то при раке почки оно нередко носит изолированный характер или сочетается с единичными метастазами в других органах. В нашей практике встречались единичные случаи метастаза мелкоклеточного рака легкого, рака молочной железы и рака почки.

Цель исследования. Проанализировать возможности цитологического метода для диагностики метастаза рака почки в поджелудочную железу.

Материалы и метод. Цитологическое исследование пунктата, полученного при ТАПБ образования поджелудочной железы. Микропрепарат окрашен с использованием набора реагентов для окрашивания LEUCODIF 200. Для исследования использовали микроскоп Leica DM 2500.

Результаты исследования. Пациентка Б. 1948 г.р. была направлена в консультативное отделение №1 ГБУЗ СОКОД 05.2005 г. с предварительным диагнозом рак левой почки по результатам КТ с места жительства. Проведено оперативное лечение. Выставлен диагноз – рак левой почки T2N0M0. В 2008, 2009, 2010 гг. пациентка проходила диспансерное наблюдение - по результатам УЗИ брюшной полости - данных за метастаз не выявлено. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы по типу жировой дистрофии. Вентральная грыжа передней брюшной стенки. 07.2023 г. пациентка обратилась в консультативное отделение №1 ГБУЗ СОКОД с жалобами на повышение артериального давления, аритмию, боли в животе не беспокоят. По результатам обследования с места жительства: опухоль хвоста поджелудочной железы. 35 мм, плеврит. Результаты обследования в ГБУЗ СОКОД: УЗИ брюшной полости - эхографическая картина опухоли хвоста поджелудочной железы, диффузные изменения печени и поджелудочной железы по типу жировой дистрофии, незначительный выпот в плевральной полости слева, состояние после нефрэктомии слева и холецистэктомии. Проведена эхокардиография, биохимия крови, консультация кардиолога, рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Выявлено: ИБС. Фибрилляция предсердий постоянная форма. Гипертоническая болезнь 3 ст, риск 4. Диффузный пневмофиброз, кардиомегалия, атеросклероз. Риск проведения специального лечения, диагностических процедур высокий. 08.2023 г. пациентке выполнена пункционная биопсия образования поджелудочной железы под УЗ - контролем. Граница тела - хвоста поджелудочной железы - образование округлой формы, 3,5 см в диаметре с неровными, нечеткими контурами, неоднородной гипоехогенной структуры. Материал отправлен на цитологическое исследование. Результат цитологического исследования: в полученном материале преимущественно элементы крови, жир, скопления фиброцитов, единичные группы клеток железистого эпителия без атипии. Врачом онкологом рекомендовано: консультация на предмет повторной биопсии поджелудочной железы. 01.09.2023 проведена повторной биопсия образования поджелудочной железы. Результат цитологического исследования: карцинома из клеток с обширной светлой цитоплазмой, вероятно светлоклеточный рак.

Выставлен диагноз: Диагноз: С64 рак левой почки T2N0M0 после оперативного лечения в 2005 г., прогрессия в августе 2023 - метастазы хвоста поджелудочной железы 2 кл.гр. От дальнейшего лечения и дообследования пациентка отказывается, оформлен письменный отказ. Рекомендовано: динамическое наблюдение в ЛПУ по месту жительства.

Вывод: цитологический метод исследования является малоинвазивным и высокоинформативным методом, который позволяет провести точное морфологическое исследование опухолей редких локализаций, к которым относится метастатическое поражение поджелудочной железы, на догоспитальном этапе.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА БРЕНТУКСИМАБ ВЕДОТИН В ТЕРАПИИ
ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА И Т - КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ
В ХТОН №2 ГБУЗ СОКОД В 2022 ГОДУ
Ульянов К.Ю.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Заболеваемость лимфомой Ходжкина (ЛХ) в России составляет 2,2 случая на 100000 населения в год, смертность достигает 0,61 случаев на 100000 населения в год (в 2016 г. впервые было выявлено 3 129 человек, умерло 879 человек). В Самарской области за 2022 года зафиксировано впервые выявленные С81 (лимфома Ходжкина): женщин – 47, мужчин – 48. С85 (Т-клеточные лимфомы): женщин – 36, мужчин – 49. Заболевание возникает в любом возрасте, но преимущественно в интервале 16 - 35 лет, в этой возрастной группе в России среди заболевших преобладают женщины. В связи с распространенностью данного заболевания среди населения, целью работы стал анализ эффективности лечения препаратом брентуксимаб ведотин в рамках терапии Лимфомы Ходжкина и Т - клеточной лимфомы, а также выявление возможных осложнений и частоты прогрессирования заболеваемости в ходе проведенных курсов лечения. Благодаря CD30+ направленному механизму действия, брентуксимаб ведотин способен преодолеть химиотерапевтическую резистентность, поскольку у пациентов, рефрактерных к многокомпонентной химиотерапии, неизменно экспрессируется антиген CD30+. Лимфома Ходжкина - это В-клеточное злокачественное лимфопролиферативное заболевание с частотой 2,2 случая на 100000 человек, характеризуется лимфоаденопатией, В-симптомами: лихорадка, ночные профузные поты, похудание на 10% массы тела за последние 6 мес. В качестве выбора препарата в химиотерапевтическом отделении №2 ГБУЗ СОКОД используется препарат Брентуксимаб ведотин, который представляет собой конъюгат моноклонального антитела и противоопухолевого вещества.

Цель исследования: анализ эффективности терапии препаратом брентуксимаб ведотин у пациентов с лимфомой Ходжкина и Т - клеточной лимфомой в ХТОН №2 ГБУЗ СОКОД в 2022 году.

В качестве материала исследования использовалась программа «стационар» ГБУЗ СОКОД, методом исследования является статистический анализ. В 2022 году на лечение препаратом брентуксимаб ведотин находились 5 пациентов, среди которых у 4 пациентов клинический диагноз С81 Лимфома ходжкина, у 1 пациента - С84 Т-клеточная лимфома. Один пациент прошел курс химиотерапии и лучевой терапии в 2020 году. В марте 2022 года было выявлено прогрессирование заболевания, проведена высокодозная химиотерапия ВЕАМ, реинфузия кровяных клеток. Находился на терапии брентуксимабом ведотин - проведено 1 введение. Ожидает продолжения терапии.

У одной пациентки было проведено 4 линии химиотерапии, курсы лучевой терапии после неоднократных рецидивов, аутотрансплонтация костного мозга, после чего с декабря 2021 года был назначен брентуксимаб ведотин, после 16 введения препарата прогрессирование заболевания не наблюдается, достигнута стабилизация.

У пациента с Т-клеточной лимфомой в 2021 году было проведено 6 циклов ПХТ по схеме СНОР, на данный момент находится на лечение брентуксимабом ведотином. Было проведено 2 введения, контрольное обследование планируется через 3 месяца от начало терапии. Двое пациентов из исследуемой группы получили 9 и 16 введения брентуксимаба ведотина соответственно, данных за прогрессирование заболевания не выявлено.

Заключение: препарат брентуксимаб ведотин успешно применяется в терапии лимфомы Ходжкина и Т-клеточной лимфомы в ХТОН №2 ГБУЗ СОКОД. Применение препарата соответствует Российским клиническим рекомендациям, а также международным стандартам лечения.

ОСОБЕННОСТИ ДОЗИМЕТРИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ С УЧЕТОМ ДОЗНОЙ НАГРУЗКИ НА ТРУБНЫЕ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

Штанов В.М., Яннаева Ю.Г., Щеглов А.Л.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Вопрос сохранения трубных слюнных желез у пациентов с опухолями головы и шеи является актуальным с точки зрения повышения качества жизни при получении лучевой терапии. Ранее эти структуры никак не учитывались при планировании, несмотря на то, что эти структуры являются важным звеном в образовании досточного количества слюны для увлажнения слизистых глотки. Обычно дистанционная лучевая терапия опухолей головы и шеи включает в себя облучение шейных лимфоколлекторов, в которые часто попадают подчелюстные и околоушные слюнные железы, что впоследствии приводит к угнетению их выделительной функции.

Цель исследования: улучшить подходы к планированию дистанционной лучевой терапии пациентов с опухолями головы и шеи, путем учета дозной нагрузки на трубные слюнные железы.

Материалы и методы. В данной работе был проведен ретроспективный анализ лучевой нагрузки на трубные слюнные железы и проспективный анализ результатов планирования лучевой терапии при условии, что дозное распределение будет обходить, на сколько это возможно, структуры трубных слюнных желез.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ 230 планов дистанционной лучевой терапии показал:

- В случае опухолей ротогортаноглотки, в 98% случаев нагрузка на трубные слюнные железы является допустимой;
- В случае опухолей носоглотки, в 94% случаев необходимо снижать дозную нагрузку на трубные слюнные железы для сохранения их секреторной функции.

Проспективный анализ 90 планов дистанционной лучевой терапии показал:

- Снижение дозой нагрузки на трубные слюнные железы до допустимого уровня возможно в 89% случаев;
- При наложении конуртов РТВ и органа риска следует ограничить дозу на остаточную ткань.

Выводы. Сохранение трубных слюнных желез является важной задачей для радиотерапевтов, топометристов и медицинских физиков. Так как в большинстве случаев, сохранение хотя бы этих слюнных желез ведет к улучшению качества жизни пациентов.

**ВЫЯВЛЕНИЕ АТТР-АМИЛОИДОЗА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ СЦИНТИГРАФИЧЕСКОМ
ОБСЛЕДОВАНИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**
Шубина Ю.Н., Артемьев Р.В., Гусак Ю.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Транстретиновая амилоидная кардиомиопатия (АТТР-КМП) представляет собой малоизученную причину быстро прогрессирующей сердечной недостаточности (СН), которая может протекать с преимущественным поражением сердца или как часть системного заболевания. На протяжении нескольких десятилетий «золотым стандартом» верификации диагноза амилоидоза сердца являлась биопсия миокарда с последующим гистологическим анализом, которая до сих пор остается основным методом диагностики для многих видов амилоидоза. Хотя об эффекте специфического накопления ряда радиофармпрепаратов (РФП) в миокарде при АТТР-КМП известно давно, только в 2017 г. проведено многоцентровое клиническое исследование для разработки и утверждения критериев данного вида диагностики. Это исследование открыло перспективы использования и применения неинвазивной диагностики для верификации АТТР-КМП. Сцинтиграфия миокарда с остеотропными РФП (^{99m}Tc-РУР, Пирфотех) позволяет неинвазивно с очень высокой специфичностью (>99%) и достаточной чувствительностью (86%) поставить диагноз и избежать эндомикардиальной биопсии.

Цель исследования: показать на личном опыте возможность и доступность методов радионуклидной диагностики для верификации АТТР-КМП.

Материалы и методы. Проведено исследование амбулаторной карты пациента ГБУЗ СОКОД, которому на диагностическом этапе были проведены физикальный осмотр, ТРУЗИ простаты с последующей биопсией, гистологическое исследование, остеосцинтиграфия, а после оперативного вмешательства контрольная остеосцинтиграфия и по направлению специалистов кардиоцентра – сцинтиграфия миокарда.

Результаты исследования. Пациент Щ., 71 год, обратился в ГБУЗ СОКОД в апреле 2015 г., после сдачи крови на ПСА-16,0 нг/мл, назначено ТРУЗИ предстательной железы с биопсией, пациент по семейным обстоятельствам на обследование не явился. Повторное обращение - в 2018 г., когда при амбулаторной сдаче крови на ПСА-35,06 нг/мл (26.09.2018г.) Предварительный диагноз: Гиперплазия предстательной железы. Seu с-г простаты. По результатам гистологического исследования: Рег. номера стекол: 107575-107578. Заключение: Мелкоацинарная аденокарцинома всех частей обеих долей предстательной железы, Глисон 6 (3+3). Врачом-онкологом назначена сцинтиграфия скелета. Заключение: Убедительных данных за специфические изменения костей скелета не получено. Дегенеративные изменения позвоночника, суставов конечностей. Контроль через 5-6 мес. Отмечается внекостное накопление индикатора в проекции сердца. (19.12.2018 г.). Проведено оперативное лечение в условиях стационара - РПЭ в 2019 г.

С февраля 2019 г. по май 2023 г. пациент не посещал врача-онколога в ГБУЗ СОКОД, к кардиологу также не обращался. В 2023 г. на приеме с диагнозом: С61. Рак предстательной железы рT2c0M0, G2, 2ст. РПЭ (2019г.) Б/х рецидив (05.2023г.), 2кл.гр. Рекомендовано: гормонотерапия аналогами ЛГРГ в ОИМдЛ, ВК от 21.06.2023г. При дообследовании получены следующие результаты остеосцинтиграфии: Убедительных данных за специфические изменения костей скелета не получено. Дегенеративные изменения позвоночника, суставов плечевого пояса. Без особой динамики от 2018 г. Рекомендовано: сцинтиграфия миокарда в ГБУЗ СОКОД, консультация кардиолога в СОККД. Кардиолог выдал направление на обследование, пациенту была проведена сцинтиграфия миокарда – Заключение: Активность ^{99m}Tc-РУР - 600 мЗв (Пирфотех) Дата: 19.07.2023 г. Протокол: планарное исследование и ОЭКТ через 3 часа.

Отношение накопления РФП в миокарде по отношению к контралатеральной зоне (на этапе через 3 часа) - 2,19 (соотношение больше чем 1,5 характерно для АТТР-амилоидоза, в данном случае вероятно положительный результат). При оценке сцинтиграмм в ОЭКТ - режиме визуализируется выраженное накопление РФП в миокарде ЛЖ и ПЖ. Полуколичественная оценка по данным ОЭКТ (на этапе через 3 часа) - Grade 3.

Заключение: Выявлено накопление РФП в миокарде, характерное для АТТР-амилоидоза.

При дальнейшем генетическом исследовании АТТР-амилоидоз у пациента был подтвержден.

Выводы: сцинтиграфия миокарда является неинвазивным и доступным диагностическим инструментом с высокой чувствительностью и специфичностью в отношении АТТР-КМП, в сочетании с генетической экспертизой. Имеется высокая вероятность случайной верификации данной патологии при проведении остеосцинтиграфии у пациентов онкологического профиля.

МЕДУЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Щавелева С.С., Торопова Н.Е., Липатова Е.Н., Морошкина Г.П.,
Трухова Л.В., Азова М.А.

ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер

Актуальность. Медуллярный рак щитовидной железы (МР) – это злокачественная нейроэндокринная опухоль из парафолликулярных клеток (С-клеток) щитовидной железы. По данным разных авторов, он составляет 2-5% от всех злокачественных опухолей этого органа.

МР щитовидной железы по своему клиническому течению более агрессивен по сравнению с папиллярными и фолликулярными карциномами. Опухоль имеет более выраженные локальные инвазивные свойства, характеризуется ранним регионарным (до 70%) и отдаленным (до 35%) метастазированием. 10-летняя выживаемость пациентов с опухолью, ограниченной щитовидной железой, составляет 95%, при появлении регионарных метастазов этот показатель падает до 75%, а при развитии отдаленных метастазов – до 40%. На сегодняшний день остаются актуальными вопросы ранней диагностики МР на догоспитальном этапе, т.к. чаще всего заболевание выявляется на поздних стадиях. Основными диагностическими методами являются ультразвуковое исследование (УЗИ), тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) с цитологическим исследованием и определение уровня кальцитонина в крови. По сводным литературным отечественным данным точность цитологической диагностики составляет до 86%.

Цель исследования: проанализировать возможности ранней диагностики МР щитовидной железы с помощью цитологического метода.

Материалы и метод. Цитологическое исследование пунктата, полученного при ТАПБ образования щитовидной железы. Микропрепарат окрашен с использованием набора реагентов для окрашивания LEUCODIF 200. Для исследования использовался микроскоп Leica DM 2500.

Результаты исследования. Пациент А., 1946 г.р., обратился в ГБУЗ СОКОД в 03.2023 г. с жалобами на дискомфорт в области щитовидной железы. По данным УЗИ с места жительства от 01.2023 г. – узлы щитовидной железы размером до 17 мм. Заболевание выявлено впервые при прохождении профосмотра в поликлинике. Сцинтиграфия от 02.2023 г. – данных за аденому и гиперплазию паращитовидных желез нет.

При пальпации щитовидная железа в объеме не увеличена, структура неоднородна, очаговая патология четко не пальпируется. При непрямой ларингоскопии голосовые складки симметрично подвижны при фонации. Выставлен предварительный диагноз: диффузно-узловой зоб, первично назначено УЗИ щитовидной железы и ТАПБ под УЗИ контролем.

Выполнено УЗИ щитовидной железы в ГБУЗ СОКОД: в левой доле в нижнем сегменте на границе с перешейком выявлено гипоехогенное образование с четкими, умеренно неровными контурами, неоднородной структуры за счет микрокальцинатов и мелких гиперэхогенных включений, размерами 17*11,5 мм. Заключение: узловое образование левой доли щитовидной железы, TI-RADS 3-4. Выполнена ТАПБ образования, материал отправлен на цитологическое исследование.

Цитологическое заключение: рак с выраженным клеточным полиморфизмом с единичными ядрами папиллярного типа. Возможно, медуллярный рак, полиморфноклеточный вариант, Bethesda VI.

Проведен врачебный консилиум, по решению которого показано хирургическое лечение в отделении опухолей головы и шеи ГБУЗ СОКОД. В 05.2023 г. выполнена тиреоидэктомия, материал отправлен на гистологическое исследование.

Гистологическое заключение: опухоль солидно-альвеолярного строения из крайне полиморфных клеток, с отложением гомогенного вещества, неинкапсулированная, без экстратиреоидного распространения, 15 мм, без сосудистой инвазии. Гистологическая

картина более соответствует медуллярной карциноме, рекомендовано иммуногистохимическое исследование.

Результат иммуногистохимического исследования: Calretinin, TTF-1, Thyroglobulin – отрицательно; Ki 67 5%; Calcitonin – положительная экспрессия, яркое цитоплазматическое окрашивание. Заключение: иммунофенотип соответствует медуллярной карциноме щитовидной железы.

Выводы. Для МР цитологическое исследование пунктата опухоли щитовидной железы, увеличенных лимфатических узлов шеи или других патологических очагов при скрыто протекающей опухоли является практически единственным морфологическим методом долечевой диагностики, верифицирующим этот клинический диагноз.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ Щукин В.Ю., Шубина Ю.Н., Щукина А.Ю.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак шейки матки (РШМ) остается одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей у женщин. В последние годы наблюдается рост заболеваемости женщин репродуктивного возраста. Согласно клиническим рекомендациям стандартом хирургического лечения инвазивного РШМ остается расширенная экстирпация матки с придатками и тазовая лимфодиссекция. В последнее десятилетие у пациенток репродуктивного возраста возможно выполнение органосохраняющей операции – радикальная абдоминальная трахелэктомия. Исследование сигнальных лимфатических узлов (СЛУ) может сократить объем вмешательства и минимизировать тем самым травматичность и риск послеоперационных осложнений, что в конечном итоге приведет к значительному улучшению качества жизни больных.

Появление метода точной оценки состояния регионарных лимфатических узлов (исследование сигнальных лимфоузлов) может способствовать сокращению времени и затрат на морфологическое исследование, уточнению стадии заболевания, индивидуализации объема оперативного вмешательства, в том числе определяя показания к органосохраняющему лечению, а так же индивидуализации адъювантной терапии.

Цель исследования. Анализ результатов выполнения биопсии сигнальных лимфоузлов у пациенток при РШМ.

Материалы и методы. В отделении онкогинекологии Самарского областного клинического онкологического диспансера с августа 2023г. по октябрь 2023г. выполнено 3 операций с определением сторожевых лимфатических узлов. На догоспитальном этапе для определения распространенности выполнялись УЗ и МР методы исследования, морфологическое исследование биопсии опухоли шейки матки. Представлена серия клинических случаев применения Сентискана у трех больных при РШМ. Морфологическое исследование операционного материала проводилось в плановом порядке.

Результаты. Всем больным за 24 часа до операции в шейку матки вводилось по 0,4 мл раствора РФП, с общей активностью 75 МБк. Через 21 час после инъекции препарата выполнялась сцинтиграфия в передней и задней проекциях. Интраоперационно для определения СЛУ использовался портативный у-детектор RadPointer-Gamma (производитель ООО «МедикорФарма-Урал» и Gamma-Finder. Всем больным произведены детекция и удаление СЛУ с последующей контрольной оценкой уровня у-излучения и гистологическим исследованием. Тазовая лимфодиссекция выполнялась всем пациентам согласно клиническим рекомендациям. У одной пациентки морфологически подтвержден метастаз в сигнальном лимфоузле, при отсутствии метастазирования в других удаленных тазовых лимфоузлах

Выводы. Представленные клинические наблюдения продемонстрировали эффективность детекции СЛУ при РШМ с применением РФП Сентискан. Биопсия сторожевых лимфоузлов представляется перспективной альтернативой, что может быть применимо при органосохраняющих операциях и в случаях, когда выполнение тазовой лимфодиссекции противопоказано по высоким рискам осложнений. Данная методика требует продолжения исследований, накопления и анализа материала.

БИОПСИЯ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ПАЦИЕНТОК ПРИ РАКЕ ЭНДОМЕТРИЯ

Щукин В.Ю., Шубина Ю.Н., Александрова Е.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак тела матки занимает лидирующие позиции в структуре онкологических заболеваний женской репродуктивной системы. По данным статистики, в 2021 г. было диагностировано 62 000 новых случаев рака эндометрия в мире и, что особо настораживает, прогнозируется увеличение показателей, как заболеваемости, так и смертности при раке эндометрия со скоростью 1-2% в год. По данным МНИОИ им. П.А. Герцена в РФ за 2021г. было выявлено более 25 000 новых случаев рака данной локализации, из них 630 – в Самарской области. В Российской Федерации рак эндометрия в структуре онкологических заболеваний женского населения занимает 3-ю позицию, уступая лишь раку молочной железы и раку кожи. Основным методом лечения рака эндометрия - хирургический. При раке эндометрия I стадии выполнение лимфодиссекции (при промежуточном и высоком рисках метастазирования) необходимый этап хирургического стадирования. Учитывая возраст и сопутствующую патологию пациентов при раке эндометрия, биопсия сигнальных лимфатических узлов является перспективной альтернативой стадирующей лимфаденэктомии, снижая риски послеоперационных осложнений.

Цель исследования. Анализ результатов выполнения биопсии сигнальных лимфоузлов у пациенток при раке эндометрия с применением отечественного радиофармпрепарата «Сентискан».

Материалы и методы. В отделении онкогинекологии Самарского областного клинического онкологического диспансера с августа 2023г. по октябрь 2023 г. выполнено 7 операций с определением сторожевых лимфатических узлов. На догоспитальном этапе для определения распространенности выполнялись УЗ и МР методы исследования, морфологическое исследование биопсии эндометрия. Представлен анализ определения СЛУ с применения Сентискана у пациенток при раке эндометрия. Морфологическое исследование операционного материала проводилось в плановом порядке.

Результаты. Всем больным за 24 часа до операции в шейку матки вводилось по 0,4 мл раствора РФП, с общей активностью 75 МБк. Через 2 часа после инъекции препарата выполнялась сцинтиграфия в передней и задней проекциях. Интраоперационно для определения СЛУ использовался портативным γ -детектор RadPointer-Gamma (производитель ООО «МедикорФарма-Урал») и Gamma-Finder. Всем больным произведены детекция и удаление СЛУ с последующей контрольной оценкой уровня γ -излучения и гистологическим исследованием. Во всех случаях у пациенток (с промежуточным и высоким рисками метастазирования) в сигнальных лимфоузлах не выявлено метастатических изменений. В группе пациенток с высоким риском метастазирования выполнялась тазовая лимфодиссекция согласно клиническим рекомендациям.

Выводы. Представленные клинические наблюдения продемонстрировали эффективность детекции СЛУ при раке эндометрия с применением РФП Сентискан. Биопсия сторожевых лимфоузлов представляется перспективной альтернативой стадирующей лимфаденэктомии при раке эндометрия I стадии у пациенток с тяжелой сопутствующей патологией, снижая риски послеоперационных осложнений. Данная методика требует продолжения исследований, накопления и анализа материала.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РЕАГЕНТАМИ И РАСХОДНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ГБУЗ СОКОД

Ярыгина А.В., Торопова Н.Е., Горина А.О.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Одной из основных задач лабораторной службы является внедрение новых организационных моделей управления лабораторными процессами. Выполнение этой задачи помогает обеспечить безопасное лабораторное сопровождение медицинской помощи, которое состоит в получении достоверных результатов лабораторных исследований. В 2018 году Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения разработала «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской лаборатории». Один из разделов Предложений описывает организацию процесса управления реагентами и расходными материалами (далее РиМ). Получение своевременных и достоверных результатов лабораторных исследований напрямую зависит от срока поставки, качества поставленных РиМ, от соблюдения условий их хранения.

Цели и задачи исследования. Внедрить систему организации процесса управления реагентами и расходными материалами в клинико-диагностической лаборатории ГБУЗ СОКОД.

Материалы и методы. «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской лаборатории» Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, Москва, 2018 год; ГОСТ Р ИСО 15189-2015 «Частные требования к качеству и компетентности», утвержден Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии 27.05.2015 г. №297-ст; «Система управления качеством в лабораториях. Пособие» Бюро ВОЗ, Лион, Отдел лабораторных систем Центров по контролю и профилактики заболеваний (CDC), США, Институт клинических и лабораторных стандартов (CLSI), США.

Результаты исследования. Были разработаны следующие документированные процедуры: «Регламент оформления годовой заявки на реагенты и расходные материалы и получения из аптеки реагентов и расходных материалов для групп КДЛ», алгоритмы выдачи реагентов и расходных материалов сотрудникам с внутренних складов групп КДЛ. В разработанных документах регламентируется процедура расчета потребности РиМ при составлении годовой заявки, оформление и передача сводной годовой заявки ответственному лицу ГБУЗ СОКОД, составление текущих заявок после заключения контрактов. Подробно описывается, как проводится прием, учет и входной контроль РиМ. Материально-ответственные лица групп КДЛ в аптеке при получении РиМ осуществляют входной контроль. Проверяют артикул, лот, срок годности, соблюдение «холодовой цепи» при доставке, соответствие поставленных РиМ текущей заявке и информации в сопроводительной документации. Материально-ответственные лица составляют электронную заявку в программе «Парус» на позиции, прошедшие входной контроль. При получении из аптеки РиМ регистрируют в журнале «Учета поступления реагентов и расходных материалов на внутренний склад группы КДЛ», каждой позиции присваивают уникальный номер. В клинико-диагностической лаборатории выделены отдельные помещения (внутренние склады) для хранения РиМ. Хранение РиМ на внутреннем складе и в рабочих кабинетах осуществляется с соблюдением условий, заявленных производителем в соответствии с маркировкой на упаковке и инструкциями. Выдача РиМ с внутреннего склада групп КДЛ осуществляется материально-ответственными лицами по заявкам сотрудников КДЛ (исполнителей работ) по принципу FEFO (First Expire, First Out «первый истекает — первый выходит»). Материально-ответственные лица регистрируют в журнале учета выдачи со склада

реагентов и расходных материалов дату выдачи, наименование, количество, срок годности выданных РиРМ, источники финансирования, списывают РиРМ в программе «Парус». Разработана система инвентарного контроля РиРМ в клиничко-диагностической лаборатории. Она включает в себя ежемесячную инвентаризацию на складе, которую проводит руководитель группы КДЛ совместно с материально-ответственным лицом и ежемесячную проверку соответствия заявок на получение реагентов и расходных материалов с внутреннего склада группы, записей в «Журнале учета выдачи со склада реагентов и расходных материалов к ним» и информации в программе «Парус». По результатам проверки группой лабораторного контроля работы внедренной системы управления РиРМ нарушений не выявлено.

Вывод. Внедренная система организации процесса управления реагентами и расходными материалами в клиничко-диагностической лаборатории ГБУЗ СОКОД показала свою эффективность.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-------|
| ЙОКОГАМСКАЯ СИСТЕМА ОФОРМЛЕНИЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛУ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Азова М.А., Торопова Н.Е., Липатова Е.Н., Морошкина Г. П., Трухова Л.В., Щавелева С.С. | 3-4 |
| АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН Айбетова Э.Р., Лозовая С.В., Пущенко А.И., Скупченко А.В. | 5-6 |
| КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЁННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Акамова Э.М., Чекулаев Р.А., Козлов В.А. | 7-8 |
| СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЦИНТИГРАФИИ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЗА 2022-2023 гг. Артемьев Р.В., Шубина Ю.Н., Гусак Ю.В. | 9 |
| РАБОТА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОКОД В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ НАГРУЗКИ Башлыкова Г.В., Исхакова Г.Н. | 10 |
| ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ Блинов Н.В., Фролов С.А., Тулупов М.С. | 11 |
| РОЛЬ МЕХАНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ Блинов Н.В., Фролов С.А., Тулупов М.С. | 12 |
| ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТНЫХ РАН ПОСЛЕ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ ЛОКАЛЬНО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ Блинов Н.В., Фролов С.А., Мешков А.В., Окулевич Н.Б. | 13 |
| ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ Борисова Е.Б., Трусова Л.А., Полукарова И.В., Круглова П.Л., Долгинин В.В., Байчорова М.Г., Золотарева Т.Г. | 14-15 |

| | |
|--|-------|
| ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ СОВМЕСТНО С ГЕМОСОРБЦИЕЙ В ОРИТ ГБУЗ СОКОД Вишняков В.А., Калинович А.А., Лозовая С.В. | 16-17 |
| ВЫЯВЛЕНИЕ СЛАДЖ-ФЕНОМЕНА У БОЛЬНОГО С ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Воронцова О.К., Макарова И.В., Ярыгина А.В., Горопова Н.Е. | 18-19 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ КОМБИНИРОВАННОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ГОРТАНИ Выжигина Б.Б., Кропотов М.А., Сафаров Д.А., Погребняков И.В. | 20 |
| КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЛЕГКОГО В СЕРДЦЕ Вышинская В.А., Югина О.В., Кузнецов А.Г., Селезнева А.В., Баканова Ю.Г., Атанов А.В. | 21-22 |
| ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МУЦИНОЗНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ Галкин Р.А., Баландина А.В. | 23-24 |
| КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯЗЫКА ПОСЛЕ ГЕМИГЛОССЭКТОМИИ Ганина К.А. Кропотов М.А., Саприна О.А, Косова Е.В., Акетов ¹ Т.А., Герасимов О.В., Исаева М.Т. | 25 |
| ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПЕРСОНАЛЬНОГО БЛОГА И СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Гарина А.А., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Белова Т.Г., Шорникова А.П. | 26-28 |
| PR В ОНКОЛОГИИ. РАССТАВЛЯЕМ АКЦЕНТЫ Гарина А.А., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Шорникова А.П., Белова Т.Г. | 29-31 |
| ИНФОРМАЦИОННО - ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЕ ПРОГРАММЫ «ПРОСТО ОБ ОНКОЛОГИИ» КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОБ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (в рамках реализации национального проекта «Здравоохранения») Гарина А.А., Шорникова А.П., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Белова Т.Г. | 32-33 |
| РАСПРОСТРАНЁННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РАК - НЕ ПРИГОВОР. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ Гончаров М.А., Круглова П.В., Куюкина Ю.В., Долгинин В.В., Байчорова М.Г. | 34-35 |

| | |
|---|-------|
| НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. ВАЖНЫЕ СЛУЧАЙНЫЕ НАХОДКИ ПРИ ЭНДОСОНОГРАФИИ И ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ УЗИ Горбунова С.В., Лужнова Т.П., Круглова И.И., Аблекова О.Н. | 36-37 |
| ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХЕМИЛЮМИНИСЦЕНТНОГО АНАЛИЗАТОРА «ARCHITECT i2000SR» ДЛЯ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОНКОМАРКЕРОВ В СЫВОРОТКЕ ПАЦИЕНТОВ Грошева М.С., Торопова Н.Е., Рылеева М.А. | 38-39 |
| РОЛЬ СОПРОВОДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ Добрянина О.С. | 40 |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНосоХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ Евсеев Д.С., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Боряев А.Н., Трубин А.Ю. | 41-42 |
| МИКРОСАТЕЛЛИТНАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПРИ КАРЦИНОСАРКОМЕ МАТКИ Зузолина М.П., Югина О.В., Кузнецов А.Г., Селезнева А.В., Атанов А.В., Баканова Ю.Г. | 43 |
| ТРАНСФОРМАЦИЯ АЦИНАРНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НЕЙРОЭНДОКРИННЫЙ РАК НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ Зузолина М.П., Югина О.В., Кузнецов А.Г., Селезнева А.В., Баканова Ю.Г., Атанов А.В. | 44-45 |
| РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ПРОЕКТИРОВАНИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ЭНДОПРОТЕЗА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА Иванов В.В., Николаенко А.Н., Дороганов С.О., Хобта Р.В., Сапожников В.А., Меркулов В.Н. | 46-48 |
| ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Иванов В.В., Николаенко А.Н., Дороганов С.О., Хобта Р.В., Сапожников В.А., Меркулов В.Н. | 49-50 |
| ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК КРИТЕРИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ Г.А. Игнатенко, И.Е. Седаков, О.В. Колычева | 51 |

| | |
|---|-------|
| СНИЖЕНИЕ РАННИХ КАРДИОТОКСИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ АДАПТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ Г.А. Игнатенко, И.Е. Седаков, О.В. Колычева, Кульков С.К. | 52 |
| МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ Ильясова А.Н. | 53-54 |
| ИНКОНТИНЕНЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Исаргапов Р. М., Воздвиженский М.О., Хакимов В.Г., Борзенкова Е.В., Фольц А.В. | 55 |
| ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ Каганов О.И., Байчорова М.Г., Столяров С.А., Супильников А.А., Трусова Л.А. | 56 |
| РЕКОНСТРУКЦИЯ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА ПОСЛЕ ЭТАПНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П. | 57 |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПОФИЛИНГА ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П. | 58 |
| ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ Каганов О.И., Орлов А.Е., Швец Д.С., Козлов А.М., Миколенко Н.И. | 59 |
| МЕЛАНОМА ВУЛЬВЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Каганов О.И., Золотарева Т.Г., Каландарзода Ш.Д., Щукин В.Ю., Габриелян А.Г. | 60-61 |
| МЕСТО АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СТОМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Постников М.А., Габриелян А.Г. | 62-63 |
| МЕНЕДЖМЕНТ КРОВИ ПАЦИЕНТА В ОНКОЛОГИИ Каганов О.И., Крюкова Э.Г., Манакова Т.А., Лакиза О.Л., Мишков Н.А. | 64 |

| | |
|--|-------|
| ВАКУУМНО-АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ КАК МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ Каганов О.И., Мартынова Е.В., Смирнов Е.В., Харитонов А.В. | 65 |
| ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ПУНКЦИОННО-ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ Каганов О.И., Махонин А.А., Мясникова Д.Д. | 66 |
| ОТСРОЧЕННАЯ ПЛАСТИКА ДЕФЕКТА ГЛОТКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ Каганов О.И., Орлов А.Е., Махонин А.А., Сидоренко А.О. | 67-68 |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ГЛАТИОН» ПАЦИЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Каганов О.И., Сивохина Т.А., Золотарева Т.Г., Новикова Е.Н., Кожина М.В. | 69 |
| ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Каганов О.И., Орлов А.Е., Ткачев М.В., Облап А.А. | 70-71 |
| РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОАДЪЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БАЗАЛЬНОПОДОБНЫМ ПОДТИПОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Катюшин А.А., Коновалова Т.В. | 72 |
| ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ РАК КОЖИ (ЭРК) В СОЧЕТАНИИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Казеев М.В., Братко С.Н., Казеев В.И., Казеева Н.В. | 73 |
| РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ EGFR В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Калиновская Е.В., Косталанова Ю.В., Краснощекова Е.А. | 74-75 |
| ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ КОСТЕЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ Климентьева К.О. | 76-77 |
| КЛИНИЧЕСКАЯ, ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ И ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БЕСПИГМЕНТНОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ Козлов Г.Н., Югина О.В., Неретин Е.Ю., Кузнецов А.Г., Атанов А.В. | 78-79 |

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И РАННЕЙ
ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ**

Козлова О.А., Золотарева Т.Г., Марушева О.В.

.....80-81

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Колесник Н.В., Колесник И.В.

.....82-83

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ИММУНОТЕРАПИИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ**

Косталанова Ю.В., Орлов А.Е., Каганов О.И., Гиматдинова Г.Р.,

Данилова О.Е., Давыдкин Г.И., Давыдкин И.Л.

.....84-85

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ
С ПОЛИПОВИДНОЙ ФОРМОЙ «РАННЕГО» РАКА ЭКТОПИРОВАННОЙ ЧАСТИ
ЖЕЛУДКА В СОКОД**

Круглова И.И., Кузнецова Р.Н.

.....86-87

**ИНФОРМАТИВНОСТЬ ТРАНСВЛАГАЛИЩНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ
ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ**

Кузнецова Т.К., Чехунова П.В., Аблекова О.Н.

.....88

**ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОК
С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ
С ПАННИКУЛЭКТОМИЕЙ**

Лебедько Е.В. Крюкова Э.Г. Щукин В.Ю. Суркова И.А. Александрова Е.Г.

.....89-90

**ТРУДНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ
ОПУХОЛИ**

Липатова Е.Н., Торопова Н.Е., Морошкина Г.П. Трухова Л.В. Азова М.А.,

Никитина А.О., Щавелева С.С.

.....91

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МЕТАСТАЗАМИ
ПРИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАХРОННЫХ ОПУХОЛЯХ**

Логинова Ю.Г., Бондаренко М.М., Савельева И.Ю., Письменная А.Д., Гончаров М.А.,

Аитова Г.Х., Копылов А.В.

.....92-93

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
У ПАЦИЕНТОВ АБДОМИНАЛЬНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ:
ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ МЕТОДА**

Лужнова Т.П., Аблекова О.Н., Фролов С.А.

.....94

**ГИНЕКОМАСТИЯ И РАК IN SITU. ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Лужнова Т.П., Веселова Т.Д., Каганов О.И.

.....95

**ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО (ЛУЧЕВОГО) ПАТОМОРФОЗА
ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК
ПРЯМОЙ КИШКИ КОРОТКИМ КУРСОМ И ДЛИТЕЛЬНЫМ КУРСОМ ЛУЧЕВОЙ
ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФТОРПИРИМИДИНОВ**

Лукьянова И.В., Носова Н.В., Костромина Л.И., Парфенова Н.Ю., Куликова С.А.
Кульджанов Т.С

.....96-97

РОЛЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ

Лукьянова И.В., Носова Н.В., Костромина Л.И., Парфенова Н.Ю., Куликова С.А.

.....98

**РЕЗУЛЬТАТЫ БРОНХО - И АНГИОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК ЛЕГКОГО В ГБУЗ СОКОД**

Ляс Н.В., Амосов Н.А., Юрченко Р.А., Тюлюсов А.М., Шапиро С.А., Ткачев А.А.

.....99-100

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА
КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

Ляс Н.В., Юрченко Р.А., Ткачев А.А., Тюлюсов А.М., Амосов Н.А., Шапиро С.А.

.....101-103

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК ЛЕГКОГО**

Ляс Н. В., Тюлюсов А. М., Амосов Н.А. Юрченко Р.А., Шапиро С.А., Ткачев А.А.

.....104-105

**МНОГОФАЗНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРИЧИН
БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ГЕНЕЗА**

Макаева А.А., Болтовский А.В., Баландина А.В.

.....106

ПРИМЕНЕНИЕ E-SIM ТЕСТА В ЛАБОРАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Мальцева Н.В., Бикинеева М.М., Рыбалко И.С., Печорская Е.А., Торопова Н.Е.

.....107

**ОПЫТ ОДНОМОМЕНТНОЙ ПРЕПЕКТОРАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ
ИМПЛАНТАТАМИ С МИКРОТЕКСТУИРОВАННЫМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ РАКЕ
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Мартынова Е.В., Григорьева Т.С., Можаяева И.А., Козьменко О.В., Мезенцев К.А.

.....108

**РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ «БИОПСИЯ
СИГНАЛЬНОГО ЛИМФОУЗЛА» ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ**

Мартынова Е.В., Козьменко О.В., Григорьева Т.С., Можаяева И.А., Раптанов Л. Н.

.....109-110

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЛЕЧЕНИЯ HER + МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА
ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА**

Махнутина М.В., Волкова К.С.

.....111

**ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУЦИЯ ЭЗОФАГОФАРИНГЕАЛЬНОГО
КОМПЛЕКСА ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ЛАРИНГЭКТОМИЙ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕКТОРАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАТА**

Махонин А.А., Габриелян А.Г., Нестеров А.Н., Осокин О.В., Синотин А.И.

.....112-113

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ
ХИМИОТЕРАПИИ, ИММУННОЙ ТЕРАПИИ, ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ МЕЛАНОМЫ**

Микличева Ю.А., Махнутина М.В.

.....114

РЕСома: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Морошкина Г.П., Торопова Н.Е., Липатова Е.Н., Трухова Л.В., Азова М.А., Щавелева С.С.

.....115-116

РЕДКИЕ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОПУХОЛЬ АБРИКОСОВА

Муфтахутдинова А.Р., Югина О.В., Баканова Ю.Г., Селезнева А.В., Зузулина М.П.

.....117-118

**МИЛАНСКАЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ
МАТЕРИАЛА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТОНКОИГОЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ОБРАЗОВАНИЙ
СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ (MSRSGC)**

Никитина А.О., Торопова Н.Е., Азова М.А., Трухова Л.В.

.....119-120

**АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ РАКОМ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ И РФ
С 2011Г. ПО 2021ГГ.**

Никищечкин С.А., Печинина И.А., Леснова Е.И., Неретин Е.Ю., Логинова Ю.Г.,
Копылов А.В.

.....121

**РАЗРАБОТКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКОГО
ЭНДОПРОТЕЗА ПЯСТНО-ФАЛАНГОВОГО СУСТАВА**

Николаенко А.Н., Иванов В.В., Дороганов С.О.

.....122-123

**АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ВЫЕЗДНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОТДЕЛЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ
И В УЧРЕЖДЕНИЯХ Г.О.САМАРА И САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Окунева И.В., Золотарева Т.Г., Козлова О.А., Крестьянская А.Е.

.....124-125

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 5 ЛЕТ**

Окунева И.В., Золотарева Т.Г., Козлова О.А.

.....126-127

| | |
|---|---------|
| АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 5 ЛЕТ Окулева И.В., Золотарева Т.Г., Козлова О.А. | 128-129 |
| ОПЫТ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА НА БАЗЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ СОКОД Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Каганов О.И., Козлов А.М., Швец Д.С., Миколенко Н.И. | 130-131 |
| ХИРУРГИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ПЯТЬ ЛЕТ НАШЕЙ РАБОТЫ Орлов А.Е., Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Швец Д.С., Козлов А.М., Миколенко Н.И., Киркиж В.С. | 132-133 |
| ПЕРВИЧНО МНОЖЕСТВЕННЫЙ РАК. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ И ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ Орлов А.Е., Каганов О.И., Якимова А.Ю., Хуснутдинова В.П., Борисов А.П. | 134 |
| ПРОГРАММА УЧЕТА И ОБРАБОТКИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ СОБЫТИЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПОСТОЯННОГО УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Орлов А.Е., Прошина О.А., Подусова Т.Н., Вакулич Е.А. | 135-137 |
| ОПЫТ РАБОТЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ КОМАНДЫ ГБУЗ СОКОД НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА I И II -М ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Орлов А.Е., Сивохина Т.А., Вдовина И.А., Золотарева Т.Г. | 138-139 |
| ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННОГО БАЛЛОНА ДЛЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ Орлов А.Е., Скупченко А.В., Репин А.А., Рассудишкин А.С., Лысенко А.В., Пущенко А.И. | 140 |
| ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ Орлов А.Е., Сомов А.Н., Романова Ю.Э., Шабардина А.С., Юсупов Р.Н. | 141 |
| ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТА МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С ДИАГНОЗОМ НЕФРОБЛАСТОМА ЛЕВОЙ ПОЧКИ В ГБУЗ СОКОД Павлова Е.Л., Яннаева Ю.Г., Яковлева И.А., Штанов В.М., Пчелинцева В.А. | 142 |

| | |
|---|---------|
| ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ МЕЛАНОМЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР Письменная А.Д., Пушкарева Т.М, Полукарова И.В., Савельева И.Ю., Байчорова М.Г., Петрова И.В. | 143-144 |
| ЛЕЧЕНИЕ ГОРМОНОПОЗИТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Пушкарева Т.М., Письменная А.Д., Бельская Е.Г., Байчорова М.Г. | 145-146 |
| ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ Родионова В.А., Лебедев П.А., Паравина Е.В., Шахов И.А. | 147-148 |
| МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ИНДЕКС ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ МИОКАРДА КАК РАННИЙ МАРКЕР КАРДИОТОКСИЧНОСТИ Родионова В.А., Лебедев П.А., Паравина Е.В., Шахов И.А. | 149-150 |
| ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И АКТУАЛЬНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ СЕРОТОНИНА ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ СКРИНИНГЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА Сазонкина К.С., Никишечкин С.А., Леснова Е.И., Печинина И.А., Золотарева Т.Г., Копылов А.В. | 151-152 |
| МАЛОИНВАЗИВНАЯ КРИОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ РОТОГЛОТКИ Седаков И.Е., Чистяков А.А., Степанов А.И., Паниев С.Ю., Ползиков Г.Н., Глазкова И. | 153-154 |
| ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА В РАННЕМ ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ ГБУЗ СОКОД Сивохина Т.А., Золотарева Т.Г., Крейндель М.Д., Бусова О.И. | 155-156 |
| ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ТИП ОТНОШЕНИЯ К МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ КАК ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ Сивохина Т.А., Кудряшова А.А., Золотарева Т.Г. | 157-158 |
| АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ДГПЖ Смирнов Е.В., Лужнова Т.П., Стеценко Т.Н. | 159 |

| | |
|---|---------|
| ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ VMAT У ПАЦИЕНТКИ С ДИАГНОЗОМ РАК ВЛАГАЛИЩА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ Собина С.С., Лукьянова И.В., Каганов О.И., Куликова С.А., Носова Н.В., Парфёнова Н.Ю., Костромина Л.И. | 160-161 |
| ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ФОКУСИРОВАННОЙ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АБЛЯЦИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДОЛГОСРОЧНОМ НАБЛЮДЕНИИ Соловов В. А., Тюрин А. А., Ганьжов В.О., Фесенко Д.В. | 162 |
| РАДИОЧАСТОЧНАЯ АБЛЯЦИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ДЕВЯТИЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ Соловов В.А., Ганьжов В.О., Матяш Я.С. | 163 |
| ДОЛГОСРОЧНЫЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОТЕРАПИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ Соловов В.А., Ганьжов В.О., Фесенко Д.В. | 164 |
| РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМ МОНИТОРИНГА В АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЕ МОНИТОРИНГА ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МИНЗДРАВА РОССИИ: «МОНИТОРИНГ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦАОП» Сомов А.Н., Юсупов Р.Н., Романова Ю.Э., Шабардина А.С. | 165-166 |
| ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОПОТОЧНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЭЛА Тимирбулатов Т.Ш., Вишняков В.А., Меркулова С.М. | 167-168 |
| АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТОНКОИГОЛЬНОЙ БИОПСИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Толстых Ю.Е., Аблекова О.Н. | 169 |
| РОЛЬ И АНАЛИЗ ОШИБОК ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ КРОВИ В ОТДЕЛЕНИЯХ СТАЦИОНАРА Торопова Н.Е., Грошева М.С., Рылеева М.А. | 170-171 |
| ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ Трубин А.Ю., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Котикова В.И., Леснова Е.И. | 172 |
| ОБЪЕМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ Трубин А.Ю., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Боряев А.Н., Хакимов В.Г. | 173 |

| | |
|---|----------------|
| ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ. ДАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ ОНКОУРОЛОГИИ ГБУЗ СОКОД Трубин А.Ю., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Леснова, Е.И., Котикова В.И. | 174 |
| СИСТЕМА VETHESDA ДЛЯ ОЦЕНКИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Трухова Л.В., Торопова Н.Е., Азова М.А., Щавелева С.С., Никитина А.О. | 175-176 |
| МЕТАСТАЗ РАКА ПОЧКИ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Трухова Л.В., Торопова Н.Е., Липатова Е.Н, Морошкина Г.П. | 177-178 |
| ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА БРЕНТУКСИМАБ ВЕДОТИН В ТЕРАПИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА И Т - КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ В ХТОН² ГБУЗ СОКОД В 2022 ГОДУ Ульянов К.Ю. | 179 |
| ОСОБЕННОСТИ ДОЗИМЕТРИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ С УЧЕТОМ ДОЗНОЙ НАГРУЗКИ НА ТРУБНЫЕ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ Штанов В.М., Яннаева Ю.Г., Щеглов А.Л. | 180 |
| ВЫЯВЛЕНИЕ ATTR-АМИЛОИДОЗА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ СЦИНТИГРАФИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Шубина Ю.Н., Артемьев Р.В., Гусак Ю.В | 181-182 |
| МЕДУЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Щавелева С.С., Торопова Н.Е., Липатова Е.Н., Морошкина Г.П., Трухова Л.В., Азова М.А. | 183-184 |
| ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ Щукин В.Ю., Шубина Ю.Н., Щукина А.Ю. | 185 |
| БИОПСИЯ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ПАЦИЕНТОК ПРИ РАКЕ ЭНДОМЕТРИЯ Щукин В.Ю., Шубина Ю.Н., Александрова Е.Г. | 186 |
| ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РЕАГЕНТАМИ И РАСХОДНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ГБУЗ СОКОД Ярыгина А.В., Торопова Н.Е., Горина А.О. | 187-188 |



Кстанди
энзалутамид

ЗДЕСЬ И СЕЙЧАС нанесите удар по мГЧРПЖ с препаратом КСТАНДИ

- ✓ Нанесите удар в первой линии с препаратом **КСТАНДИ**, который достоверно улучшает **4-летнюю выживаемость** у мужчин с мГЧРПЖ^{1,2}
 - **7 из 10** пациентов с мГЧРПЖ **живы** через 4 года²
 - **КСТАНДИ** снижает риск смерти на **34%** по сравнению с плацебо и АДТ²
- ✓ Более **1 000 000 пациентов** во всем мире получали терапию препаратом **КСТАНДИ**^{**6}
- ✓ **КСТАНДИ** – единственный* зарегистрированный в РФ антиандроген, увеличивающий продолжительность жизни пациентов с тремя типами РПЖ: мГЧРПЖ, нМКРРПЖ, мКРРПЖ¹⁻⁵

*По данным www.grfs.rosminzdrav.ru по состоянию на сентябрь 2023 года.

**Рассчитано на основе данных о продажах в мире и данных по применению в условиях реальной клинической практики.

РПЖ=рак предстательной железы;
мГЧРПЖ=метастатический гормоночувствительный рак предстательной железы;
нМКРРПЖ=неметастатический кастрационно-резистентный рак предстательной железы;
мКРРПЖ=метастатический кастрационно-резистентный рак предстательной железы.

Литература:

1. Общая характеристика лекарственного препарата Кстанди (ЛП-№(002449)-(РГ-РУ) от 31.05.2023) доступна на информационном портале Евразийского экономического союза <http://eec.eaeunion.org/>
2. Armstrong AJ et al., J Clin Oncol. 2022 May 20;40(15):1616-1622.

3. Sternberg CN et al., N. Engl J. Med. 2020 Jun 4; 382 (23): 2197-2206.
4. Armstrong AJ et al., Eur Urol. 2020 Sep;78(3):347-357.
5. Scher HI et al., N Engl J Med. 2012 Sep 27;367(13):1187-97.
6. <https://www.astellas.com/en/news/27731>



ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
ООО «Аstellас Фарма Продакшен», 109147, Россия, г. Москва,
ул. Марксистская, д. 16, тел. +7(495) 737-07-56

MAT-RU-XTD-2023-00035-SEP-2023-OCFF-1

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ
С ОБЩЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА