









АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГОВ РОССИИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

САМАРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ

САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ 4-5 ДЕКАБРЯ 2019 ГОДА









ОФИЦИАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ









ОФИЦИАЛЬНЫЕ УЧАСТНИКИ





УЧАСТНИКИ ВЫСТАВКИ



Johnson Johnson



АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГОВ РОССИИ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ
САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ 4-5 ДЕКАБРЯ 2019 ГОДА УДК 616-006

ББК 55.6

Научная редакционная коллегия:

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

доктор медицинских наук А.Е. Орлов

доктор медицинских наук О.И. Каганов

кандидат медицинских наук Т.Г. Золотарева

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ: Сборник материалов ежегодной научно-практической конференции. – Самара, 2019 - 186 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, 2019

ООО «Акцент», 2019

Каприн А.Д., Ратманов М.А., Колсанов А.В., Орлов А.Е., Золотарева Т.Г.

О ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России Министерство здравоохранения Самарской области ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Злокачественные новообразования оказывают существенное влияние на здоровье населения Российской Федерации, увеличивая заболеваемость, смертность, нанося обществу огромный социальный и экономический ущерб. Самарская область, наряду с такими регионами, как Санкт-Петербург, Краснодарский и Красноярский края, Пензенская. Рязанская, Новосибирская и другие области, входит в группу территорий с неблагоприятной онкоэпидемиологической обстановкой. По данным ГБУЗ СОКОД в 2018 году на учете состояло всего 94231 пациент, из них: впервые взято на учет 13960 человек (в том числе активно выявлено – 2697), умерло - 5188 человек, 5 и более лет живут 50343 человека (53,4%). Среди наиболее часто встречающихся заболеваний, влияющих на смертность (число новых случаев в 2018 году): рак молочной железы – 1640, колоректальный рак – 1609, рак предстательной железы – 1165, рак легкого – 1152. «Грубый» показатель заболеваемости составил 508,6 случая на 100 тыс. нас. Прирост данного показателя в период 2008–2017 годов составил 27,0%. «Грубый» показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями в Приволжском федеральном округе и в России в целом за указанный период возрос на 27,8% и 20,7%, соответственно.

В целях реализации Указа Президента Российской Федерации № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» в 2018 году начал реализовываться Национальный проект «Здравоохранение», в рамках которого разработаны региональные программ по борьбе с онкологическими заболеваниями с учетом специфики каждого субъекта РФ.

В настоящее время в Самарской области реализуется региональная программа «Борьба с онкологическими заболеваниями», основным индикативным показателем которой является организация и проведение мероприятий, направленных на снижение смертности от новообразований в период 2019-2024 гг. с 204,0 до 192,9 случаев на 100 тыс. населения. Основными задачами проекта являются: проведение информационно-коммуникационной кампании, направленной на раннее выявление онкологических заболеваний и повышение приверженности к лечению; финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения; организация сети центров амбулаторной онкологической помощи; переоснащение сети региональных медицинских организаций оказывающих помощь больным онкологическими заболеваниями (диспансеров/больниц); совершенствование кадрового обеспечения онкологической службы.

В целях сокращения сроков диагностики и повышения ее качества в регионе на базе многопрофильных больниц будут организованы 12 центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), оснащенных полным спектром оборудования и укомплектованных специалистами иных специальностей, необходимых для комплексной и быстрой диагностики основных видов злокачественных новообразований. В текущем году планируется открытие ЦАОП на базе ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница №8». Уже в 2019 году, в целях выхода на поэтапное полное внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения, внедряются современные технологии лечения, в том числе инновационными противоопухолевыми препаратами. В ходе реализации проекта специализированные онкологические учреждения региона (ГБУЗ «Самарский областной клинический он-

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

кологический диспансер» и ГБУЗ «Городская клиническая больница №5 г. Тольятти») переоснащаются современным медицинским оборудованием, в том числе для диагностики и лечения методами ядерной медицины. Также происходит увеличение финансового обеспечения оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями согласно территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В рамках реализации целевой программы важная роль отводится внедрению информационных технологий, формирование и развитие единого цифрового контура онкологической службы, применению телемедицинских технологий с обеспечением взаимодействия с научными медицинскими исследовательскими центрами.

Самарская область имеет мощный потенциал в виде Самарского государственного медицинского университета для совершенствования кадрового обеспечения онкологической службы Самарской области.

В заключении нужно отметить, что основным стратегическим направлением обеспечения национальной безопасности в сфере охраны здоровья нации на среднесрочную перспективу является усиление профилактической направленности работы всех ветвей власти и общества с ориентацией на сохранение здоровья человека на протяжении всей его жизни во всех сферах его деятельности.

Аляпкина Е.А.

СЕСТРИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ТОРАКАЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ГБУЗ СОКОД

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

В современных условиях все большее значение приобретает качество работы медицинской сестры, повышаются требования к ее профессиональной подготовке. Успех лечения пациентов в значительной степени зависит от правильного, непрерывного наблюдения и качественного ухода за ними.

Целью сестринского наблюдения является – не пропустить ухудшения общего состояния больного, возникновения осложнений, а также побочных эффектов лекарственной терапии, неблагоприятных воздействий лечебных и диагностических процедур. Поэтому, для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам в диспансере в 2016 году внедрена медицинская сестра универсальная. В структуре сестринской службы проведена реорганизация медицинских сестер. Медицинские сестры палатные и процедурные объединены в медицинскую сестру клиническую. Цель заключается в том, что медицинская сестра выполняет все манипуляции пациенту, который закреплен за ней и лечащим врачом (внутривенные инфузии и инъекции, внутримышечные, и подкожные инъекции в том числе, ранее это входило в обязанности процедурной медицинской сестры). На 1 медицинскую сестру приходится 10 -12 пациентов.

В целях оптимизации работы с наркотическими средствами и психотропными веществами в диспансере с 2016 года организовано отделение обезболивания. Уменьшилось количество медицинской документации, связанной со списанием наркотических средств и психотропных веществ в журналах. Медицинская сестра в дежурное время отправляет требование- заявку в электронном виде при плановых назначениях на премедикацию, обезболивание, седацию в отделение обезболивания. Подготавливает медицинскую карту стационарного больного и листы выполнения наркотических средств и психотропных веществ для медицинских сестер отделения.

В 2016 году с целью оптимизации лечебного процесса и повышения качества оказания медицинской помощи был введен «Отдел транспортировки», который занимается транспортировкой пациентов на всех этапах лечения. Произошло перераспределение функций в работе младшего медицинского персонала, выделены: уборщики служебных помещений, буфетчики, санитарки по транспортировке и младшие медицинские сестры по уходу. Тем самым, медицинская сестра контролирует работу уборщиков служебных помещений, следит за качеством уборки, ухода и транспортировки, рационально использует рабочее время младшего медицинского персонала, делая работу более пациентоориентированной.

Сестринское наблюдение делится:

- 1. Действия по наблюдению, осуществляемые без назначения врача.
- 2. Действия по наблюдению, осуществляемые по назначению врача.

Наблюдение без назначения врача. Обязательным является осмотр больного на педикулез при поступлении и далее 1 раз в неделю. Всем стационарным пациентам производится термометрия. Термометрия проводится согласно стандарту, утвержденному ГОСТ Р 52623.1-2008. «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования». Результаты измерений заносятся в температурный лист 2 раза в сутки. Если у пациента установлен катетер, дренаж, зонд, стома, медицинская сестра следит за их состоянием, осматривает окружающие ткани, контролирует отделяемое количество жидкости.

Медицинская сестра осуществляет уход за послеоперационными больными. Оперированный пациент в первые сутки не может самостоятельно за собой ухаживать, кроме

того, боясь осложнений, старается как можно меньше двигаться в постели, перестает выполнять личную гигиену.

Задача медицинской сестры окружить больного вниманием и заботой, обеспечить его тщательным уходом и в то же время заставить больного, в тех случаях, когда это нужно, активно участвовать в профилактике осложнений и борьбе с ними. Наиболее тяжелыми осложнениями являются воспалительные явления в ротовой полости (стоматит), пролежни, воспалительные явления и опрелость в области промежности и естественных складок тела.

Уход за полостью рта. После большинства операций больного мучает сухость во рту, жажда. Непосредственно после операции поить больного не рекомендуется вследствие возможной рвоты, поэтому для снятия тяжелого ощущения сухости пациенту дают полоскать рот водой. При операциях на желудке и пищеводе прием пищи через рот не разрешается в течение нескольких дней, в этих случаях медицинская сестра проводит санацию ротовой полости. Кроме того, пациент должен ежедневно чистить зубы щеткой с зубной пастой.

Уход за кожей. Кожа пациента должна содержаться в чистоте. Особенно тщательно медицинская сестра следит за состоянием кожи тех поверхностей тела, на которых лежит больной, с целью профилактики пролежней. При назначении врачом строгого пастельного режима, более 2 дней — медицинская сестра заполняет Лист оценки риска развития образования пролежней по шкале Д. Нортон 2 раза в день на основании СОП Места наибольшего давления медицинская сестра осматривает и протирает средствами по уходу.

Уход за областью промежности. Поэтому после акта дефекации медицинская сестра проводит гигиеническую обработку промежности. У женщин гигиеническое подмывание промежности медицинская сестра проводит ежедневно на ночь.

Положение пациента в постели должно быть так, чтобы он был в безопасности. Серьезный риск ослабленному больному создают мягкие подушки и матрацы. Для безопасности гигиенических процедур, в случае избежание падения больного, в туалетах установлены специальные поручни. Наилучшим в первые сутки послеоперационного периода является положение в кровати с приподнятым головным концом.

Кроме того, медицинская сестра проводит мероприятия по предупреждению возникновения у пациента выраженного болевого синдрома, делают обезболивающие инъекции и ставят отметку в карте оценки интенсивности боли пациента. Карта оценки интенсивности боли составлена на основании 4-балльной вербальной рейтинговой шкалы оценки боли (Ohnhaus E.E Adler R/ 1975). Локализацию боли отмечают область части тела крестиком «Х», в которой проявляется боль на образе человека нарисованного в карте оценки интенсивности боли пациента. Дата и время интенсивности боли фиксируется не менее 4х раз в сутки, с отметкой в соответствующей графе в виде графика (измененной кривой линии «от точки до точки»). Вербальная рейтинговая шкала позволяет оценить интенсивность выраженности боли путем качественной словесной оценки. Интенсивность боли описывается определенными терминами в диапазоне от 0 – 10 мм (нет боли) до 75 – 100 мм (самая сильная боль).

Для такого пациента применяют специальные меры поддержки: объясняют, что он может позвать персонал, если ему понадобится встать с кровати или поднять упавший предмет.

Так же при поступлении на каждого пациента заводится карта сестринской оценки пациента. В ней 2 раза в сутки (утром и вечером) проводится отметка его состояния. В карте медицинская сестра отмечает: персональную гигиену, прием пищи, подлежит пациент наблюдению или нуждается в индивидуальном уходе, состояние риска падения, наличие центрального катетера. Для пациентов, склонных к падениям, разработаны простые критерии, по которым медицинская сестра определяет риск падения пациента, и заносит эти данные в карту сестринской оценки пациента. По итогам заполнения карты, лечащий врач корректирует назначения дополнительных препаратов или их отмену.

Наблюдение по назначению врача. По назначению врача медицинская сестра измеряет артериальное давление, пульс, показатель насыщения кислородом - SO2. Большое значение имеет кислородотерапия (подается увлажненный кислород). Объясняют пациентам важность строгого соблюдения всех рекомендаций, данных лечащим врачом, контролируют их выполнение.

Кровати стоят таким образом, что можно подойти к пациенту с любой стороны, что облегчает уход за пациентом.

Каждый пациент получает назначение врача на перемену режима: в разные сроки разрешают садиться, вставать. В основном после полостных операций средней тяжести, при хорошем самочувствии пациента сажают в кровати уже вечером после перевода из реанимации, а встает около кровати на другой день. Измерение артериального давления, как и термометрия, проводится согласно стандарту, утвержденному ГОСТ Р 52623.1-2008 «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования» Результаты измерений заносятся в температурный лист. Пациентам, находящимся под наблюдением дежурного врача, назначается контроль суточного диуреза. Все эти данные отмечаются в температурном листе. Контроль диуреза предполагает подсчет выпитой и выделенной за сутки жидкости. Врач может предупредить медицинскую сестру, что у пациента могут развиться боли, отдышка или другие симптомы и дать указание, что делать в этом случае.

Как отмечалось выше, общепринятой является практика регистрации результатов термометрии, измерения диуреза, артериального давления, оценка боли. Остальные сестринские наблюдения, как правило, не фиксируются в истории болезни. В отделениях ГБУЗ СОКОД, чтобы не допускалось разногласия между врачом и медицинской сестрой, приказом главного врача введены СОП «Порядок заполнения карты сестринской оценки пациента», СОП «Порядок заполнения карты оценки интенсивности боли пациента», которые являются обязательной формой первичной медицинской документации.

Артемьев Р.В.

НАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕТОДИКИ СКАНИРОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Исследование функции щитовидной железы в лаборатории радиоизотопной диагностики было и остаётся довольно актуальным. В структуре выполняемых исследований в РИЛ данное обследование стоит на втором месте после сцинтиграфии костей скелета и составляет более 400 исследований в год. С помощью сцинтиграфии щитовидной железы оценивают форму железы, выявляют эктопированные очаги тиреоидной ткани (в том числе и загрудинное расположение зоба), определяют количественное накопление радиоиндикатора в железе в целом и в каждой доле в отдельности. Определяется функциональная состоятельность паренхимы, в том числе при «горячих», «холодных» и эутиреоидных узлах.

Рутинное стандартное обследование проводится с «чистым» раствором пертехнетата натрия Тс-99м. Пациенту вводят внутривенно 120-250 МБк препарата. Визуализацию проводят через 20-40 минут после введения РФП. Статистика кадра составляет 150-300 тысяч импульсов. Показаниями к исследованию являются диффузные и узловые формы заболеваний щитовидной железы, аберрантная железа, образования шеи неясного генеза. Метод используется при предоперационной подготовке и послеоперационного мониторинга больных. Лучевая нагрузка на орган составляет 3.5 мЗв на 100 МБк введенной активности.

Материалы и метод. В нашей лаборатории была проведена методика исследования щитовидной железы с использованием альтернативного способа введения РФП (per os). Исследование проводится натощак. По данной методике берётся такая же активность что и при внутривенном введении 100-200 МБк (1-2 МБк на 1кг массы) пертехнетата натрия и разводится в 3-5мл изотонического раствора. Далее данный объём через шприц впрыскивают пациенту в ротовую полость, которая затем проглатывается. Часть пертехнетата всасывается в кровь уже в ротовой полости. Для улучшения дальнейшей всасываемости и избегания накопления остатков индикатора на стенках пищевода рекомендовано выпить 100-150мл обычной воды комнатной температуры небольшими глоточками в течение 5-10мин. Визуализация проводилась через 40мин и повторно через 80 минут после введения РФП. Лучевая нагрузка на щитовидную железу составляет 3,5 мЗв на 100 МБк и 3,5-4мЗв на ЖКТ на 100МБк введенной активности. При сравнении сцинтиграмм полученных при внутривенном и пероральном исследовании через 40 мин. результаты получились в принципе сопоставимые по качеству визуалиции органа и уровню поглощения индикатора щитовидной железой, но по показателю соотношения накопления РФП (железа/мягкотканый фон) данный показатель при внутривенном введении получился в 2-3 раза выше(лучше) при 1500 при внутривенном введении и 520-550 при пероральном введении. Так же следует отметить что после перорального введения РФП при сравнении между собой 2-х сцинтиграмм выполненных через 40мин и 80мин исследование выполненное через 80мин уступает немного по информативности аналогичного через 40мин. При равной дозе активности МБк время необходимое для накопления импульсов составило 5мин 30сек после 40мин интервала до начала исследования и 6мин 30сек после 80мин интервала до начала исследования. Уровень поглощения РФП железой через 40 мин составил 16% а через 80мин 15%.

Выводы. Пероральный метод введения РФП по качеству визуализации и уровню поглощения индикатора щитовидной железой практически не уступает по информативности стандартной методике и вполне может быть использован как альтернативный для пациентов у которых значительно затруднён внутривенный способ введения (склерозирование поверхностных вен после химиотерапии и т.д). Оптимальный интервал от приёма

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

РФП до начала исследования 30-60мин. Имеются ограничения при пероральном введении для лиц с декомпенсированными формами нарушения проходимости пищевода и выраженными воспалительными явлениями желудка в острой фазе. Планируется дальнейшее внедрение данного метода в практику отделения РИЛ.

Арутюнян Е.А., Синева Т.В.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (ОПУХОЛИ НАРУЖНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ)

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Онкологическое отделение «опухоли наружных локализаций» функционирует на 32 койки и является многопрофильным подразделением ГБУЗ СОКОД, которое оказывает лечебно-диагностическую помощь жителям городов и районов Самарской области, а также жителям других регионов России и ближнего зарубежья. Основным направлением деятельности отделения является выполнение малоинвазивных хирургических вмешательств у пациентов с доброкачественными заболеваниями, предраковыми и злокачественными заболеваниями. Малоинвазивность — это сохранение функций организма и внешнего облика пациента, низкий риск развития осложнений, быстрое восстановление — выписка осуществляется на третий день после операции.

С каждым годом медицина совершенствуется, сейчас медицинская сестра не просто выполняет назначения врача, но и является его помощником. В целях повышения удовлетворенности пациентом качеством оказания медицинских услуг систематизирована работа среднего медперсонала путем внедрения новой формы работы сестринского персонала – универсальной медицинской сестры – пациенториентированной модели.

В онкологическом отделении (опухоли наружных локализаций) за каждой медицинской сестрой закреплено 10-12 пациентов, и о каждом из них медицинская сестра знает – особенности болезни, проблемы, связанные с заболеванием.

С 2018 года внедрены в работу «Карта сестринской оценки», «Карта оценки интенсивности боли». «Карта сестринской оценки пациента» оформляется на каждого поступающего пациента, независимо от цели поступления и срока нахождения в стационаре. Заполняется 2 раза в день медицинскими сестрами стационарных отделений: угром — дневной медицинской сестрой, вечером — дежурной медицинской сестрой. В «Карте сестринской оценки пациента» медицинская сестра оценивает состояние пациента по разделам: «Персональная гигиена» - если пациент способен без помощи медицинской сестры себя обслуживать, то в карте ставим 0. Если нуждается частично (помощь дойти до санитарной комнаты), то ставим 5 и сообщает младшему медицинскому персоналу, чтобы они обратили внимание на этого пациента. Если же пациент не может себя обслуживать, то ставим 10 и сообщаем дежурному врачу о состоянии пациента и делает пометку в журнале «наблюдение за пациентом».

Раздел «Прием пищи» 0 – не нуждается в помощи медицинского персонала (способен есть самостоятельно, обучен питанию через гастростому), 5 – частично нуждается в помощи медперсонала (может кушать самостоятельно, но еду должны принести в палату), 10 – полностью зависит от помощи медперсонала (необходимо кормление через зонд, гастростому). Медицинская сестра расписывает прием пищи с дежурным врачом на весь день и на весь период пребывания пациента в отделении.

Раздел «Подлежит наблюдению или нуждается в индивидуальном уходе» оценивают пациента 0 — не нуждается в помощи медицинского персонала, 10 — пациент нуждается в медицинской помощи. Медицинская сестра координирует уход, смену положения пациента в постели, делает отметку в карте о времени проведения массажа, туалета кожных покровов, данные о применяемых средствах противопролежневых (матраца, круги), смену нательного и постельного белья. Пациента размещают в палате рядом с постом, чтобы дежурная смена и дежурный врач за ним наблюдал.

Раздел «Состояние и риски падения» 0 – спокойное адекватное поведение, 5 – агрессивное поведение, 10 –возможен риск падения, перемещение не возможно самостоятель-

но, не способен сидеть, держать равновесие, для поднятия с постели требуется помощи медперсонала. Все жалобы отражаются в «карте сестринской оценки» и передаются врачу.

В разделе «уход за центральным катетером» проставляется «+» если он есть, и «-» если его нет. Осмотр на педикулез проводится раз в 7 дней с обязательной отметкой в «Карте сестринской оценки». «Карта сестринской оценки» позволяет осуществлять контроль всех изменений состояния и физиологических потребностей пациента, а так же проследить своевременность выполнения медицинской сестрой назначений врача для конкретного пациента. «Карта оценки интенсивности боли пациента» - документ, позволяющий проследить динамику боли пациента и своевременность выполнения на основании назначений врача, а также осуществить контроль интенсивности болевого синдрома пациента в течение суток. Медицинская сестра 4 раза в день заполняет карту на основании опроса пациента (предлагает оценить уровень его болевого синдрома от 0 до 10).При наличии болевого синдрома после определения локации боли отмечаем знаком «х» в соответствующем месте на представленном макете человека. Оформляем изменения уровня боли в виде графика (изменения кривой линии от точки до точки). Следим за соответствием динамики кривой уровню болевого синдрома и ответной реакции после проведения обезболивания на основании назначений врача.

Ведение «Карты сестринской оценки» и «Карты интенсивности боли» позволяет осуществлять качественный уход, повышать удовлетворенность пациентов качеством сестринской помощи, повышает эффективность работы медицинской сестры.

Баландина А.В., Козлов С.В., Манукян А.А.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Анатомия воротной вены является чрезвычайно важным аспектом при всех видах резекции печени, трансплантации печени, лапароскопических операциях печени, при селективном введении лекарственных препаратов в ветви воротной вены, резекции поджелудочной железы, оперативном лечении портальной гипертензии. Компьютерная томография дает возможность с точностью оценить анатомию сосудов пациента, ее особенности и нюансы, которые чрезвычайно важны для хирургов при предоперационном планировании. Компьютерная система формирования виртуальных моделей «Автоплан» помогает в предоперационном планировании оперативных вмешательств, при помощи построения 3D моделей органов и сосудов.

Цель исследования - изучить частоту встречаемости вариантов строения воротной вены по данным компьютерной томографии, оценить важность фиксации вариантной анатомии в предоперационном планировании.

Материал и методы.С целью изучения частоты вариантов анатомии воротной вены были проанализированы результаты компьютерной томографии 100 пациентов. Использовались классификация по T.Nakamura для определения типа деления воротной вены и экспериментальные данные полученные авторами P. Krumm. etal. для определения типа конфлюэнса.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что самым распространенным типом деления воротной вены по классификации Т. Nakamura (2002) является тип А (классический тип деления на правый и левый стволы) — 49%. Наиболее часто встречаемый тип конфлюэнса - С- нижняя брыжеечная вена впадает в верхнюю брыжеечную вену 36%.

Выводы. Эти данные чрезвычайно важны при типичных и атипичных резекции печени, т.к. не зная особенностей притока венозной крови, особенно в случае редкого нетипичного варианта деления воротной вены, хирургу придется менять запланированный ход операции, и увеличивать время оперативного вмешательств, что, безусловно, отрицательно скажется на конечном результате. По тем же самым причинам важно знать каким образом устроено формирование воротной вены, при операциях на поджелудочной железе и кишечнике. Ангиоархитектоника воротного русла в норме характеризуется плавностью перехода ветвей одного порядка в последующие, непрерывностью и равномерностью распределения в органе, отсутствием изгибов и сужений по ходу вен, что позволяет использовать правую, а в некоторых случаях и левую ветви в качестве объекта для размещения внутрипеченочного стента при выполнении операции TIPS/ТИПС.

Выявлено, что аномальные варианты строения воротной вены являются частыми вариантами и должны быть отражены в протоколе исследования КТ для точного предоперационного планирования и избежания интраоперационной травмы крупных сосудистых стволов.

Бахарева А.О., Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Махонин А.А.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ГОРТАННОГО ОТДЕЛА ГЛОТКИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

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

Актуальность. Злокачественные образования гортанного отдела глотки имеют агрессивное течение, диагностируются на поздних стадиях примерно в 80% случаев и требуют комбинированного или комплексного методов лечения, где хирургическому этапу отводится основная роль. При этом показатель завершенности радикального лечения не превышает 28% от впервые зарегистрированных и подлежавших радикальному лечению случаев. Одной из причин, влияющих на этот показатель, является ослабленный нутритивный статус пациентов, который может послужить противопоказанием к любым методам противоопухолевого лечения. Таким образом, ослабленный нутритивный статус у больных с распространенным раком гортанного отдела глотки является актуальной проблемой, для решения которой необходим поиск простых, эффективных и надежных методов коррекции, нутритивной недостаточности.

Цель исследования — улучшить результаты лечения больных распространенным раком гортанного отдела глотки с применением периоперационной нутритивной поддержки.

В задачи исследования входило:

- 1. Оценить нуждаемость в коррекции нутритивного статуса у пациентов с распространенным раком гортанного отдела глотки.
- 2. Изучить и сравнить частоту и характер осложнений после хирургического лечения в группе с применением нутритивной поддержки и без нее.
- 3. Изучить сроки пребывания в стационаре после хирургической операции в группе с применений нутритивной поддержки и без нее.

Проведено исследования: моноцентровое, проспективное, открытое, контролируемое, рандомизированное исследование.

Критерии включения:

- информированное согласие пациентов на участие в исследовании;
- пациенты с раком гортанного отдела глотки III Стадии (T1-2N1MO,

T3NO-1MO), IVa Стадии (T1-3N2MO, T4aNO-2MO);

- общее состояние пациента, соответствующее по шкале ECOG 0-3 балла.

Критерии исключения:

- отказ пациентов от участия в исследовании;
- пациенты с раком гортанного отдела глотки I Стадии (Т1NOMO), II Стадии (Т2NOMO), IVb Стадии (Т4b любаяNMO, любая ТN3MO), IVc Стадии (любаяТлюбаяNM1);
 - общее состояние пациента, соответствующее по шкале ECOG 4 балла.

Была проведена независимая последовательная рандомизация 15 пациентов с распространенным раком гортанного отдела глотки. Набор больных в группы осуществлялся методом непрозрачных запечатанных и последовательно пронумерованных конвертов, ежемесячно, по мере поступления больных. В результате сформировано две группы пациентов. Основную группу составили 7 пациентов, которым была проведена коррекция нутритивного статуса в периоперационном периоде. Контрольную группу составили 8 пациентов, которым в периоперационном периоде коррекция нутритивного статуса не проводилась.

Результаты исследования. У пациентов обеих групп (n=15) при первичном обследовании были отмечены следующие показатели: дисфагия 2 степени у 8 пациентов, 3 степени у 6 пациентов, 4 степени у 1 пациента; уменьшение объема съедаемой пищи на $30\% \pm 10\%$ от исходного у 15 пациентов; потеря массы тела за последние три месяца более чем на 10% у всех пациентов; снижение индекса массы тела у 15 пациентов (индекс массы тела у 10 пациентов от 16 до 18.5 кг/м2 и у 5 пациентов ниже 16 кг/м2).

Всем пациентам была выполнена ларингофарингэктомия с реконструктивно-пластическим компонентом. Клиническое течение в послеоперационном периоде имело следующие различия: в основной группе осложнения были у 2 пациентов (нагноение у 1-го пациента и слюнной свищ у 1-го пациента), в контрольной группе осложнения были выявлены у 5 пациентов (нагноение у 2-х пациентов, некроз лоскута у 1-го пациента, слюнной свищ у 2-х пациентов).

Так же было отмечено, что гладкое течение послеоперационного периода в основной группе способствовало уменьшению койко-дней: средний койко-день в основной группе был равен 22, а в контрольной 29.

Выводы.

- 1. Пациенты с раком гортанного отдела глотки III Стадии и IVa Стадии в 100% случаях нуждаются в коррекции нутритивного статуса.
- 2. Структура осложнений в основной и контрольной группах одинаковая. Однако в основной группе количество осложнений 2 (28,6%) 1 нагноение послеоперационной раны,1 слюнной свищ против 5 (62,5%) 2 нагноения послеоперационной раны, 2 слюнных свища, 1 некроз кожно-фасциального аутотрансплантата в контрольной группе.
- 3. В группе с применением нутритивной коррекции средний койко-день составил 22±2, против 29±2 в группе без проведения нутритивной поддержки.

Заключение:

Анализ полученных нами результатов показал, что все пациенты с распространенным раком гортанного отдела глотки нуждаются в нутритивной коррекции. Периоперационная нутритивная коррекция проста в применении, эффективна, безопасна и экономически выгодна. Применение нутритивной поддержки в периоперационном периоде у больных с распространенным раком гортанного отдела глотки снижает количество послеоперационных осложнений, способствует быстрой реабилитации и уменьшению количества койко-дней.

Бикинеева М.М., Мальцева Н.В., Рыбалко И.С., Печорская Е.А., Торопова Н.Е.

ЧАСТОТА ВЫДЕЛЯЕМОСТИ НЕФЕРМЕНТИРУЮЩИХ МИКРООРГАНИЗМОВ И ИХ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ В ОТДЕЛЕНИЯХ ГБУЗ СОКОД

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Среди возбудителей госпитальных инфекций значительное место занимают грамотрицательные неферментирующие бактерии, общими клинически значимыми свойствами которых являются: природная устойчивость ко многим антибиотикам, высокая резистентность к дезинфектантам и распространение в стационарах от пациента к пациенту с помощью рук медицинского персонала и медицинского оборудования. Неферментирующие бактерии широко распространены в природе. Основные места их обитания - вода, почва, многие виды паразитируют в организме здоровых людей и животных: на коже, слизистых оболочках верхних дыхательных путей, нижних отделов мочевыводящего тракта, некоторые представители входят в состав флоры кишечника. Частота их выделения из клинического материала достигает 15% от всех аэробных и факультативно-аэробных грамотрицательных бактерий, из них около 70% приходится на долю Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter spp., Stenotrophomonas maltophilia [М.Н.Зубков]. Большинство неферментирующих бактерий рассматриваются как условно-патогенные микроорганизмы, поскольку имеются многочисленные наблюдения их участия в инфекционном процессе. Описаны случаи эпидемических вспышек внутригоспитальных инфекций. Экзогенным источником часто служит ингаляционное оборудование, хирургический инструментарий, растворы для ингаляционного введения, пищевые трубки. Инфекция чаще возникает у больных с ослабленным иммунитетом: у детей, лиц с тяжелыми соматическими заболеваниями, онкологических больных. Неферментирующие бактерии отличаются устойчивостью ко многим антибактериальным препаратам, которая зависит от источника выделения и видовой принадлежности. Штаммы, полученные от больных, более устойчивы к антибиотикам, чем бактерии, изолированные от медицинского персонала или объектов внешней среды. Госпитальные штаммы приобретают резистентность к большему спектру антибактериальных препаратов, но остаются относительно чувствительны к карбапенемам и амикацину.

Согласно данным исследований по устойчивости возбудителей к антимикробным препаратам, проводимым в рамках проекта «РЕЗОРТ» [Л.С.Страчунский, Ю.Б.Белоусова], Pseudomonas aeruginosa характеризовались высокой частотой резистентности ко всем антимикробным препаратам, за исключением полимиксина В, нечувствительными к которому были 5,8% штаммов. Из остальных антибиотиков наибольшая активность в отношении Pseudomonas aeruginosa отмечена у имипенема и меропенема (нечувствительными были-39,0% и 41,1% соответственно).

За последние 10-15 лет резко увеличил свое этиологическое значение, Stenotrophomonas maltophilia. В связи с множественной лекарственной устойчивостью клинических штаммов S. maltophilia возможность выбора химиотерапевтических препаратов для лечения инфекций, вызванных этим микроорганизмом, существенно ограничена. При лабораторных исследованиях клинические штаммы S. maltophilia обнаруживали наибольшую чувствительность (около 90% и более) к тетрациклиновым препаратам миноциклину и доксициклину, триметоприм/сульфаметоксазолу, тикарциллин/клавуланату, «новым» фторхинолонам. Изучение отношения к другим химиотерапевтическим препаратам, включая бета-лактамазонезащищенные пенициллины и цефалоспорины III-IV поколений, аминогликозиды и «старые» фторхинолоны, обнаружило лишь небольшой (20 и менее) процент чувствительных штаммов [С.С.Белокрысенко, А.Д. Тегарни].

Материалы и методы. Бактериологические исследования по идентификации возбудителей и определение устойчивости к антибиотикам проводили на автоматизированных микробиологических анализаторах WalkAway40 производства Dade Behring (США) и Vitek2 производства BioMerieux (Франция) с использованием специальных панелей производства Dade Behring и BioMerieux, содержащих необходимый набор антибиотиков.

Результаты исследования. При исследовании клинических проб биоматериала от больных было выделено 2333 культуры. Из всех выделенных культур неферментирующие бактерии составили 12,2 % (285 культур). Доля изолятов Pseudomonas spp. составила - 62,8% (179 культур), Acinetobacter spp. – 20,7% (59 культур), Stenotrophomonas maltophilia - 16,5% (47 культур). В структуре Pseudomonas spp. 95,5 % занимает Pseudomonas aeruginosa, в структуре Acinetobacter spp. 93% занимает Acinetobacter baumanni.

От всех биологических материалов, откуда были выделены неферментирующие бактерии, на долю отделяемого ран приходится 11,2%, на долю отделяемого верхних дыхательных путей - 34%, на долю содержимого брюшной полости - 7,3%, на долю крови - 2,1%, на долю мочи - 7,1%, на долю содержимого плевральной полости - 3,8%, на долю желчи - 3,1%.

Доля выявления неферментирующих бактерий по отделениям стационара составила: в отделении реанимации и интенсивной терапии $-49.7\,\%$, в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения $-3.8\,\%$, в отделении онкоурологии $-0.3\,\%$, в отделении абдоминальной онкологии $-12\,\%$, в хирургическом торакальном отделении -14%, в отделении опухолей головы и шеи -9.8%, в нейрохирургическом отделении -2.1%, в гинекологическом отделении -1%.

Активность антимикробных препаратов в отношении Pseudomonas spp. составила: амикацин - 90,3%, тобрамицин - 90%, цефепим - 81%, цефтазидим - 79%, левофлоксацин - 55,5%, ципрофлоксацин - 84%, гентамицин - 90%, имипенем - 40%, азтреонам - 50%.

Активность антимикробных препаратов в отношении Acinetobacter spp. составила: ципрофлоксацин – 31,8%, амикацин – 54,5%, левофлоксацин - 50%, цефтазидим – 42,8%, тобрамицин – 85,9%, имипенем – 29,87%.

Особое внимание занимают выделенные штаммы Stenotrophomonas maltophilia. Активность антимикробных препаратов в отношении данного микроорганизма составила: левофлоксацин - 61%, триметоприм/сульфаметоксазол - 64%, цефтазидим - 33,3%, тикарциллин- клавулановая кислота – 41,6%.

В рамках эпидемиологического исследования «Оценка чувствительности клинических изолятов Enterobacterales и Pseudomonas aeruginosa к цефтазидиму/авибактаму в России с помощью диско-диффузионного метода» проводилось определение чувствительности Pseudomonas aeruginosa к цефтазидиму/авибактаму. Активность вышеуказанного антимикробного препарата составила 100%.

Выводы.

- 1. В видовой структуре выделенных культур из материала больных стационарных отделений штаммы неферментирующих бактерий составляют 12,2% и заслуживают определенного внимания.
- 2. В связи с множественной лекарственной устойчивостью клинических штаммов неферментирующих бактерий проведение исследований по изучению резистентности микроорганизмов к антибиотикам необходимо продолжать.

Богданова К.Р., Исхаков Р.Н., Попова Т.Ф.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ ЗА ПЕРИОД С 2007 ПО 2017 Г.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в области диагностики и лечения рака женской половой сферы, он продолжает занимать одну из ведущих позиций в структуре онкологической заболеваемости женского населения.

Материалы. В основу работы положен анализ статистических данных за последние 10 лет (с 2007 по 2017г.г.) по данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российского Центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии и статистического материала ракового регистра ГБУЗСОКОД и Института имени П.А. Герцена, филиала Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Анализ. В целом по Самарской области и в Российской Федерации продолжается рост заболеваемости раком женской половой сферы. Заболеваемость раком шейки матки (РШМ) в Самарской области за последние 10 лет увеличилась с 15,7 (2007) до 19.8 на 100тыс населения (2017), в РФ она выросла с 17,6 (2007) до 23,3 (2017) на 100тыс. населения. Уд. вес больных РШМ с I-II ст. в Самарской области не изменился - 78,1 (2007), 78,1 (2017), в РФ он несколько вырос с 58,3 (2007) до 65.7 (2017). Показатель запущенности РШМ с III-IV ст. заболевания в Самарской области почти не изменился - 21.1 (2007), 21,9 (2017). В РФ он несколько снизился с 39,8 (2007) до 32,4 (2017). Уд. вес активно выявленных больных РШМ в Самарской области снизился с 27,7(2007) до16.7 (2017), в РФ он увеличился с 9.5 (2007) до 12,2 (2017). Смертность от РШМ в Самарской области возросла с 5,9 (2007) до 6.5 (2017) на 100 тыс. населения, в РФ она не изменилась - 8,1 (2007), 8,2 (2017) на 100тыс. населения. Одногодичная летальность от РШМ в Самарской области несколько уменьшилась с 15.7/2007/ до 14.9/2017/, в РФ она уменьшилась с 19.0 (2007) до 14.3 (2017). Уд. вес больных РШМ проживших 5 и более лет в Самарской области несколько понизился с 70,7 (2007) до 68,3 (2017), в Р Φ отмечено такое же незначительное снижение показателя с 67,9 (2007) до 65,4 (2017). Заболеваемость раком тела матки (РТМ) за последние 10 лет в Самарской области резко увеличилась с 28,2 (2007) до 40.7 (2017). В РФ она также значительно выросла с 24.0 (2007) до 33,1 (2017) на 100 тыс. населения. Уд. вес больных РТМ, выявленных с I-II ст. в Самарской области намного вырос с 77,4 (2007) до 86.3 (2017), в РФ он также увеличился74 (2007) до 84 (2017). Показатель запущенности больных РТМ в Самарской области возрос с 2.7 (2007 до 3.5 (2017), в РФ он уменьшился с 6,3 (2007) до 5.3 (2017)/. Смертность от РТМ в Самарской области имеет тенденцию к увеличению - 8.4 (2007), 9,1 (2017), в РФ такая же тенденция - 8,1 (2007), 8,5 (2017) на 100 тыс. населения. Одногодичная летальность от РТМ в Самарской области снизилась с 9.5 (2007) до 8,6 (2017), в РФ - она уменьшилась с 11,8 (2007) до 8,2 (2017). Уд. вес больных РТМ. проживших 5 и более лет в Самарской области несколько повысился – 61 (2007), 63(2017), в РФ – 60(2007), 62(2017). Заболеваемость раком яичников (РЯ) в Самарской области имеет тенденцию к увеличению 18.9 (2007), 20.2 (2017), в РФ - 16,5 (2007), 18.5 (2017) на 100 тыс. населения. Уд. вес больных РЯ, выявленных в І-ІІ ст. увеличился с 40.6 (2007) до 44.9 (2017). В РФ он так же вырос с 35,3 (2007) до 39,4 (2017). Показатель запущенности РЯ с IV ст. почти не изменился - 13,8 (2007), 13,3 (2017). В РФ он уменьшился с 6,3 (2007). Уд. вес активно выявленных больных РЯ в Самарской области несколько увеличился - с 4,7 (2007) до 4,9 (2017), в РФ резко увеличился с 8,3 (2007) до 18,4 (2017). Одногодичная летальность больных РЯ в Самарской области снизилась с 33.6 (2007) до 27,9 уменьшилась (2017).РΦ она c 27,4 (2007)20,9

Уд. вес больных РЯ, проживших 5 и более лет в Самарской области стал больше - 59,4 (2007), 67,6 (2017), в РФ он так же повысился - 56,4 (2007), 61,6 (2017).

Результаты: Несмотря на рост диагностических возможностей, оснащенность медицинских учреждений, онкоэпидемиологическая обстановка в Самарской области крайне неблагоприятная. Наряду с увеличением заболеваемости женского населения РШМ отмечено резкое снижение процента активно выявленных больных.

Наряду с резким увеличением заболеваемости РТМ в Самарской области имеет место повышение показателя его запущенности.

Профилактические мероприятия, проводимые в ходе реализации областной программы модернизации и целевой онкологической программы «Совершенствование организации онкологической помощи населению Самарской области» позволило увеличить уд. вес больных РЯ, выявленных с І-ІІ ст. заболевания, заметно снизить одногодичную, летальность, а также увеличить число больных, проживших 5 и более лет.

Выводы: Проблема своевременной и адекватной диагностики рака женской половой сферы продолжает сохранять свою актуальность. Необходимо срочно повысить роль первичного звена гинекологов в плане своевременной диагностики предопухолевых заболеваний и ранних форм рака шейки и тела матки. Своевременно и полноценно обследовать больных с подозрением на рак в лечебно-диагностических учреждениях общей лечебной сети с последующим незамедлительным направлением на консультацию в онкологический диспансер.

Богуш Е.А., Меркулова С.М., Митрохина Л.А., Бушкина С.Н., Соглаева С.В.

ВНЕДРЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ЭРГОНОМИКИ И БИОМЕХАНИКИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Тинаки»

Транспортировка человека, который не может передвигаться самостоятельно, - ответственная и сложная задача. Перекладывание пациентов, как в стационарах, так и в реабилитационных центрах, часто является манипуляцией, требующей мобилизации всех физических сил у медицинских работников, а затем и вызывающей профессиональные заболевания опорно-двигательного аппарата. Проблема усугубляется ростом числа пациентов с избыточной массой тела с одной стороны, а так же хронической нехваткой медицинского персонала - с другой.

Потребность в самостоятельном перемещении может быть нарушена в результате длительной болезни. И медицинскому персоналу часто приходиться осуществлять уход за такими пациентами. Они особенно нуждаются в интенсивном сестринском уходе, так как не могут самостоятельно удовлетворить большинство своих потребностей.

Безопасность необходимо обеспечить не только пациентам и их близким, но и медицинскому персоналу, осуществляющему уход как в условиях различных лечебных, социальных учреждениях, так и на дому. Основными факторами, негативно влияющие на здоровье персонала является стресс, психологические перегрузки и физическая нагрузка, связанная с перемещением тяжестей, в том числе и пациента.

Чтобы уменьшить отрицательное влияние на пациента ограниченного режима двигательной активности, а также снизить риск возможных травм у медсестры, которая осуществляет уход за таким пациентом, ей необходимо знать и соблюдать целый ряд правил. Все движения человека осуществляются в полном соответствии с законами физики, но биомеханика намного сложнее, чем механика неживых тел.

Биомеханика в медицине изучает координацию усилий костно-мышечной системы, нервной системы и вестибулярного аппарата, направленных на поддержку равновесия и обеспечение наиболее физиологичного положения тела в покое и при движении: ходьбе, подъёмах тяжести, наклонах, в положении сидя, стоя, лёжа, а также при выполнении повседневных жизненных функций.

Сегодня проблема перегрузки и травматизма медицинских работников решается с помощью здоровьесберегающей технологии — медицинской эргономики. Она позволяет медицинским сестрам обучиться правильным профессиональным позам и, применяя современные эргономические приспособления, облегчить физические нагрузки в повседневной практической деятельности по уходу за тяжелобольными. Во многих медицинских организациях, а так же при амбулаторном уходе, применяется ряд устройств для комфортного и эргономичного трансфера пациентов, которое делает жизнь проще, облегчая перемещения как больному, так и персоналу.

Одним из применяемых нами – является устройство для перемещения пациентов типа «роллборд».

Ранее персонал мог рассчитывать только на свои физические силы, а с применением перекладного устройства, физическая нагрузка, необходимая для перекладывания больных, значительно снизилась. От медицинского персонала больше не требуется поднимать и переносить пациента с кровати на каталку. Вместо этого, частично подложив устройство под больного, достаточно небольшого усилия для перемещения пациента в горизонтальной плоскости с кровати и операционного стола на каталку или наоборот. По заявлениям специалистов, в вопросах профпатологии применение устройств, предупреждает профес-

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

сиональные заболевания опорно-двигательного аппарата, и в первую очередь позвоночни-ка, у персонала и оптимизирует уход за пациентом.

Хочется ещё отметить положительные, не маловажные стороны при работе с устройством для перекладывания пациента, это:

й антифрикционное покрытие устройства, которое обеспечивает безупречно лёгкое перемещение;

ü небольшой вес и плоский дизайн позволяют легко и без нагрузки на опорно-двигательный аппарат персонала подложить устройство под пациента;

ü высокая прочность материалов покрывала и панелей с использованием материалов, которые не поддерживают рост бактериальной и грибковой флоры;

й верхний слой скользящего покрытия имеет водоотталкивающие свойства;

й не нуждается в дорогостоящем инженерно-техническом обслуживании;

ü простота конструкции не требует специального дорогостоящего и продолжительного обучения персонала, вне зависимости от его подготовленности и базового уровня образования.

Благодаря применению устройства для перемещения пациента, работа с ним стала более профессиональной, когда мы начали их использовать. Произошло существенное уменьшение затрат времени на процедуру перекладывания пациента. А уменьшение же физического напряжения и эмоционального дискомфорта всего медицинского персонала от врачей до младших медицинских сестер по уходу за больными, как правило, способствует исключительной концентрации на профессиональной деятельности и выступает фактором профилактики эмоционального выгорания и депрессивных состояний.

Бондаренко И.В., Фурманов Д.В.

РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДЕФИЦИТЕ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Размещение пациента в постели является элементом трудовой функции медицинского персонала. Если состояние больного и характер заболевания не требуют особых способов размещения пациента, то помощник по уходу или младшая медсестра вполне могут выполнить эту манипуляцию самостоятельно. Однако нередко характер заболевания, тяжесть состояния пациента, применяемые методы лечения требуют адекватного подбора способа размещения больного в постели, для чего необходимы специальные медицинские знания и навыки. В этом случае размещение пациента в постели производится под контролем и при участии медицинской сестры, а иногда и врача. Для нейрохирургического отделения имеет особое значение размещение пациентов при плегиях различной степени выраженности, а так же при профилактике пролежней ввиду тяжелого состояния пациентов и длительного пребывания в постели. Для обеспечения безопасности труда при выполнении манипуляции необходимо помнить, что если пациент имеет вес 80-100 кг и больше или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним-двумя помощниками. Желательно наличие приспособлений для подъема пациента.

Для размещения пациента с гемиплегией в положении на спине необходимо: опустить изголовье кровати и придать постели горизонтальное положение; убедиться, что пациент лежит по середине кровати; под парализованное плечо положить сложенное полотенце или подушку; отодвинуть парализованную руку от туловища, разогнув ее в локте и повернув ладонью вверх; кисти придать обычное положение (кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты);под парализованное бедро положить небольшую подушку; согнуть колено парализованной конечности под углом 30° и положить его на подушку; стопы пациента, согнутые под углом 90°, упереть в мягкие подушки и обеспечить упор под углом 90°.

Для размещения пациента с гемиплегией в положении Фаулера необходимо: поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки); усадить пациента как можно выше или подложить под голову небольшую подушку; слегка приподнять вверх подбородок пациента; на прикроватном столике перед пациентом обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья; отодвинуть плечо пациента от его тела и положить под локоть подушку; расслабленной кисти придать обычное положение (кисть слегка разогнута лежит на половине разрезанного пополам резинового мячика); парализованной кисти придать нормальное положение (если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно; согнуть пациенту ноги в коленях и бёдрах, подложив под колени подушку или сложенное одеяло; обеспечить упор для стоп под углом 90°.

Для размещения пацента с гемиплегией в положении на животе необходимо: опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки) и придать постели горизонтальное положение; передвинуть пациента к краю кровати в направлении не парализованной стороны тела; перейти на другую сторону кровати; поставить колено на край кровати и повернуть пациента на здоровый бок; поместить подушку под живот пациента; выпрямить локоть парализованной руки, прижать ее по всей длине к туловищу и подсунуть кисть под бедро или поднять вверх параллельно туловищу; осторожно повернуть голову пациента через парализованную руку на живот; повернуть голову пациенту на бок в сторону парализованной половины тела; согнуть в локте руку отвести в сторону кистью к изголовью кровати; пальцы руки по возможности разогнуть; слегка согнуть оба колена пациента и подложить подушку под обе ноги (от колен до лодыжек); с помощью достаточно высокой подушки приподнять пальцы стоп над матрасом, так чтобы угол между стопой и голенью составлял 90°.

Бундова Е.Г., Кудинов М.Ю., Нестерова Л.А., Пчелинцева В.А., Яннаева Ю.Г.

СПОСОБЫ ВЕРИФИКАЦИИ ПАЦИЕНТА И ЛЕЧЕБНОГО ПЛАНА ДЛЯ ЛИНЕЙНЫХ УСКОРИТЕЛЕЙ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Верификация - это подтверждение соответствия конечного продукта предопределённым эталонным требованиям. В случае лучевой терапии верифицировать необходимо пациента и его лечебный план (воспроизведение укладки, точность подведения дозы).

Верификация пациента производится фотоаппаратом с целью его последующей идентификации персоналом отделения лучевой терапии. Также, при необходимости, пациент фотографируется с устройством иммобилизации (устройством фиксации для минимизации движения пациента при укладке и его последующем лечении).

Верификации укладки определяется врачами-радиотерапевтами совместно с медицинскими сестрами аппаратными средствами линейного ускорителя. Перед первым сеансом облучения и периодически во время лечения осуществляется контроль-верификация точности воспроизведения укладки и оценка состояния пациента лечащим врачом-радиотерапевтом (например, изменившейся вес пациента потребует создания нового плана лечения). Это гарантирует более точное подведение дозы к очагу и минимизирует риск лучевых осложнений на окружающие здоровые органы (органы риска).

Для определения изоцентра очага и нанесения предварительных лечебных меток на кожу пациента для планов 3D в ГБУЗ СОКОД используют симулятор Acuity с опцией виртуальной симуляции, а перед первым лечением проверяют точность воспроизведения укладки на линейном ускорителе.

В аппаратном комплексе линейных ускорителей для верификации укладки используются портальные мегавольтные и киловольтные снимки. На линейных ускорителях Elekta Synergy установлена система портальной визуализации iViewGT и система компьютерной томографии с коническим лучом (КТКЛ) X-Ray Volume Imaging (XVI); на ускорителях Clinac Varian — система портальной визуализации Portal Imager и система КТКЛ On-Board Imager (OBI). Системы XVI и OBI схожи по конструкции, управлению и назначению. Данные системы позволяют получать изображение пациента независимо от угла поворота гентри, далее проводить анализ смещений пациента сравнением его референсных изображений с полученными.

Для обеспечения гарантии качества лучевой терапии проводится не только контроль воспроизведения укладки пациентов, но и верификация подведенной дозы. Точность подведения дозы проверяется медицинскими физиками (абсолютная и относительная дозиметрия). Для лечебного плана пациента создается верификационный план (для различных методик расчета, таких как IMRT и 3DCRT), осуществляется его абсолютная и относительная дозиметрия на ускорителе средствами дозиметрического контроля. Для верификации планов используются матрица, проводится абсолютная дозиметрия (измерение дозы в точке). Полученные измеренные данные сравниваются с расчетными, делается вывод о целесообразности начала лечения пациента или необходимости коррекции плана лечения.

Таким образом, верификация пациента и его лечебного плана гарантирует точное подведение дозы ионизирующего излучения к опухоли и минимизирует риск возможного повреждения здоровых тканей.

Бурлаков А.С., Скокова Г.Н., Муаллем Е.Г., Жидкова А.Д.

РОЛЬ РАБОТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ В КОМПЛЕКСЕ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Часто встречающийся у онкологических больных иммунодефицит объясняет частоту возникновения оппортунистических инфекций и генерализованного бактериального сепсиса. Высокая вероятность серьезных инфекционных осложнений объясняется нарушением целостности естественных барьеров (например, изъязвление кожи или слизистой ЖКТ, перианальные трещины, катетеризация центральных вен и др.), а также наличием нейтропении.

В зависимости от локализации основного процесса инфекционные осложнения развиваются у 12-50% онкологических больных (Кныш В. И., Ананьев ЕС. ,1985, Klastersky J. ,1989г, Rotstein C. et al. ,1988г. .Widow V. et. al. ,1989г.). При лейкозах этот показатель приближается к 70% (Mortimer J. et al. .1987 г., Apostopoulov E., 1989г.). Инфекционные осложнения значительно отягощают течение основного заболевания, ухудшают прогноз, увеличивают продолжительность и стоимость лечения. В среднем более 30% онкологических больных умирают от интеркуррентных инфекций.

Но развитие инфекционных осложнений могут быть и результатом оказания медицинской помощи, т.н. инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Таким образом, борьба с ИСМП в онкологическом стационаре приобретает важное социально-экономическое значение. Поэтому грамотное соблюдение всего комплекса санитарно-гигиенических мероприятий и соответственно контроль за его исполнением стоит особо остро.

Материалы и методы. В нашем учреждении санитарно-эпидемиологическим контролем занимается эпидемиологическая служба в тесной связи с лабораторией клинической микробиологии, в которой проводится весь комплекс исследований в соответствии с МУК 4.2.2942-11 «Методы санитарно-бактериологических исследований объектов окружающей среды, воздуха и контроля стерильности в лечебных организациях», позволяющий выявить источник инфекции уже на начале его появления. В соответствии с планом производственного контроля ЛПУ в лаборатории клинической микробиологии проводятся такие исследования, как:

- исследование воздушной среды (ОМЧ, плесневые и дрожжевые грибы, золотистый стафилококк);
- исследование смывов с поверхностей медицинского оборудования и предметов обихода со всех отделений ГБУЗ СОКОД (БГКП-бактерии группы кишечной палочки, золотистый стафилококк, сальмонеллы, УПФ-условно-патогенная флора: синегнойная палочка, ацинетобактер и др.);
- посев на стерильность хирургического и перевязочного материала со всех отделений ГБУЗ СОКОД, в т.ч. рук медицинского персонала хирургических отделений и операционного поля.

Результаты исследований. В 2018 году было проведено следующее количество исследований:

- Исследование воздушной среды: было взято 288 проб, из которых было выполнено 864 исследований, из них положительные: в 24 пробах рост плесневых и дрожжевых грибов, в 1 пробе рост золотистого стафилококка.
- Исследование смывов с поверхностей медицинского оборудования и предметов обихода: было взято 3686 проб, из которых было выполнено 11058 исследований, из них положительные: в 58 пробах отмечался рост БГКП, в 36 пробах рост УПФ.

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

- Посев материала на стерильность: было взято 1836 проб, из которых было выполнено 3672 исследования. Положительных проб нет.
- Исследование смывов с рук: было взято 122 проб, из которых было выполнено 244 исследования. Положительных проб нет.

Выводы. После каждого неудовлетворительного результата был проведен комплекс противоэпидемических мероприятий, были приняты определенные меры и произведено повторное взятие материала по эпидемиологическим показаниям. Положительных результатов нет. Таким образом, мы можем говорить о том, что в нашем учреждении ведутся тщательные санитарно-гигиенические и противоэпидемиологические мероприятия, что снижает риск возникновения инфекций связанных с оказанием медицинской помощи.

Буянов А.С., Стадлер В.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЛОКАД РЕС I, II И SAPB ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Широкое использование в анестезиологической практике ультразвука способствовало изобретению так называемых новейших блокад грудной стенки: PEC block I и II (Блокада грудных нервов), блокады пространства передней зубчатой мышцы (Serratus Anterior Plane Block), блокады пространства мышцы выпрямителя позвоночника (Erector Spinae Plane Block). PEC block менее инвазивная техника, описанная Бланко, представляет собой межфасциальную блокаду между большой и малой грудной мышцей (РЕС I) и между зубчатой мышцей и третьим ребром (РЕС II). Эта новая техника осуществляет блокаду внутрикостных III, IV, V, VI, межреберных и большего грудного нервов.

В настоящее время регионарная аналгезия считается необходимым компонентом анестезии и методом выбора послеоперационного обезболивания при онкологических операциях, в т.ч. и в российских клиниках. Сочетанная анестезия (общая и регионарная) характеризуется снижением доз ингаляционных анестетиков и опиоидных анальгетиков, что уменьшает иммуносупрессию и особенно ценно в онкологической хирургии. Хирургические вмешательства, выполняемые на молочной железе, существенно отличаются друг от друга по объёму и сложности, однако регионарная анестезия может применима в большинстве случаев. Секторальная резекция (удаление опухоли молочной железы), частичная мастэктомия и некоторые пластические операции на молочной железе могут быть выполнены под футлярно (фасциальной) блокадой. Регионарная анестезия может использоваться как дополнение к общей анестезии для уменьшения потребности в анестетиках и улучшения качества послеоперационной аналгезии после достаточно травматичных вмешательств, таких как мастэктомия с иссечением подмышечных лимфатических узлов, или реконструктивных операций на молочной железе.

Цель исследования: сравнить PEC block в комбинации с общей анестезией и общей анестезией при радикальной мастэктомии.

Материалы и методы исследования. 65 пациенткам была выполнена односторонняя радикальная мастэктомия под общей анестезией, случайным образом были распределены пациенты, которые получили общую анестезию в сочетании с блокадой грудных нервов (PEC) (n = 32) и только общая анестезия (контрольная группа, n = 33).

Результаты. Статистически значимые более низкие баллы по визуальной аналоговой шкале наблюдались в группе PEC block, чем в контрольной группе. Более того, в послеоперационном периоде сократилась потребность в промедоле в группе PEC в первые 12 часов после операции, в сравнении с контрольной группой. Интраоперационная потребность фентанила статистически отличалась в группе блокады, чем в контрольной группе (290,91±67,84 мкг и 393,75±66,90 мкг, соответственно, Р <0.001). Потребность в опиоидных анальгетиках в первые сутки в группе блокады была вдвое меньше, чем в контрольной 30,91±12,34 мг и 63,75±9,42 мг соответственно, обнаруженная разница была статистически значима (Р <0.001). Время до первого обезболивания промедолом в группе блокады составил 309,55±56,59 мин.

В палатах пробуждения тошнота и рвота (ПОТР), а также показатели седации, были ниже в группе РЕС по сравнению с контрольной группой. В целом, пребывание пациента в палате пробуждения было короче в группе РЕС, чем в контрольной группе.

Заключение. PEC block в комбинации с общей анестезией обеспечивает эффективную анальгезию при операции на молочной железе с подмышечной лимфодиссекцией. Методика проста, легко обучаема, основана на анатомических знаниях и опыте в работе с ультразвуковой навигацией, что делает эту методику достойной заменой грудной паравертебральной блокаде и нейроаксиальной блокаде при радикальных операциях на молочной железе.

Верещак В.В., Карасев И.А., Малихова О.А., Кувшинов Ю.П., Круглова И.И.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ В ПРАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава Российской Федерации Кафедра онкологии и паллиативной помощи ФГБОУ ДПО Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава Российской Федерации ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Цель исследования: сравнить методы эндоскопического гемостаза (ЭндГ) в практике специализированных онкологических учреждений.

Материалы и методы исследования: В НИИКО ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.-Блохина» и в ГБУЗ СОКОД в период с 2016 по 2018 год была выполнена эзофагогастродуоденоскопия 204 и 128 пациентам соответственно по поводу кровотечения из верхних отделов ЖКТ. Из них 44-м (13,2%) ЭГДС выполнялась на амбулаторном этапе, остальным 288 (86,8%) в стационаре.

Результаты: У 171 (51,5%) пациента было кровотечение эрозивно-язвенного характера, у 146 (44,1%) - опухолевого генеза и у 15 (4,4%) вследствие ятрогенного повреждения. У 9 пациентов была F IA стадия. В двух случае удалось выполнить инъекционный гемостаз (ИГ), а затем клипирование сосуда (КЛ), в остальных семи - потребовалось хирургическое вмешательство. При F IB в 33 случаях выполнен комбинированный гемостаз с использованием ИГ и КЛ, в двух – оперативное вмешательство. При F IIA – 27 КЛ,8 КЛ в комбинации с ИГ и 5- ИГ с последующей электрокоагуляцией сосуда шаровым зондом. При F IIB – после отмывании сгустка ЭндГ не понадобился восьми пациентам, КЛ проведено 25 пациентам. Все 37 пациентов с F IIC ввелись консервативно без ЭндГ. 86 пациентов с кровотечением из опухоли были прооперированы в должном объеме, 45-ти успешно выполнено орошение раствором «Гемоблок» и ИГ, 34-м – ИГ и распыление гемостатического порошка «Епdoclot». При кровотечении ятрогенного характера в 3 случаях эффективным было орошение раствором «Гемоблок», а 11 пациентам потребовалось хирургическое вмешательство.

Вывод: Эффективность Энд Γ при кровотечениях эрозивно-язвенного характера составила 94,2%, опухолевого генеза – 48,8%, ятрогенно характера – 22,2%.

Владимирова Т.Ю., Махонин А.А., Синотин А.И., Габриелян А.Г., Чуйкова А.Ю.

ГОЛОСОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ МЕТОДОМ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ГОЛОСОВОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

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

Заболеваемость раком гортани в мире составляет от 2, 5 до 8,5 на 100 тыс. населения. В России заболевает ежегодно более 7 тысяч человек. По Самарской области ежегодно регистрируется 150-170 заболевших раком гортани, из которых 65-75% - пациенты с III – IV сталией.

Целью исследования: оценка результатов голосовой реабилитации у ларингэктомированных больных.

Задачи: ознакомиться с существующими способами голосовой реабилитации; Сформулировать преимущества и недостатки каждого метода; Выявить наиболее эффективный способ. Существует 3 метода голосовой реабилитации: трахеопищеводное шунтирование с голосовым протезированием (недостатками метода являются - возможность развития гнойных осложнений, необходимость повторной операции каждые 1,5 года); обучение пищеводному голосу (при данном способе выявлено низкое качество голоса, а также необходимость длительного логопедического обучения) и электрогортань - в данном методе использовался голосообразующий аппарат Хронос АГ 2000, стоимость которого достаточно высока, а качество голоса также является низким.

Материалы и методы: было обследовано 3 группы пациентов в период с 2013 по 2018 гг. (по 16 человек каждая), критерий выделения в группу - используемый метод голосовой реабилитации после ларингэктомии. Эффективность была оценена путем анализа акустических параметров голоса (средняя и максимальная громкость (интенсивность) голоса, длительность фонации, разборчивость этой речи) субъективными методами (опросник). Были опрошены как сами больные, так и окружающие их люди (родственники, супруги).

Результаты: наиболее эффективным способом явилось трахеопищеводное шунтирование с голосовым протезированием - эффективность (удовлетворенность пациента и окружающих качеством голоса) составила 100%. Показатель эффективности обучения пищеводному голосу составил 30%, для электрогортани - 10%. Осложнений не выявлено ни при одном из методов реабилитации. Показанием к голосовому протезированию является только желание пациента восстановить голосовую функцию без обучения пищеводному голосу и «электрогортани». Противопоказаниями к протезированию являются состояния пациентов, исключающие самостоятельное применение и уход за протезом; а так же заболевания легких, сопровождающиеся выраженным снижением функциональных резервов дыхания (ОФВ1/ФЖЕЛ<70%, ОФВ1<50%).

Выводы: оценивая полученные результаты, можно с уверенностью сказать, что трахеопищеводное шунтирование с голосовым протезированием, на сегодняшний день, является методом выбора у ларингэктомированных больных, несмотря на возможность развития гнойных осложнений и необходимость повторных операций. Это подтверждается высокой удовлетворенностью (100%) качеством голоса как пациентом, так и его близкими, оцененной путем субъективных методов исследования (опросник).

Воздвиженский М.А., Трубин А.Ю., Горбачев Н.А., Горбачев А.Л., Евсеев Д.С., Исаргапов Р.М.

5-ЛЕТНЯЯ БЕЗРЕЦИДИВНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (НМИРМП) имеет достаточно высокую частоту рецидивирования даже при условии полного удаления опухолей хирургическим путем. В связи с этим, насущным является вопрос комбинации трансуретральной резекции (ТУР) с другими методами лечения, наиболее эффективным из которых является внутрипузырная иммунотерапия.

Цель: оценить отдаленные онкологические показатели у больных НМИРМП, получавших комбинированное специальное лечение.

Материалы и методы: в работе использованы данные 169 больных НМИРМП, которым на первом этапе лечения выполнялась ТУР мочевого пузыря, а в течение 24 часов после операции проводилась однократная инстилляция химиопрепарата Доксорубицин 50мг. Далее следовало два индукционных курса иммунотерапии БЦЖ с последующими однократными введениями в течение 2 лет. Для оценки эффективности проводимого лечения определяли показатель 5-летней безрецидивной выживаемости (БРВ) методом Каплана-Мейера.

Результаты: когортный показатель БРВ составил $85,6\pm4,9\%$. После распределения пациентов с учетом прогностических факторов (Клинические рекомендации ЕАУ, 2017г.), было выявлено, что при высокодифференцированных опухолях изучаемый пятилетний показатель был наибольшим и составил $89,1\pm4,2\%$. При НМИРМП умеренной степени дифференцированном раке — $67,5\pm11,7\%$. При единичном фокусе неинвазивного рака мочевого пузыря, искомый показатель был установлен на уровне $87,0\pm5,2\%$, а при множественном поражении — $76,2\pm12,2\%$. При дальнейшей группировке данных с учетом стратификации риска, было установлено, что при НМИРМП низкого риска 5-летний показатель БРВ составил 85,9%, что было значимо выше по сравнению с аналогичными в подгруппах промежуточного (76,2%) и высокого риска (60,9%) рецидива данного заболевания.

Выводы: комбинация хирургического удаления опухоли (ТУР мочевого пузыря) с однократным ранним внутрипузырным введением Докорубицина и последующей иммунотерапией БЦЖ сообщала высокие показатели безрецидивной выживаемости, сопоставимые с аналогичными у других авторов.

Денисова С.В., Маковецкая Н.Ф.

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Пациенты с онкологическими заболеваниями имеют высокий риск развития тромбоэмболии легочной артерии и тромбоза глубоких вен. Осложнения,

как правило, могут предшествовать диагнозу злокачественного новообразования, могут быть результатом противоопухолевого лечения

(химиотерапия, гормонотерапия, оперативное вмешательство). К основным факторам риска развития ТЭЛА и тромбоза вен являются повышенная свертываемость крови, повреждение эндотелия, замедление венозного кровотока. Тромбоэмболические осложнения способствуют снижению эффективности и даже прекращению основного лечения злокачественной опухоли. Пациенты, направленные в онкологический диспансер с подозрением на злокачественное новообразование еще на этапе первичной диагностики бывают не допущены до противоопухолевого лечения, ввиду выявления у них жизнеугрожающих состояний (ТЭЛА, флотирующие тромбозы и т.д.).

Клинический случай №1. Мужчина, 46 лет, направлен в онкологический диспансер с подозрением на злокачественное новообразование почки. При обследовании и диагностическом поиске отдаленных метастазов на КТ- органов грудной клетки с контрастированием обнаружена тромбоэмболия мелких и средних ветвей легочной артерии. Пациент в экстренном порядке направлен в специализированное учреждение, согласно приказу министерства здравоохранения Самарской области о маршрутизации от 23.11.2018. №1407.

Клинический случай №2. Женщина, 52 лет, находится на лечении у онколога с 2017 года с диагнозом: рак молочной железы. Были проведены курсы химиотерапии, лучевая терапия с положительной динамикой. На фоне проведения 3 курса ПХТ появилась боль, отек правой ноги. По данным ультразвукового исследования установлен окклюзирующий тромбоз с поражением поверхностной бедренной вены, подколенной вены, большой подкожной вены справа. Пациент направлен к сосудистому хирургу.

Таким образом, тромбоэмболические осложнения являются одними из частых и тяжелых последствий у пациентов с онкологическими заболеваниями, что требует динамического наблюдения и своевременной профилактики тромбообразования.

Евсеев Д.С., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Боряев А.Н., Фольц А.В., Трубин А.Ю., Исаргапов Р.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Сохраняется стабильный рост заболеваемости раком почки (РП) во всех регионах мира, в том числе и в России, в Самарской области в частности. В 2018г. в Самарской области заболеваемость составила 19,4 на 100 тыс. населения (в 2008 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 2008г. - 51,5%, а в 2017 – 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 применятся 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.Кіт и соавт.) свидетельствуют о равной эффективности органоуносящих 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.

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 2009г. по 2014г.

Так в 2009г. выполнено 40 операций, из них резекций — 6 (15,0%), нефрэктомия выполнена у 34 (85%). В 2010г. отмечает рост числа больных, которым выполнена резекция почки: 18 (18,3%), нефрэктомия — 80 (81,7%), из них 44 лапароскопическим доступом. В 2011г. сохранилась прежняя тенденция — 43 (27%) резекций, 116 (73%) нефрэктомий, из них 96 лапароскопическим доступом, в 2012г. - 46 (26,7%) резекций, 126 (73,3%) нефрэктомий, из них 103 лапароскопическим доступом, в 2013г. — 97 (49,7%) резекций, нефрэктомий 98 (51,3%), из них лапароскопическим доступом — 77, в 2014 г. — 75 (37,8%) резекций, нефрэктомий — 123 (62,2%), из них лапароскопическим доступом — 105. Таким образом, за 4 года количество ОСО выросло более, чем в 4 раза.

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 (G_2) — 17,5% (151), низкодифференцированный (G_3) — 7,2% (65) и недифференцированный (G_4) РП — 3% (13).

Медиана наблюдения за оперированными больными составила 86,6 мес. Из 862 оперированного больного РП в настоящее время живы 750 (87 %), Всего умерли 112 (13%) пациента, от прогрессирования РП — 50 (5,8 %), из них после резекции почки — 12, после нефрэктомии — 38, от сопутствующей патологии — 62 (7,2%) пациента. Проведен сравнительный анализ общей и безрецидивной выживаемости пациентов в данных группах по

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

методу Каплана Мейра. В группе больных после ОСО 5-летняя общая выживаемость составила 87,4%, после нефрэктомий общая выживаемость - 85,9 % (p=0,349). Безрецидивная 5-летняя выживаемость в группе больных после ОСО составила 94,2%, после нефрэктомий безрецидивная выживаемость - 90,8 %. (p=0,235). Таким образом статический анализ не показал достоверных отличий выживаемости в исследуемых группах пациентов.

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

Жидкова А.Д., Муаллем Е.Г., Скокова Г.Н., Бурлаков А.С.

ОСОБЕННОСТИ ВЗЯТИЯ БИОМАТЕРИАЛА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КИСЛОТОУСТОЙЧИВЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. При дифференциальной диагностике опухолей легкого особое внимание уделяется диагностики туберкулеза. Туберкулёз — широко распространённое в мире инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое различными видами микобактерий из группы Mycobacterium tuberculosis complex. Туберкулёз обычно поражает лёгкие, реже затрагивая другие органы и системы. Самым надежным методом диагностики туберкулеза является бактериологический (посев материала на питательные среды), но этот метод очень длительный и дорогостоящий. Важное значение при постановке диагноза туберкулеза имеет нахождение в мокроте, моче и другом биоматериале туберкулёзных микобактерий.

Помимо бактериологического исследования, выявить наличие микобактерий туберкулеза можно при помощи всем известных и часто применяемых для профилактической диагностики анализов на туберкулез, во время проведения которых распознаётся не сам возбудитель, а результаты его присутствия в организме (проба Манту, ИФА, ПЦР и др.).

В лаборатории клинической микробиологии применяется только микроскопический метод диагностики. При этом методе в мазке обнаруживаются кислотоустойчивые микроорганизмы (КУМ), которые не обязательно могут быть возбудителями туберкулеза, поэтому при положительном результате требуется дальнейшая диагностика. Окончательной диагностикой туберкулеза занимаются противотуберкулезные диспансеры.

Цель. Обеспечить качественную подготовку к исследованию на туберкулез, качественное выполнение анализа и своевременное получение результата.

Материалы и методы. В соответствии с Приказом №109 от 21.03.2003г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» чаще всего микроскопическая диагностика производится из следующего биоматериала: мокрота, моча, промывные воды бронхов, эндоскопические или хирургические тканевые биопсии. При этом основным методом окраски является окраска по Циль-Нильсену, когда кислотоустойчивые микроорганизмы окрашиваются в красный цвет, а все остальные микроорганизмы и клеточные элементы — в голубой.

Особое внимание уделяется правильному взятию материала для исследования.

Правила сбора мокроты для микроскопического исследования.

- 1. Получить или приобрести заранее в аптеке стерильный контейнер для сбора мокроты (недопустимо использовать емкости, не предназначенные для этих целей). Подписать на бумажном ярлыке контейнера Ф.И.О. пациента, год рождения, дату сбора материапа
- 2.Мокроту лучше собирать утром натощак после тщательного туалета полости рта (чистки зубов, полоскания зева и полости рта кипяченой водой), при снятых зубных протезах (если таковые имеются) в стерильный контейнер во время приступа кашля или глубокого вынужденного покашливания. Материал не должен содержать слюны и носоглоточного отделяемого! Закрыть контейнер крышкой. В случаях, когда отхождение мокроты затруднено, накануне можно принять отхаркивающее средство.
- 3. Доставить полученный контейнер с материалом в кратчайший срок (в течение 1-2 часов) в лабораторию.

Правила сбора мочи для микроскопического исследования.

1. Получить или приобрести заранее в аптеке стерильный контейнер для сбора мокроты (недопустимо использовать емкости, не предназначенные для этих целей). Подписать на бумажном ярлыке контейнера Ф.И.О. пациента, год рождения, дату сбора материа-

- 2. После тщательного туалета наружных половых органов и области заднего прохода, для предотвращения контаминации посторонней микрофлорой, вымытыми с мылом руками собрать среднюю порцию утренней мочи в стерильный контейнер не менее 5-10 мл (т.е. первая часть мочи при мочеиспускании выпускается в унитаз, среднюю порцию собираете в контейнер, а оставшаяся моча выпускается в унитаз). Закрыть крышкой контейнер.
- 3. Доставить полученный контейнер с материалом в кратчайший срок (в течение 1-2 часов) в лабораторию.

При невозможности быстрой транспортировки допускается хранение материала в условиях холодильника при t=2-8°C не более 24 часов.

Результаты исследований. За 4 года в лаборатории клинической микробиологии было проведено 1080 бактериоскопических исследований на выявление кислотоустойчивых микроорганизмов. Положительных проб было выявлено 18 (1,7%). Всего было обследовано 865 человек. Основным материалом, поступающим в лабораторию, являются мазки, полученные при бронхоскопических исследованиях 835 человек (96,5%), мокрота поступала от 28 человек (3,2%), у 2 человек исследовалась моча (0,3%). У 16 человек при микроскопии были обнаружены кислотоустойчивые микроорганизмы (1,8%). Все пациенты, у которых при микроскопии были обнаружены кислотоустойчивые микроорганизмы, направлены для консультации и дальнейшей постановки точного диагноза в специализированное учреждение (противотуберкулезный диспансер).

Выводы. 1.Бактериоскопическое исследование мазков на туберкулез является дешёвым и доступным методом диагностики, позволяющим заподозрить наличие этого инфекционного заболевания и провести дифференциальную диагностику с опухолями легкого или других органов.

2. Точность постановки диагноза и правильность назначенного лечения зависит от многих факторов, в том числе правильной работы лаборатории. Соблюдение правил подготовки и правильный сбор биологического материала для анализа обеспечат получение достоверных результатов исследования.

Золотарева Т.Г.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ПОЧКИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

В настоящее время в онкологической практике имеются широкие возможности для проведения лекарственной терапии у больных метастатическим раком почки вне зависимости от прогноза. Более 10 лет используются ингибиторы протеинкиназы, m-TOR. Зарегистрированы и включены стандарты лечения имуноонкологические препараты с разными механизмами действия. Однако, на сегодняшний в онкоурологии проводится целый ряд клинических исследований, изучающих последовательность назначения препаратов с различными механизмами действия или их комбинации. До сих пор единого мнения не получено.

Если рассматривать противоопухолевый ответ и влияние на него различных современных лекарственных препаратов с точки зрения иммунолога, то возникают несколько вопросов: как они влияют на иммунокомпетентные клетки, не только на Т-лимфоциты, и каковы резервы иммунной системы? С позиции иммунологии противоопухолевый ответ является очень многогранным и разнонаправленным.

Применение ингибиторов протеинкиназы в 1 линии терапии приводит к нарушению клеточного цикла, структуры и последующей гибели опухолевых клеток. При этом образуется большое число новых структур, фрагментов, которые распознаются иммунокомпетентными клетками и к ним вырабатываются блокирующие антитела. В процессе своей «жизнедеятельности» опухолевая клетка может многократно менять свою структуру, пытаясь «ускользнуть» от иммунологического надзора. В свою очередь различные звенья иммунной системы находятся в постоянном «напряжении». Учитывая тот факт, что опухолевый процесс развивается у лиц средней, старшей возрастной группы, можно предполагать, что функционирование иммунной системы постепенно снижается. Соответственно, ослабевает противоопухолевый ответ. Ожидаемые эффекты от лекарственной терапии не наступают или длятся короткое время. Поэтому целесообразно использование иммуноонкологических препаратов в 1 линии лечения, так как в этом случае сохраняются все остальные резервные возможности противоопухолевого иммунного ответа. Проводимые многочисленные клинические исследования по изучению иммуноонкологических препаратов в первой линии терапии злокачественных новообразований показывают значительное увеличение общей выживаемости, при ряде нозологий наблюдается переход пациентов в длительный безрецидивный период, формирование «плато». Данные предположения требуют подтверждения с исследованием резервных возможностей иммунной системы путем разработки лабораторных алгоритмов.

Золотарева Т.Г.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ПОЧКИ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ИЛИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

По данным эпидемиологических исследований в мире, рак почки составляет около 2-3% всех онкологических диагнозов. В Российской Федерации рак почки встречается у 4,3% мужчин и 2,9% женщин, занимая 10 место в структуре всех онкологических заболеваний. В Самарской области прирост абсолютного числа заболевших у мужчин составил 33,99%, у женщин 43,28%. В РФ за период 2004–2018 годы данный показатель вырос на 41,3%. Более 20% от числа всех заболевших выявляются в IV стадии. Метастатический процесс является причиной высокой летальности на 1 году жизни в данной группе больных. Имеющиеся в настоящее время возможности для проведения лекарственной противоопухолевой терапии после паллиативной операции позволяют существенно изменить показатель 1 – годичной летальности у больных раком почки, тем самым положительно влияют на общую смертность от злокачественных новообразований. В соответствии с клиническими рекомендациями у пациентов с неблагоприятным прогнозом основной лечебной опцией является внутривенное введение ингибитора m-TOR (Темсиролимус).

В Самарском областном клиническом онкологическом диспансере лекарственную терапию ингибитором m-TOR (Темсиролимус) в 2018-2019 годах получили 4 пациента с диагнозом: метастатический рак почки с промежуточным или неблагоприятным прогнозом по шкале IMDC. Средний возраст составил 53,5 года, из них: 3 мужчин, 1 женщина. Максимальная продолжительность ответа на лечение (время без прогрессирования) составила 9,2 месяца, медиана - 7,1 месяцев. Медиана выживаемости без прогрессирования при непрямом сравнении с данными рандомизированного исследования III фазы Global ARCCTrial в онкологическом диспансере была выше, чем в исследовании (5,5 мес.). Медиана общей выживаемости также была выше, по сравнению с данными исследования, и составила 12,4 месяца против 10,9 месяцев для данной группы пациентов.

Таким образом, анализ даже единичных случаев наблюдения пациентов с метастатическим раком почки, имеющих промежуточный или неблагоприятный прогноз, показывает, что применение современных противоопухолевых препаратов позволяет увеличить время без прогрессирования и общую выживаемость, а также снизить 1-годичную летальность.

Ищеряков С.Н., Хаметов Р.З.

ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ГБУЗ СО «СТАВРОПОЛЬСКАЯ ЦРБ»

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Паллиативная помощь(от фр.palliatifотлат.pallium—покрывало,плащ) — подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (детей и взрослых) и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, путём предотвращения и облегчения страданий за счёт раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других физических симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки (WHO Definition of Palliative Care http://www.who., int/cancer/palliative/definition/en/). Термин «паллиативный» происходит от паллиатив (паллий, покрывало, греческий плащ, верхнее платье) — неисчерпывающее, временное решение, полумера, закрывающее как «плащ» саму проблему— что отражает принцип паллиативной помощи: создание защиты от тягостных проявлений болезни, но не лечение самой болезни.

Паллиативная помощь:

- облегчает боль и другие доставляющие беспокойство симптомы;
- утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу;
- не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти;
- включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам;
- предлагает пациентам систему поддержки, чтобы они могли жить насколько возможно активно до самой смерти;
- предлагает систему поддержки близким пациента во время его болезни, а также в период тяжёлой утраты;
- использует мультидисциплинарный командный подход для удовлетворения потребностей пациентов и их родственников, в том числе в период тяжёлой утраты, если возникает в этом необходимость;
- повышает качество жизни и может также положительно повлиять на течение болезни;
- применима на ранних стадиях заболевания в сочетании с другими методами лечения, направленными на продление жизни, например с химиотерапией, радиационной терапией;
- включает проведение исследований с целью лучшего понимания и лечения доставляющих беспокойство клинических симптомов и осложнений (Определение паллиативной помощи. ВОЗ. 2002(англ.))

Цели и задачи паллиативной помощи:

- Адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов.
- Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников.
- Выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека.
- Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких.
- Решение социальных и юридических, этических вопросов, которые возникают в связи с тяжёлой болезнью и приближением смерти человека

Паллиативная помощь— современное направление общественного здравоохранения.

Паллиативная медицина является частью паллиативной помощи. Это раздел медицины, задачами которого является использование методов и достижений современной медицинской науки для проведения лечебных процедур и манипуляций, призванных облегчить состояние больного, когда возможности радикального лечения уже исчерпаны (паллиа-

тивные операции по поводу неоперабельного рака, обезболивание, купирование тягостных симптомов).

21 февраля 2019 Госдума приняла в третьем чтении закон об организации паллиативной медицинской помощи. Накануне, выступая перед Федеральным Собранием, Владимир Путин поручил депутатам ускорить принятие закона о паллиативной помощи. По оценке президента, в ней нуждаются от 800 тысяч до миллиона россиян (Госдума приняла закон о паллиативной помощи на следующий день после поручения В.В. Путина — Право. 21февраля 2019, дата обращения 23 февраля 2019.)

6 марта 2019 года президент России Владимир Путин ратифицировал закон об оказании паллиативной помощи после прохождения законопроекта через обе палаты Федерального Собрания РФ. В документе, в числе прочего, отмечается, что в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вносятся изменения касательно облегчения связанной с заболеванием боли лекарствами, в том числе наркотического и психотропного характера (включая возможность предоставления гражданам в рамках паллиативной помощи бесплатных лекарственных препаратов (В.В. Путин подписал закон о паллиативной помощи в РФ. Российская газета, дата обращения 11 марта 2019).

В настоящее время в России действует Российская Ассоциация паллиативной медицины. История этой ассоциации берёт начало в 1995 году, когда была организована одна из первых в стране некоммерческих негосударственных общественных организаций—Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных». В 2006 году Фонд учредил Общероссийское общественное движение «Медицина за качество жизни». С момента создания движение проводит Общероссийский медицинский форум, в рамках которого обсуждаются важнейшие проблемы отечественной медицины и здравоохранения, в том числе вопросы паллиативной помощи. 2011 год стал моментом создания Российской Ассоциации паллиативной медицины. Фонд был учреждён по инициативе медицинских работников из 44 регионов страны.

Своими основными целями Российская Ассоциация паллиативной медицины называет:

- консолидацию медицинского сообщества в решении проблем здравоохранения,
- профессиональная поддержка специалистов, занятых в области паллиативной медицинской помощи;
- содействие разработке и внедрению в здравоохранение оптимальных, призванных улучшить качество жизни пациентов:
 - организационно-методологических форм,
 - методов,
 - новых технологий.

Ассоциация уделяет пристальное внимание созданию новых региональных отделений в субъектах РФ, а также открыто для индивидуального членства.

Цель исследования: улучшение качества жизни пациентов с хроническим болевым синдрома, своевременное оказание паллиативной помощи при хроническом болевом синдроме.

Материалы и методы. С целью оценки качества противоболевой терапии проведён анализ амбулаторных карт онкологических больных, страдающих хроническим болевым синдромом.

На проверку представлено 5 амбулаторных карт, все 5 амбулаторные карт подробно изучены и на все медицинские документы проведены аналитические заключения. При этом выявлены следующие недостатки:

 5-х амбулаторных картах выявлены не корректные назначения противоболевой терапии, формальное описание амбулаторной карты, врачи прием ведут, жалобы описывают, но при этом никак не реагируют на жалобы больных, происходит бездействие со стороны врачей и нет контроля со стороны заместителя главного врача по поликлинике;

- 2-х случаях амбулаторных картах на не назначаются обезболивающие препараты в течение длительного времени с момента появлении жалоб на боль больных;
- 2-х случаях клиническая картина XБС в дневниках описана неполно, что не позволяет отследить эффективность назначенной противоболевой терапии
 - 1-м случаи не назначались препараты 1 ступени обезболивания, длительное время;
- 3-х случаях обезболивание 2 и 3 ступени назначаются без учета их времени действия или на факт боли;
 - 2-х случаях не регистрируется увеличение суточной дозы трамадол;
 - 3-х случаях не назначаются препараты на прорывную боль;
- 3-х случаях при назначении ко-анальгетиков указываются только название препаратов без описания схемы приема;
- 3-х случаях не соблюдаются принципы эквивалентного перехода с препарата на препарат;
 - 2-х случаях для купирования ХБС назначаются промедол (монотерапия);
- 4-х случаях назначение лекарственных препаратов на любой ступени обезболивания без учета сопутствующей патологии;
 - в дневниках не описан эффект от проведенной терапии;

Клинический случай:

- А) Больной 3. 1961 г., с диагнозом: С61 Рак предстательной железы сТ2N0M1 (кости, легкие) 4 стадия. Двусторонняя орхиэктомия в 2019 г. Дата появление болевого синдрома $08.01.2018~\Gamma$.
- 08.01.18 г. консультация невролога жалобы на боли в поясничном отделе L отдела, боль усиливается при ходьбе, физической нагрузке, рекомендовано (кеторол в\м);
- 25.01.18 г. консультация невролога боли в поясничном отделе позвоночника, онемение, рекомендовано (мексидол);
- 30.01.18 г. консультация невролога боли в поясничном отделе позвоночника, ограничение движения, боли в ногах по задней поверхности с 2-х сторон, боли 2 года при сгибании и разгибании усиление болей, рекомендовано (целебрекс 200 мг 2 таб 2 раза в день, кетадолон 1 таб 2 раза в день 20 дней);
- 07.02.18 г. консультация невролога, аналогичные жалобы и рекомендации, как выше-указанны;
- 17.10.18 г. консультация невролога жалобы на боль в поясничном отделе позвонка, боль усиливается при ходьбе. Диагноз: Остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Рекомендовано: МРТ поясничного отдела позвоночника;
 - 29.10.18 г. консультация онколога боль в спине. Рекомендаций нет;
- 01.11.18 г. повторная консультация онколога жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника. Назначение и рекомендацией нет;
- 17.12.18 г. консультация невролога головные боли, головокружение, боли в шейном отделе позвоночнике. Рекомендаций и назначений нет;
- 19.12.18 г. консультация онколога жалобы на сердцебиение, одышку, общую слабость, боль в животе. Рекомендаций и назначений нет;
- 24.12.18 г. консультация онколога боль в животе, сердцебиение, одышку, слабость. Аналогично по предыдущим назначениям;
- 26.12.18 г. консультация онколога жалобы прежние, в рекомендации, фентанил 50 мкг/ч+морфин сульфат МСТ 30 мг при болях+ дексаметазон 4.0 мг/1.0 мл+ церукал 2.0 мд+ дюфалак 30 мл 1 раз в день+ прегабалин 75 мг 1 раз в день;
- 02.01.19 г. консультация онколога жалобы на сильные, постоянные боли в животе, слабость. Рекомендовано: тримепередин (промедол) 25 мг 2 раза в день;
- 30.01.19 г. консультация онколога жалобы на одышку при физической нагрузке, рекомендаций нет;
- 25.02.19 г. консультация онколога переведен на 1-ю ступень обезболивания, кеторол 100 мг при жалобах на ноющие боли в животе;

27.04.19 консультация онколога – жалобы на боль в грудной клетке, иррадиацией по всему туловищу;

15.05.19 г. консультация онколога — жалобы прежние, больной переведен на 2-ю ступень обезболивания, трамадол 50 мг 2 раза в день+ анальгин 0.5 мг 3-4 раза в день+ кеторол в\м 1 мл 2-3 раза в день+ но-шпа 2.0 мл в\м;

19.06.19 г. консультация онколога — жалобы прежение. Трамдаол 50 мг 3 раза в день — 150 м+ дексаметазон 2.0 мл+но-шпа+ церукал;

Последний прием был 01.07.19 г. рекомендации и жалобы аналогичные.

Выявлены следующие замечания:

- на назначаются обезболивающие препараты в течение длительного времени с момента появления жалоб на боль;
- клиническая картина XБС в дневниках описана неполно, что не позволяет отследить эффективность назначенной противоболевой терапии;
- препараты 2 и 3 ступени обезболивания назначаются без учета их времени действия или на факт боли;
 - не назначаются препараты на прорывную боль;
- -при назначении коанальгетиков указываются только наименование лекарственных препаратов без описания схемы приема;
 - не соблюдается принципы эквивалентного перехода с препарата на препарат;
 - для купирования ХБС назначается промедол (монотерапия);
- пациент переведен на 3 ступень обезболивания без наличий показаний и далее переведен 1 и 2 ступень обезболивания без обоснования;
- назначение лекарственных препаратов на любой ступени обезболивания без учета сопутствующей патологии.

Выводы. Необходимо повысить уровень знаний врачей первичного звена в вопросах оказание паллиативной медицинской помощи нуждающимся в симптоматическом лечении. Если у больного исчерпаны возможности специального радикального вида лечения, то не значит, что больного не надо лечить и оказывать помощь в полном объеме. Администрации «Ставропольской ЦРБ» необходимо проводить анализ работы по оказанию противоболевой терапии, содействовать повышению уровню квалификации медицинского персонала и вести просветительскую деятельность по вопросам здорового образа жизни

Ищеряков С.Н., Хаметов Р.З.

ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ГБУЗ СО « ПРИВОЛЖСКАЯ ЦРБ»

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Паллиативная помощь— современное направление общественного здравоохранения. Паллиативная медицина является частью паллиативной помощи. Это раздел медицины, задачами которого является использование методов и достижений современной медицинской науки для проведения лечебных процедур и манипуляций, призванных облегчить состояние больного, когда возможности радикального лечения уже исчерпаны (паллиативные операции по поводу неоперабельного рака, обезболивание, купирование тягостных симптомов).

21 февраля 2019 Госдума приняла в третьем чтении закон об организации паллиативной медицинской помощи. Накануне, выступая перед Федеральным Собранием, Владимир Путин поручил депутатам ускорить принятие закона о паллиативной помощи. По оценке президента, в ней нуждаются от 800 тысяч до миллиона россиян (Госдума приняла закон о паллиативной помощи на следующий день после поручения В.В. Путина — Право 21февраля 2019, дата обращения 23 февраля 2019.)

6 марта 2019 года президент России Владимир Путин ратифицировал закон об оказании паллиативной помощи после прохождения законопроекта через обе палаты Федерального Собрания РФ. В документе, в числе прочего, отмечается, что в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вносятся изменения касательно облегчения связанной с заболеванием боли лекарствами, в том числе наркотического и психотропного характера (включая возможность предоставления гражданам в рамках паллиативной помощи бесплатных лекарственных препаратов (В.В. Путин подписал закон о паллиативной помощи в РФ. Российская газета, дата обращения 11 марта 2019).

В настоящее время в России действует Российская Ассоциация паллиативной медицины. История этой ассоциации берёт начало в 1995 году, когда была организована одна из первых в стране некоммерческих негосударственных общественных организаций—Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных». В 2006 году Фонд учредил Общероссийское общественное движение «Медицина за качество жизни». С момента создания движение проводит Общероссийский медицинский форум, в рамках которого обсуждаются важнейшие проблемы отечественной медицины и здравоохранения, в том числе вопросы паллиативной помощи. 2011 год стал моментом создания Российской Ассоциации паллиативной медицины. Фонд был учреждён по инициативе медицинских работников из 44 регионов страны.

Своими основными целями Российская Ассоциация паллиативной медицины называет:

- консолидацию медицинского сообщества в решении проблем здравоохранения,
- профессиональная поддержка специалистов, занятых в области паллиативной медицинской помощи;
- содействие разработке и внедрению в здравоохранение оптимальных, призванных улучшить качество жизни пациентов:
 - организационно-методологических форм,
 - методов,
 - новых технологий.

Ассоциация уделяет пристальное внимание созданию новых региональных отделений в субъектах $P\Phi$, а также открыто для индивидуального членства.

Цель исследования: улучшение качества жизни пациентов с хроническим болевым синдрома, своевременное оказание паллиативной помощи при хроническом болевом синдроме.

Материалы и методы: С целью оценки качества противоболевой терапии проведён анализ амбулаторных карт онкологических больных, страдающих хроническим болевым синдромом. На проверку представлено 4 амбулаторных карт, все 4 амбулаторные карт подробно изучены и на все медицинские документы проведены аналитические заключения. При этом выявлены следующие недостатки:

- в 4-х амбулаторных картах выявлены не корректные назначения противоболевой терапии, формальное описание амбулаторной карты, врачи прием ведут, жалобы описывают, но при этом никак не реагируют на жалобы больных, происходит бездействие со стороны врачей и нет контроля со стороны заместителя главного врача по поликлинике;
- в 3-х случаях амбулаторных картах на не назначаются обезболивающие препараты в течение длительного времени с момента появлении жалоб на боль больных;
- 4-х случаях клиническая картина ХБС в дневниках описана неполно, что не позволяет отследить эффективность назначенной противоболевой терапии;
 - 3-х случаях не назначались препараты 1 ступени обезболивания, длительное время;
- 4-х случаях обезболивание 2 и 3 ступени назначаются без учета их времени действия или на факт боли;
 - 3-х случаях не регистрируется увеличение суточной дозы трамадол;
 - 4-х случаях не назначаются препараты на прорывную боль;
- -2-х случаях при назначении ко-анальгетиков указываются только название препаратов без описания схемы приема;
- 3-х случаях не соблюдаются принципы эквивалентного перехода с препарата на препарат;
 - 2-х случаях не назначаются ко-анальгетики на 2 ступени;
 - 3-х случаях не назначаются ко-анальгетики на 3 ступени;
- 4-х случаях назначение лекарственных препаратов на любой ступени обезболивания без учета сопутствующей патологии;
 - в дневниках не описан эффект от проведенной терапии;
- -1-м случаи назначаются только инъекционные формы препаратов 2-й ступени обезболивания;
- 4-х случаях пациент переведен на 3 ступень обезболивания при наличии показаний;
 - 1-м случаи не используются не инъекционные формы препаратов 3 ступени;
- 4-х случаях не назначаются слабительные и противорвотные средства на 3 ступени обезболивания;
 - –1-м случаи осуществлен необоснованный переход на 3 ступень обезболивания Клинический случай:
- А) Больной Б., 09.08.1952 г., диагноз: Диагноз: С34.0 Рак левого легкого сТ2N2M1(надключичные лимфоузлы) 4 ст. 4 кл гр. Дата появление первичного болевого синдрома 13.06.2019 г. Дата начала лечения ХБС 13.06.2019 г.

Подробно ознакомлен с амбулаторной картой:

- 13.06.2019 жалобы больного на кашель с белой мокротой, одышку при ходьбе, приступы удушья по утрам, ночью плохо купируется бронхолитиками. Назначен кеторол 1.0 мл при болях;
- 09.07.19 г. жалобы на общую слабость, интенсивные боли в костях, суставах, грудной клетки, одышку при разговоре, кашель с белой мокротой. Больной нуждается в усиление схемы анестезии (от кеторола, амитриптилина, финлепсина эффекта нет). Назначен трамадол 1-2 ампулы в сутки;
- 11.07.19 г. жалобы на боли в костях, одышку, приступы удушья. Назначен трамадол 50 мг/2.0 мл 3 раза в сутки;

16.07.19 г. жалобы на боли в грудной клетке, постоянного характера, интенсивные, слабость. Схема лечения: трамадол в\м 50 мг/ 2.0 мл 2 раза в день, кеторол 0.1 1*2 раза в день, карсил 2 таб 3 раза в день;

22.07.19 г. жалобы на постоянные боли в грудной клетки, в правом подреберья, интенсивные, не снимаемые введением трамадола. Рекомендован трамадол 3 раза в день;

24.07.19 г. жалобы на боли в грудной клетке, общую слабость. Трамадол 50 мг/ 2.0 мл 5 раза в сутки -500 мг !!! (до 400 мг введение трамадола, далее 3-я ступень обезболивания);

30.07.19 г. жалобы на постоянные сильные боли в грудной клетки, кеторолом, трамадолом не купируется. Пациент нуждается в 3-й ступени обезболивания. Схема лечения: Морфин 10 мг/ 1.0 мл 4 раз в сутки, Трамадол 50 мг/ 2.0 мл в\м 4 раза в день, Прегабалин 75 мг 3 раза в сутки

Последний прием больного $06.08.2019~\mathrm{r.}$, жалобы на боли в грудной клетки, слабость.

Выявлены следующие замечания:

- клиническая картина XБС в дневниках описана неполно, что не позволяет отследить эффективность назначенной противоболевой терапии;
- препараты 2 и 3 ступени обезболивания назначаются без учета их времени действия или на факт боли;
 - не регистрируется факт увеличения суточной дозы трамадола:
- не регистрируется дата достижения максимальной дозировки трамадола с некупируемой болью;
 - не назначаются ко-анальгетики на 2 ступени;
 - не назначаются ко-анальгетики на 3 ступени;
- не соблюдается принципы эквивалентного перехода, при 3-й ступени обезболивания назначаются препараты 2-й ступени;
 - не назначаются препараты на прорывную боль;
- не назначены слабительные и противорвотные средства на 3 ступени обезболивания;
 - не используются неиъекционные формы препаратов 3 ступени;
 - пациент не переведен на 3 ступень обезболивания при наличии показаний;
 - назначаются только инъекционные формы препаратоы 2-й ступени обезболивания;
- назначение лекарственных препаратов на любой ступени обезболивания без учета сопутствующей патологии.

Выводы. Основная задача перед врачами обеспечить улучшение качества жизни для пациентов, которые направлены на симптоматическое лечение, а также оказание медикопсихологической помощи родственникам путем исполнения указов президента РФ, приказов Министерства здравоохранения РФ и Самарской области. Необходимо постоянно врачам-терапевтам и врачам общей практики осуществлять повышение квалификации в вопросах хронического болевого синдрома. Администрации «Приволжское ЦРБ» постоянно мотивировать врачей учебой, непрерывным образованием, конференциями о хроническом болевом синдроме. При необходимости отправлять врачей на обучение в отделение паллиативной помощи онкологическим больным СОКОД.

Каганов О.И., Блинов Н.В., Фролов С.А., Козлов А.М., Самойлов К.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

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

Введение. Большая часть опухолей забрюшинного пространства являются злокачественными - порядка 60-80%, [1][2]. Хирургический метод является основным в лечении опухолей данной локализации, при чем показатель резектабельности значительно варьируется и составляет от 25 до 73% [3][4]. Наиболее важными этапами хирургического вмешательства являются ревизия и мобилизация опухоли. Опираясь на данные, полученные отечественными и зарубежными авторами, только «острая» ревизия позволяет получить истинную картину операбельности процесса [3][4][5]. Результаты лечения больных с диагнозом опухоль забрюшинного пространства до сих пор сопровождается высоким риском интраоперационных и послеоперационных осложнений. Это связано с рядом особенностей развития данных опухолей, выраженной склонностью к рецидивам, частым прорастанием в смежные органы, магистральные сосуды, тяжестью и травматичностью оперативных вмешательств[5][6]. Таким образом, проблемы совершенствования существующих принципов диагностики и лечения забрюшинных опухолей до сих пор остаются актуальными.

Цель исследования. Оценить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с опухолями забрюшинного пространства.

Материалы и методы исследования. В период с 2012 по 2016 годы было проведено лечение 118 пациентов с диагнозом неорганная опухоль забрюшинного пространства. Пациенты были разделены на 2 группы: первой группе пациентов выполнялось удаление опухоли в пределах здоровой ткани (67), второй группе выполнялось комбинированное удаление новообразования (51). Проведено исследование ближайших результатов хирургического лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным гистологического заключения в группах исследования забрюшинная опухоль была представлена различными формами сарком.

При удалении опухоли в пределах здоровых тканей интраоперационная кровопотеря составила $273,45\pm36,91$ (мл), длительность операции $69,33\pm25,56$ (мин); При комбинированном удалении забрюшинной опухоли интраоперационная кровопотеря составила $400,72\pm41,31$ (мл) (p-value <0,001), длительность вмешательства $172,17\pm25,34$ (мин) (p-value <0,0001). Рецидивы после хирургического лечения были выявлены у 11 (16,4%) и 29 (56,8%) больных соответственно, одногодичная выживаемость составила 58 (86,5%) и 21 (41,2%), трехгодичная -31 (46,3%) и 4 (7,8%) соответственно, медиана общей выживаемости достигала 27 и 11 месяцев соответственно.

Выводы. При комбинированном удалении забрюшинной опухоли интраоперационная кровопотеря, продолжительность операции, длительность послеоперационного койкодня, были значимо больше в сравнении с группой больных, где выполнялось удаление опухоли в пределах здоровых тканей.

Каганов О.И., Орлов А.Е., Козлов С.В., Гукасян И.М., Бостриков А.В, Махонин А.А., Яннаева Ю.Г., Щеглов А.Л.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ГОРТАНИ

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

Цели и задачи. Выявить факторы риска рецидива локализованного рака гортани после органосохраняющих операцийиоценить отдаленные результаты применения конкурентной химиолучевой терапии.

Материалы и методы. В ГБУЗ СОКОД в период 2014-2018 гг., проведено 136 органосохраняющих операций гортани с І-ІІ стадией (Т1-2N0М0). При плановом гистологическом исследовании, в послеоперационном периоде, выявлено 66(48,5%) (контрольная группа) случаев неблагоприятных гистологических признаков (наличие периневральной инвазии, опухолевых эмболов в сосудах) согласно клиническим рекомендациям АОР. В данной группе пациентов применялась конкурентная химиолучевая терапия. Суммарные очаговые дозы лучевой терапии составили 60 Гр с одновременным введением цисплатина, из расчета 100мг\м2 в 1 и 22 дни лучевой терапии. Группа исследования (70(51,5%) человек) с локализованным раком гортани после органосохраняющих операций (без неблагоприятных гистологических признаков). Из 136 больных анализируемых групп, соотношение мужчин и женщин, составило, в среднем 16:1 в двух группах. Средний возраст составил 53,4±1. В контрольной группе с G1 43(65,2%) человек, G2 18(27,2%), G3 5 (7,6%). В группе исследования с G1 29(41,5%), G2 20(28,5%), G3 21(30%). В контрольной группе с I стадией 57 человек, со II-й 9. В группе исследования 44 и 26 человек соответственно.

Полученные результаты. Местный рецидив возник, в контрольной группе 8(12,0%), в группе исследования21(30,0%). Летальный исход соответственно 5(7,6%) человек и 2(2,9%). Время до прогрессии составило 6-28 месяцев в обеих группах.

Общая трехлетняя выживаемость составила: для контрольной группы 92,4%, для группы исследования—97,1%(p=0,8). Безрецидивная трехлетняя выживаемость соответственно - 90,8% и 70,0% (p=0,05).

Выводы. При комбинированном и хирургическом лечении больных с локализованным раком гортани общая трехлетняя выживаемость значимо не отличается, общая безрецидивная выживаемость значимо отличается.

Каганов О.И., Постников М.А., Габриелян А.Г., Кириллова В.П., Ахмадиева Е.О., Баранов Р.А.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

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

Актуальность. Рак слизистой оболочки рта (СОР) составляет 40% от всей заболеваемости рака головы и шеи и 1-3.5% в структуре всех злокачественных опухолей, занимая второе место после рака гортани. Ежегодно в РФ регистрируется более 9000 новых случаев заболевших раком полости рта, из них около 62% с 3-4 стадией (Каприн А.Д. и соавт., в 2018г.). В 2018 году в Самарской области впервые взяты на учет 241 человек с злокачественными новообразованиями слизистой полости рта. Одногодичная летальность в Самарской области в 2018 году составила 37,2%. К основным причинам запущенности злокачественных новообразований (СОР), необходимо отнести в первую очередь низкую просвещенность населения, бессимптомное течение, а так же отсутствие должной онконастороженности врачей первичного звена. Поэтому особую актуальность приобретает ранняя диагностика с использованием скрининговых методов для активного выявления предраковых заболеваний СОР и ранних стадий бессимптомного рака.

Цель работы. Изучить существующие методы обследования при ранней диагностики рака слизистой полости рта

Материалы и методы. Проведен анализ современной литературы включая научные публикации - статьи, монографии. Согласно данным изученной литературы, визуальный осмотр остается основным методом выявления поражения СОР для большинства практикующих врачей (Maitland K.C.et al, 2008). Хотя данных метод не позволяет поставить диагноз рак, дифференцировать стадии опухолевого процесса и прогнозировать время трансформации предрака СОР в рак. На сегодняшний день нет утвержденного алгоритма обследования пациентов. Существующие методы обследования пациентов с целью выявления предрака и рака СОР, сведены к комплексу обследований и включает: опрос, осмотр, пальпацию, определение онкомаркеров в слюне, цитологическое исследование и биопсию. Причем осмотр включает в себя простую стоматоскопию и расширенную. При простой стоматоскопии - осматривается слизистая полости рта с оценкой цвета, рельефа, блеска и сосудистого рисунка, данную процедуру можно проводить с использованием микроскопа или бинокуляров. При расширенной стоматоскопии в дополнении к простой используют витальные красители (4% уксусной кислоты, раствор Люголя, окраска гемотаксилином, толуидиновым голубым, красителем «TBlue», хемилюминесцентная техника (VIZILITE), аутофлуоресцентная стоматоскопия. В свою очередь система «VIZILITE» проводится в два этапа при помощи жидкости «VIZILITE», которой пациент поласкает полость рта в течении 40-60 секунд, после осуществляется осмотр слизистой при помощи фонарика и бинокуляров, при выявлении белого свечения на первом этапе, переходят на второй этапе , на участок белого свечения наносятся красители с определенной последовательностью, если краситель сохранился на участке, то пациента направляют к онкологу с целью верификации. Аутофлуоресцентная стоматоскопия включает лампу с очками для исследования патологических очагов на слизистой полости рта. Лампа с излучением от 380-700 нм. Принцип работы заключается в свечении слизистой, при нормальной и патологических очагах различными цветами. Согласно научным публикациям (Bhatia et al., 2013), исследовали 2 аппарата для скрининга(аппарат Identafi и VELscope) Так по материалам разных авторов, чувствительность аутофлуросцентной диагностики варьирует от 30 до 100 %, специфичность от 15 до 100 %. Для минимизации ложноположительных результатов, необходимо проведения повторно исследования через 2-3 недели. Определение онкомаркеров в слюне - является методом дополнительного обследования при постановке диагноза рак. И их применение также целесообразно при оценке эффекта после проведенного лечения по поводу рака. Методы цитологического исследования проводят путем соскоба гладилкой, шпателем, кюретной ложкой или лезвием скальпеля. Полученный материал наносят на предметное стекло. Наиболее информативной считается эксфолиативная цитология, проводят ее при помощи одноразовых щеточек. Достоверным методом исследования для постановки диагноза, является биопсия с гистологическим исследованием. Важной особенностью данного метода является правильность его проведения, заключающаяся в заборе материала на здоровой и пораженной стороне на глубину с захватом базального слоя.

Результаты исследования. Обобщая изученную литературу с методами, необходимо отметить, что из всех существующих комплексов обследования основными, неинвазивными, остаются: опрос, осмотр, пальпация, аутофлуоресцентная диагностика с последующей консультацией онколога на предмет верификации образований слизистой. Всем пациентам после проведенного опроса, осмотра, пальпации, при наличии образований, необходимо выработать показания к верификации выявленных образований и повторного обследования после консервативного лечения для постановки правильного диагноза.

Выводы. Для ранней диагностики рака слизистой полости рта необходимо создания оптимального алгоритма обследования на приеме у врача стоматолога первичного звена, простого в применении, менее затратного, с определением показаний к морфологической верификации.

Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П., Ламонов М.С., Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л.

НОВЫЙ СПОСОБ ПЕРВИЧНОЙ ОДНОЭТАПНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ ЛИПОФИЛИНГА

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

Цель исследования — оценить результаты применения липофилинга у больных с диагнозом рак молочной железы (РМЖ) при первичной реконструкции.

Материал и методы исследования. Проведено спланированное проспективное исследование результатов лечения 15 больных с диагнозом РМЖ в условиях Самарского областного клинического онкологического тдиспансера в период с 2017 по 2018 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 соского-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 95 ± 15 мин. Интраоперационная кровопотеря достигала 100 мл. Продолжительность послеоперационная лимфореи $-14,6 \pm 3,5$ дней. Послеоперационный койко-день составил $15,1 \pm 3,7$. 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.

Кайдаш Ю.А., Яннаева Ю.Г., Бострков А. В.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ УСКОРЕННОГО ЧАСТИЧНОГО ОБЛУЧЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (АВРІ) И РЕЖИМА ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ОБЛУЧЕНИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Лечение рака молочной железы является сложной мультидисциплинарной проблемой. Зачастую обязательным компонентом лечения больных раком молочной железы является лучевая терапия. Многочисленными крупными рандомизированными исследованиями доказана эффективность адъювантной лучевой терапии как в стандартном режиме фракционирования в разовой очаговой дозе 2 Гр до суммарной очаговой дозы 50 Гр за 25 фракций, так и в режимах гипофракционирования, использующих лучевое воздействие в большей суточной дозе с уменьшением общего времени лечения.

Предпосылками к возникновению методики ускоренного частичного облучения молочной железы (APBI): является желание больных укоротить продолжительность курса послеоперационной лучевой терапии, частота локальных рецидивов после органосохраняющего лечения вблизи первичной опухоли, облучение лёгочной и сердечной тканей, что в дальнейшем, приводит к лучевым повреждениям различной степени выраженности у некоторых больных при облучении оставшейся части молочной железы.

Цель исследования. Разработка и внедрение методики ускоренного частичного облучения молочной железы (ABPI) и режима гипофракционирования при облучении молочной железы. Также, оценить переносимость методики ускоренного частичного облучения молочной железы (ABPI) и режима гипофракционирования проводимых пациенткам с диагнозом рак молочной железы после органосохраняющих операций, по критериям появления ранних и поздних лучевых осложнений.

Материалы и методы. Проанализированы данные 15 пациенток в возрасте от 49 до 71года после органосохраняющих операций по поводу рака молочной железы, получивших курс послеоперационной лучевой терапии с декабря 2016 по июль 2019 гг. Средний возраст пациенток составил 58 лет. В исследование включены 13 пациенток с 1стадией, 2 со 2а стадией. У всех исследуемых были проведены органосохраняющие операции молочных желез. 13 пациенток получают гормонотерапию тамоксифеном. Курс лучевой терапии проводился на линейном ускорителе Varian.

Гипофракционированный курс лучевой терапии на молочную железу (40,05 Гр за 15 фракций) может быть применен у больных после органосохраняющих операций при выполнении определенных условий: 1) возраст пациентки старше 50 лет, 2) стадия рТ1–2N0, 3) отсутствие химиотерапии, 4) при планировании колебание дозы в пределах молочной железы должно составлять $\pm 7\%$, 5) сердце полностью исключается из зоны облучения.

По такому режиму облучения прошли лучевую терапию 8 пациенток (РОД 2,67 Гр до СОД 40,05 Гр). Из них 1 пациенка со 2а стадией, 7-1 стадией. Средняя доза на сердце составила 1,7 Гр. Средняя доза на правое легкое -0.29 Гр., на левое легкое -0.2 Гр.

Методика APBI подразумевает облучение ограниченного объема ткани молочной железы, включающего ложе удаленной опухоли +2-2.5 см. При данном методе увеличивается разовая доза облучения, за счет чего уменьшаются сроки лечения. Основная цель метода — подведение дозы к ограниченному объему ткани за меньшее время, что эквивалентно по клинической эффективности стандартной 5-недельной лучевой терапии.

Критерии отбора: немолодой возраст больных (> 50), наличие одного очага не более 2,5 -3 см, непоражённые (отрицательные) края в пределах 2мм от линии резекции, отсутствие поражённых лимфатических узлов –рNo, признаков ангиолимфатической инвазии,

выраженного внутрипротокового компонента, РЭ-положительный статус опухоли (ASTRO – РЭ+, GEC-ESTRO – любой), гистологическая форма – не дольковый рак.

По методике ABPI проводилось облучение у 7х пациенток. Из них 1 пациентка со 2а стадией, остальные -1 стадия. Варианты режимов подведения дозы: 5 пациентки получали лучевую терапию по РОД 2,5 Гр 2 раза в день до СОД 40 Гр. 1 – РОД 4 Гр 2 раза в день до СОД 36 Гр. 1 – в режиме РОД 3,85 Гр до СОД 38,5 Гр. При этом, средняя доза на сердце составила 1.3 Гр. Средняя доза на правое легкое -2,3 Гр., на левое легкое -2,06 Гр. Среднее время наблюдения за обеими группами пациентов составило 30 месяцев.

Результаты. В процессе лечения ранние лучевые осложнения не были зарегистрированы. Постлучевые осложнения в виде пневмонита диагностированы у 1 пациентки, эпидермита — 1 пациентка. Обе пациентки облучались в режиме укрупненного гипофракционирования. У пациенток, получавших лучевую терапию по методике ABPI постлучевые осложнения не диагностированы.

Выводы. Облучение всей молочной железы на сегодняшний день остается «золотым стандартом» в лечении ранних форм рака молочной железы после органосберегающих операций.

APBI является новой технологией, обеспечивающей более быстрое, удобное лечение после сберегательных операций у тщательно отобранной группы пациенток.

Разработанная методика ускоренного частичного облучения у больных ранним раком молочной железы после органосохраняющих операция при медиане наблюдения 30 месяцев показала хорошие результаты — отсутствие локальных рецидивов и отдаленных метастазов.

Полученные результаты показали хорошую переносимость методики ускоренного частичного облучения молочной железы (ABPI) и режима гипофракционирования, проводимых пациенткам с диагнозом рак молочной железы после органосохраняющих операцийна молочной железе. Учитывая привлекательность данных методов продолжается набор больных на эти методики и дальнейшее наблюдение за уже пролеченными пациентками, для оценки отдаленных результатов.

Карасев И.А., Юричев И.Н., Малихов А.Г., Туманян А.О., Малихова О.А.

КОЛОРЕКТАЛЬНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

Цель: Улучшить результаты комбинированного лечения пациентов с обструкцией толстой кишки (ОТК). Определить показания для эндоскопического стентирования под контролем рентгеноскопии (ЭС), оценить полный и частичный клинический эффект у онкологических больных и выявить частоту осложнений

Методы исследования: Ретроспективно оценены попытки ЭС у 149 пациентов НМИЦ онкологии. Манипуляции выполнены в период с 2013 по 2017 годы. Количество пациентов 149, уровней нарушения пассажа — 156, стентов — 169. Первичный колоректальный рак (ПКРР) - 123(82,5%) пациента, левая половина ободочной кишки — 102, правая — 21. Вторичные поражения толстой кишки(ВП) — 26(17,5%), рак матки/ придатков — 12, опухоль желудка — 8, другие 6. Вмешательства выполнены на Olympus Exera III CF-H190L с использованием стационарного рентгенографического аппарата. Эффективность лечения оценивали по критериям наличия клинического эффекта и частоте осложнений.

Результаты: Первичный технический успех был достигнут в 143(96%) случаев. Общий технический успех, включая рестентирование — 144(97%). Полный клинический успех достигнут в 120(84,1%). Частичный в 23(15,9%). При ПККР эффективность стентирования составила 119(97%). При ВП — 8(29%). Максимальный срок наблюдения составил 13 месяцев, произошло разрушение стента. Осложнения зафиксированы в 5(3,4%) наблюдений: кровотечение 2, перфорация 1. В четырех случаях выполнена лапаротомия, у 2х пациентов диагностирован некроз дилатированной супрастенотической части ободочной кишки. У одного пациента манипуляция осложнилась эрозивным кровотечением в зоне опухоли. На фоне выраженного токсико-анемического синдрома и тромбоцитопении купировать осложнение не удалось. Выполнена лапаротомия, интраоперационно пациент скончался.

Выводы: ЭС под контролем ирригографии является безопасным и эффективным методом комбинированного лечения онкологических пациентов с ОТК. Также позволяет расширить объём паллиативной помощи у диссиминированных больных. Основным показанием для ЭС является обструктивный ПКРР. При экстраорганной компрессии и ВП эндоскопическое стентирование не эффективно.

Каюмова Ю.Р.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАЗОВ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Метастатическое поражение головного мозга это группа поражений, которое объединяет различные по морфологической структуре, клиническим проявлениям, по происхождению и чувствительностью к терапии опухоли. Вторичное поражение головного мозга является достаточно частым проявлением онкологического заболевания, по усредненным данным вторичные поражения головного мозга встречаются примерно в десять раз чаще первичных. Вторичное поражение головного мозга является неблагоприятным прогнозом у пациентов, средняя продолжительность жизни данных больных составляет до 8-9 месяцев, чаще всего пациенты умирают от возникших осложнений либо от распространенности злокачественного заболевания в течение нескольких месяцев. Частота метастазирования в головной мозг различается в зависимости от первичной локализации злокачественного процесса. Проведено статистическое исследование в ГБУЗ СОКОД за 2018год, по результатам которой у 96 пациентов выявлено метастатическое поражение головного мозга. Среди злокачественных новообразований чаще всего метастазирующих в головной мозг: рак легкого 64%, рак почки 7%, злокачественная меланома 5%, рак молочной железы 3%, рак ободочной и прямой кишки 2%, примерно 18-20% остается без выявления первичной опухоли, поэтому необходима более тщательная диагностика у этих пациентов, немаловажная роль при поиске первичного очага принадлежит ПЭТ КТ.

Среди одной локализации разные гистологические варианты злокачественных опухолей имеют разную частоту метастазирования в головной мозг. По результатам обследований в ГБУЗ СОКОД за 2018 год среди злокачественных опухолей легкого наиболее высокий потенциал метастазирования имеет мелкоклеточный рак легкого 43%, из группы немелкоклеточного рака чаще метастазирует в головной мозг аденокарцинома- 32%. У женщин с гормонотрицательным раком молочной железы риск метастазирования в головной мозг выше, чем у гормонально-позитивным. Злокачественные новообразования молочной железы с гиперэкспрессией Her2/Neu также имеют более высокий потенциал метастазирования в головной мозг, чем Her2/Neu негативные.

Метастазы в головной мозг могут быть в виде как одиночных, так и множественных поражений. При одиночном поражении головного мозга могут возникать трудности в постановке диагноза, особенно если является проявлением первого и единственного симптома заболевания. При постановке диагноза решающим является гистологическое, иммуногистохимическое исследование операционного материала что позволяет подобрать верное лечение и выявить первичный очаг опухоли при его неизвестности ранее. Иммуногистохимическое и генетическое исследование также играет важную роль при подборе лечениявозможность применения таргетной терапии -определение мутации генов KRAS, NRAS, BRAF, EGFR, экспрессия Her2/Neu и др. При подборе лечения пациентов с метастазами в головной мозг нужно подходить комплексно, опираться на соматическое состояние пациента, возраст, объем внутричерепного поражения и распространенность опухолевого процесса, гистологическое строение и генетические изменения в опухоли. Основным лечением в настоящее время является хирургическое лечение, стереотаксическая радиотерапия, а также тотальное облучение головного мозга; химиотерапевтическое лечение у таких пациентов носит лишь дополнительный характер из-за особенностей кровоснабжения и наличия ГЭБ; при выявлении генетических изменений в опухоли, возможно проведение соответствующей таргетной терапии. Соблюдение мультидисциплинарного подхода в лечении пациентов с метастатическим поражением головного мозга является оптимальным и улучшает отдаленные результаты лечения.

Ковалев К.П., Валах Е.А.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

ФГБОУ ВО «Саратовской ГМУ им. В.И. Разумовского» МЗ России ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», г. Саратов

Актуальность. В Саратовской области, в 2018 г. в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования репродуктивной системы — 39,2% от всех злокачественных новообразований. Несмотря на улучшение ранней диагностики рака соответствующих локализаций, остается высок процент больных в запущенной стадии. Это позволяет говорить о проведении не только специального лечения, но и диктует необходимость организации паллиативной помощи.

Материалы и методы. Проанализированы данные по заболеваемости и качеству оказания паллиативной помощи больным раком шейки матки, тела матки и яичников за период с 1997 по 2018 гг. (изучены статистические сведения областного клинического онкологического диспансера Саратовской области).

Результаты. Заболеваемость раком шейки матки в 1997 г. Составляла 14,7 на 100000 женского населения, а в 2018 г. – 23,4. Несмотря на рост патологии, снизился процент запущенных форм – с 44,5 до 17,4. При этом, возрос процент пациенток с I-II стадиями – с 55,5% до 82,6% соответственно. Показатели по раку тела матки характеризуются повышением заболеваемости с 21,6 на 100000 (1997 г.) до 42,6 (2018 г.). Процент запущенных форм за этот период снизился с 9,3 до 5,1, а ранние стадии (I-II) были диагностированы в 73,2% (1997 г.) и 85,1% (2018 г.) Показатели заболеваемости раком яичников в 1997 г. составили 14,1 на 100000, а в 2018 г. – 15,5. При данной локализации запущенность также снизилась – с 30,2% в 1997 г. До 18,3% в 2018 г., а процент больных в I-II стадии, практически, не изменился – 39,5 (1997 г.) и 39,9% (2018 г.). Основная масса больных с опухолями указанных выше локализаций получает соответствующее лечение и дальнейшее наблюдение. Однако достаточно большая категория пациенток с метастатическими стадиями, до 2010 годов, практически, получала только симптоматическую терапию по месту жительства.

Структура паллиативной службы и ее задачи в 2012 г. были регламентированы приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 г. №1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». В соответствии с Распоряжением Правительства Саратовской области от 30.12.2011 № 419-Пр «О реорганизации государственных учреждений здравоохранения» с 01.08.2012 г. на базе ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» создано отделение паллиативной помощи на 5 круглосуточных коек. С 01.03.2013 г. коечная мощность отделения увеличилась до 10. С этого времени в объем оказания паллиативной помощи этой категории больных была включена не только симптоматическая (паллиативная) терапия в рамках первичной доврачебной и первичной врачебной медицинской помощи по месту жительства, но и паллиативная специализированная медицинская помощь. Тем не менее, проведенный ретроспективный анализ показал, что не все пациентки получали ее в полном объеме. Одной из причин неадекватного лечения было отсутствие подобной помощи на поликлиническом уровне. Анализ документации показал, на что надо обратить внимание для улучшения качества паллиативного лечения. Затем была проведена конференция с участием врачей онкологов и гинекологов поликлинического звена и определены следующие направления улучшения работы: строгое соблюдение сроков и объемов обследований диспансерной группы онкологических больных на основании клинических рекомендаций, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Фе-

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

дерации. Далее проведен анализ статистического материала за период с 2012 по 2018 гг. Опрос пациентов паллиативного отделения показал, имеется потребность в получении паллиативной терапии в амбулаторных условиях: в отделениях дневного пребывания и консультациях выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи. В течение шести месяцев были внесены соответствующие изменения в работу поликлиник и, при проведении анкетирования пациенток было выяснено, что 63,2% положительно высказались об эффективности подобной помощи.

Выводы. Паллиативная помощь онкогинекологическим больным должна оказываться не только в условиях соответствующего стационара, но и в поликлиниках. Основное внимание должно быть акцентировано на доступности паллиативной специализированной медицинской помощи не только в стационарных, но и в амбулаторных условиях с выездом на дом специалистов выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи. Имеется потребность в разработке перечня индикаторов проверки выполнения клинических рекомендаций на амбулаторном и стационарном этапах в рамках системы внутреннего контроля качества.

Козлов С.В., Ищеряков С.Н., Чекулаев Р.А., Хаметов Р.З.

ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДСТВЕННИКАМ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Объем и характер паллиативной помощи (ПП) определяет главная цель: улучшение качества жизни. В зависимости от показаний, противопоказаний и в соответствии с пожеланиями пациента ПП может оказываться в стационарных условиях, амбулаторно и на дому. ПП на дому оказывается выездной патронажной службой. При таком варианте ПП уход за пациентом ложится преимущественно на его ближайшее окружение. Родственники занимаются определение проблем пациента, общий уход, контроль симптомов, выполнение назначений врача. И помимо медицинских манипуляций для сотрудников отделения становиться необходимым проведение мероприятий направленных на обучение родственников уходу, информирование о порядке получения препаратов, оказание психологической помощи и.т.дПри этом при прогрессии заболевания качество жизни пациента меняется, меняются потребности пациента. Физическое состояние ухудшается, что является дистрессом для пациента и его родственников. Эмоциональное состояние окружения, может влиять на качество оказания ими помощи пациенту, а так же влиять на оценку ситуации. Ситуация родственников подчас не менее драматична, чем самих больных. Реактивные состояния, развивающиеся после потери, зачастую полностью разрушают семью, если ей не оказана психологическая поддержка. Родственники могут испытывать трудно скрываемый гнев от чувства бессилия и отсутствия контроля над ситуацией. Как правило, под этим лежит чувство вины и ощущение, что они сделали в жизни что-то неправильно. В таких случаях сами родственники нуждаются в индивидуальной психологической помощи. Поэтому важное место в психологической работе с инкурабельными больными занимает взаимодействие с членами семьи пациента и его ближайшим окружением. Первоочередными мерами в этой группе можно назвать решение психологических проблем.

Цель исследования: Изучение психоэмоциональных состояний (тревожности, депрессии) онкологических больных в терминальной стадии заболевания и их зависимости от семейных взаимоотношений (уровня сплоченности и адаптации) в период неизлечимой болезни. Были использованы следующие методы исследования:1) уровень дистреса, 2) опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3).

В результате проведенного исследования выявлено, что существует тесная связь между психоэмоциональными состояниями инкурабельных пациентов (уровень дистреса) и уровнем сплоченности и адаптации семьи больного в период неизлечимой болезни.

Козлов С.В., Круглова П.Л., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Копылов А.В.

РЕЗУЛЬТАТ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Аннотация. Выполнение органосохранных операций у больных раком молочной железы позволяет получить хороший косметический эффект, не ухудшая отдаленные результаты. При использовании этого варианта хирургического лечения не снижается социальная активность пациенток и возрастает эстетическая удовлетворенность результатами лечения.

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) — одно из самых распространенных онкологических заболеваний: ежегодно в мире он регистрируется более чем у 2 млн. женщин, из которых 627 тысяч умирают в течение первого года после установления диагноза. Последние десятилетия характеризуются пересмотром хирургических подходов к лечению и реабилитации больных РМЖ. Разрабатываются альтернативные радикальныммастэктомиям методы хирургического лечения: органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции, повышается эффективность комбинаций оперативных вмешательств с лучевой, химио- и гормональной терапией. Одной из причин высокой смертности от рака молочной железы является позднее выявление этих опухолей. В настоящее время до 80% больных РМЖ обнаруживают у себя опухоль при самообследовании. При отсутствии скрининга 30-40% случаев заболевания диагностируется уже в III-IV стадиях. На сегодняшний день общепризнанным является положение о том, что выбор адекватной тактики лечения и уровень выживаемости при РМЖ коррелируют с точностью и своевременностью диагностики первичной опухоли, а также регионарной и отдаленной распространенностью онкологического процесса.

Современная общепринятая мировая тактика при лечении первично операбельного рака молочной железы (I-II стадии) предусматривает хирургическое лечение в объеме органосохраняющей операции. Официально признано, что качество жизни онкологических пациентов так же важно, как и ее продолжительность. Радикальная резекция молочной железы является общепринятым стандартом и выполняется в нескольких вариантах в зависимости от расположения опухоли в молочной железе.

Цель исследования — доказать, что радикальная резекция, выполняемая с соблюдением стандартов у больных первично-операбельным РМЖ в плане комплексного и комбинированного лечения, не вызывает увеличения количества рецидивов и не влияет негативно на отдаленные результаты.

Материалы и методы исследования. В отделении общей онкологии ГБУЗ СОКОД за период 2015-2016гг, выполнено 1263 хирургических вмешательств на молочной железе по поводу злокачественных новообразований. Из них радикальных резекций 77(4,7%). По стадиям пациенты распределились следующим образом: 0 - 1(1,3%), I-46 (59,7%), II - 30(38,9%). Основными критериями для выбора этого варианта хирургического лечения являлись: размер опухоли до 3,0 см; по данным маммографии отсутствует мультицентрический или мультифокальный рост; желание пациентки получить удовлетворительный косметический результат, не прибегая к травматичным реконструктивно-восстановительным операциям (ТRAM лоскут, двухэтапная реконструкция). Расположение опухоли не является основным критерием для отказа в радикальной резекции.

Результаты исследования и их обсуждения. При локализации опухоли в наружных квадрантах выполняется удаление квадранта с продолжением разреза в подмышечную область для выполнения лимфаденэктомии. При локализации опухоли во внутренних квадрантах возможно выполнение квадрантэктомии, и через отдельный разрез выполнение подмышечной лимфаденэктомии. При подобной локализации, пациенткам выполнялась

клиновидная резекция молочной железы, с перемещением латерального контура, и сосково-ареолярного комплекса. В отделении выполнено 31(40,25%) операций при расположении опухоли в наружных квадрантах. Считается, что расположение опухоли в центральном квадранте вызывает выраженную деформацию, а удаление соска и ареолы делает эстетический результат ниже. При такой локализации опухоли проведено 28(36,38%) операций. Для восполнения объема молочной железы использовался гландулярный лоскут по Grizotti.

Любая радикальная резекция в обязательном порядке сопровождалась исследованием краев резекции. Радикальная резекция не выполнялась при "позитивном" заключении цитологического и гистологического исследований. За период наблюдения было 2 подобных случая. В плановом гистологическом исследовании в 7 (9%) случаях выявлены опухолевые эмболы в сосудах. План лечения этих пациенток был дополнен адъювантной химиотерапией. Стандартом является облучение оставшейся части молочной железы с целью предотвращения местного рецидива. Лучевая терапия применялась у 74(96,10%) пациенток. Не продлилось лечение у 1 пациентки с TisNOMO, и у 2 пациенток по сопутствующей патологии. После проведенного радикального хирургического лечения, 65 (84,42%) пациенток оценивают результат как хороший и 12 (15,58%), как отличный.

Выводы. Выполнение органосохранной операции, вне зависимости от локализации опухоли в молочной железе, позволяет получить хороший косметический результат. Выполнение радикальной резекции не ухудшает отдаленные результаты. При использовании этого варианта хирургического лечения не снижается социальная активность пациенток и возрастает эстетическая удовлетворенность результатами лечения.

Козлов С.В., Неретин Е.Ю.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУЛЬТИЦЕНТРОВОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ В ФОРМАТЕ МАСТЕР-КЛАСС

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. В настоящее время, несмотря на наружную локализацию ранняя диагностика меланомы кожи остается одной из основных проблем в онкологии (Holmes GA, Vassantachart J M etal., 2018; Dinnes J, Deeks JJ, Chuchu N, 2018). Весьма невысока и точность диагностики врачами первого контакта. По данным Анисимова В.В., меланому при первичном обращении пациента в поликлинику диагностируют лишь в 37% случаев (Анисимов В.В., 2001). Недопустимо высокие показатели запущенности отмечены при диагностике новообразований визуальных локализаций, показатель запущенности при меланоме кожи составил 21,3% (2014 г.- 22,1%) (А.Д. Каприн, В.В. Старинский и соавт., 2016). Знания о признаках МК среди населения без специального образования доступно лишь от 5 до 9,9% (Halteh P, Scher R, etal., 2017). Выявить МК можно проводя различные программы обучения, повышающие грамотность населения и навыки по самодиагностике. Согласно ряду авторов, чувствительность при проведении самостоятельного обследования кожи неподготовленным человеком низкая, от 25% до 93% в зависимости от стадии опухолевого процесса, тогда как специфичность обычно выше (83% - 97%). Попытки увеличить навыки диагностики меланомы за счет различных обучающих программ оказались эффективными (Czajkowska Z, Hall NC, 2017; Robinson JK, GaberR,etal., 2014; McWhirterJE, et al., 2013), и поэтому данная методика может использоваться в качестве простого и дешевого скрининга (Hamidi R, etal., 2010). Диагноз «меланома кожи» может быть поставлен уже при первичном осмотре пациента у врача практически любой специальности (Fink C, Haenssle HA., 2017).

Цель исследования. Оценить возможности по обучению диагностике меланомы кожи специалистов различных уровней в формате обучения – мастер-класс. Задачи – оценить чувствительность, специфичность и точность диагностики меланомы кожи до и после обучения.

Материал и методы исследования. В формате мастер - класс было проведено массовое обучение по авторской методике (свидетельство №2018613017) с использованием авторской базы данных (патент на изобретение №2018620399) и пультов для голосования в различных центрах РФ. На входном этапе предъявлялся тест, по которому по результатам голосования оценивались исходные показатели - чувствительность и специфичность, общая точность диагностики респондентов врачей различных специальностей. Далее проводился разбор клинических случаев с предъявлением аудитории фотографий клинических данных, анамнеза, цифровой дерматоскопии с иммерсией и без нее. Диагноз подтверждался гистологическим исследованием. Клинически и дерматоскопически указывались характерные симптомы, помогающие поставить правильный диагноз в каждом конкретном случае. После проведения клинического разбора случаев аудитории был предъявлен выходной контроль, по результатам которого и рассчитывалась эффективность обучения. Критерии — чувствительность, специфичность и точность диагностики. В процессе обучения использована разработанная авторская база данных.

Результаты исследованияВ таблице 1 представлены средние значения диагностических параметров по всем обучающимся по результатам входного и выходного тестирования.

Таблица 1. Динамика диагностических параметров в исследуемой группе, средние значения диагностики меланомы кожи

Общая характери-	Врачи с	нкологи и дерматологи (n=138)	
стика группы	чувствительность	специфичность	точность
Входные диагно- стические парамет- ры	95,17%	73,99%	84,58%
Выходные диагно- стические парамет- ры	97,58%	87,37%	92,48%

Как видно из представленных данных, после обучения диагностические параметры группы достоверно повысились. Так если до мастер-класса чувствительность определения меланомы кожи составила 95,17%, а специфичность 73,99%. То после лекции чувствительность группы составила 97,58%, а специфичность 87,37%. В абсолютных числах данные представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Прирост количества всех правильных ответов после обучения в формате мастер класс.

Город	меланома кожи	доброкачественные новообразования кожи
Самара, 2016	82	319
Москва, 2017	30	253
Челябинск, 2018	47	269

Как видно из представленных данных, наибольшего прироста удалось добиться в специфичности диагностики меланомы кожи.

Обсуждение полученных данныхВ практическом плане постоянное применение данной методики может означать: меньшее количество ненужных биопсий пигментных новообразований кожи подозрительных на меланому у пациентов, в том числе и в косметически значимых участках тела, меньшее количество дней страха в ожидании гистологического заключения, меньшее количество направлений к профильным специалистам, возможная экономия материальных и технических ресурсов ЛПУ. В то же время очевидным недостатком данного метода является отсутствие индивидуального подхода к обучающимся (все тесты и обучение проходят в большой группе), краткость программы обучения.

Выводы:

- 1. Использование методики обучения специалистов в формате мастер-класс позволяет значительно улучшить показатели диагностики меланомы кожи.
- 2. После обучения количество неоправданных биопсий, особенно в косметически значимых участках, тела может снизиться.
- 3. За короткий срок можно повысить параметры диагностики у большого количества специалистов.

Козлов С.В., Савельев В.Н., Ламонов М.С., Ткачев М.В., Борисов А.П., Катюшин А.А., Балык И.В.

ПОРАЖЕНИЕ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Цель исследования. Изучить поражение сосково-ареолярного комплекса у больных раком молочной железы.

Материалы и методы. В ГБУЗ СОКОД в 2018-2019г. у 106 больной раком молочной железы выполнено разное по объему хирургическое лечение, но с обязательным удалением сосково-ареоляного комплекса САК. Средний возраст больных 58,2 года. (от 37 до 79 лет). Объем хирургических вмешательств: радикальная резекция молочной железы -2. Подкожная мастэктомия с одномоментной маммопластикой экпандером или эндопротезом-21. Радикальная мастэктомия по Мадену -83. Стадирование проводили по Международной классификации ТММ (7 издание, 2014). I -24; IIA-35; IIB-27; IIIA-13; IIIC-7. Наиболее частая локализация опухоли в молочной железе в верне-наружном квадранте, что в процентном соотношении составило 35%.

Результаты исследования. В Патологоанатомическом отделении при исследовании уделенной ткани молочной железы измеряли расстояние от ареолы до первичной опухоли. Обязательно исследовали сосково-ареолярный комплекс вне зависимости от локализации опухоли в молочной железе. Поражение опухолевым процессом САК выявлено в 21 случаях из 106, что составляет 22,26%. 19 случаях выявлено поражение протоков соска. В 2 случаях наличие опухолевых клеток в области ареолы. Основная зависимость поражения САК выявлена от расстояния первичной опухоли от ареолы. Так при расстоянии до опухоли до 2 см вовлечение САК в процесс диагностировано в 15 из 43(34,8%), от 2 см. до3см. поражение в 3 из 25 (12%), в 2 случаях при локализации опухоли от САК на расстоянии более 3 см.

Вывод. Таким образом, при расположении первичной опухоли от ареолы до 3см, необходимо удалять сосково-ареолярный комплекс. Отсутствие клинических данных за поражение САК, не может полностью исключить его поражение, что в свою очередь может привести к местному рецидиву заболевания.

Козлова О.А., Орлов А.Е., Козлов С.В., Золотарева Т.Г., Сомов А.Н.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА НАСЕЛЕНИЯ Г.О. САМАРЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАКУ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В структуре онкологической заболеваемости в Самарской области 3НО толстой кишки занимают второе место –11,8% от всей впервые выявленной патологии. На конец, 2018 года число состоящих на учете составило более 9000 пациентов, впервые выявлена данная патология у 1609 человек. Прирост заболеваемости отмечался среди больных всех возрастных групп, особенно в возрасте 60 лет и старше. Несмотря на рост диагностических возможностей, улучшение оснащенности медицинских учреждений высокоэффективным диагностическим оборудованием, доля активно выявленных онкобольных и доля больных, заболевание у которых выявлено на ранней стадии опухолевого процесса, остаются достаточно низкими.

Цель исследования. Определить уровень знаний населения г.о Самары о факторах риска развития и методах ранней диагностики колоректального рака.

Материалы и методы. Для оценки информированности жителей о роли различных факторов риска в развитии онкологических заболеваний использовался метод анонимного анкетирования населения по специально разработанному вопроснику. Анкета состоит из 12 вопросов: возраст, содержание овощей и фруктов в рационе, снижение аппетита, появление в кале примеси крови и слизи, наличие в анамнезе доброкачественных новообразований, отягощенная наследственность и др). В исследование включено 100 анкет людей, которые посетили лекции сотрудников отделения медицинской профилактики по факторам риска и методам ранней диагностики злокачественных новообразований, проведенные на промышленных предприятиях г.о Самара в 2018 г.

Результаты исследования. В заполнении анкеты участвовали как мужчины (30%), так и женщины (70%). Следует отметить и то, что в анкетировании принимали участие респонденты разных возрастных групп. В возрасте старше 50 лет было 43% опрошенных. Обработка ответов на вопросы анкеты показала, что рацион беден овощами и фруктами у 35% опрошенных, низкая физическая активность выявлена у 67%. Нарушение двигательной функции кишечника указали в анкетах 33% респондентов. Эта цифра коррелирует с результатами опроса по низкому содержанию клетчатки в рационе. О потере веса и снижении аппетита никто не ответил положительно. Оценивая наследственный фактор, одна треть анкетированных указала на наличие злокачественных опухолей органов пищеварения у близких родственников. В 32% анкет отмечены наиболее значимые факторы риска: полипы кишечника в анамнезе, примесь в кале крови и слизи.

Выводы.

- 1. Метод анкетирования населения дает представление о низкой информированности в вопросах профилактики злокачественных новообразований кишечника.
- 2. Проведенный опрос показывает необходимость активизации санитарно-просветительной работы по профилактике злокачественных новообразований кишечника и разработки тематики лекций для населения.
- 3. По результатам проведенного исследования в анкетах наиболее часто выявлялись следующие факторы риска колоректального рака: наличие доброкачественных новообразований кишечника, патологические примеси в каловых массах, нарушение двигательной функции кишечника, обусловленное низким содержанием клетчатки в рационе.

Коломина С.В., Закамова Е.В., Торопова Н.Е., Рылеева М.А.

ОШИБКИ НА ВНЕЛАБОРАТОРНОМ ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ИММУНОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ГБУЗ СОКОД

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Преаналитический этап имеет большое значение в обеспечении качества всех лабораторных исследований. Преаналитический этап иммуногематологической диагностики не является исключением. Более 50% случаев ошибок в результатах иммуногематологических исследований связаны с несоблюдением правил проведения преаналитического этапа. Определение группы крови по системе AB0, Резус (D) – принадлежности, типирование антигенов эритроцитов, выявление антиэритроцитарных антител обязательно предшествуют переливанию гемокомпонентов пациентам. Нарушения, допущенные на преаналитическом этапе, могут привести к получению ошибочных результатов исследований, подвергающих опасности здоровье и жизнь пациентов. Основная цель преаналитического этапа – обеспечить стабильность биоматериала, взятого на исследование и исключить воздействие факторов, влияющих на результат. Преаналитический этап комплекс мероприятий от момента назначения лабораторных исследований до начала проведения аналитического процесса (загрузки проб в анализаторы и т.д.). Преаналитический этап можно разделить на внелабораторный и лабораторный разделы. Внелабораторный преаналитический этап включает: назначение исследования лечащим врачом; составление заявки на лабораторное исследование и оформление бланка-направления для пациентов; подготовку пациента к исследованию; идентификацию пациента; процедуру взятия и маркировки образца крови для исследования; первичное определение групповой (по системе АВО) и резус (D) принадлежности образца крови; хранение материала в отделении и его доставка в лабораторию.

Цель исследования. Провести анализ причин ошибок на внелабораторном преаналитическом этапе иммуногематологических исследований.

Результаты. Преаналитический этап начинается с назначения исследования и составления заявки на его проведение. Биологический материал направляется в иммунологическую лабораторию вместе с бланком-направлением. В лаборатории проводят регистрацию биологического материала. Критериями для отказа в приеме биоматериала из отделений ГБУЗ СОКОД являются видимые повреждения емкости с биоматериалом; несоблюдение сроков и условий хранения материала до момента доставки в лабораторию (замораживание, перегрев, утрата части материала при опрокидывании пробирки и т.д.); неправильно заготовленный образец крови (малый объем, наличие сгустков и т.п.); неправильно заполненный бланк-направление (отсутствие сведений в некоторых графах, отсутствие подписи специалиста, проводившего взятие образца крови или первичное определение групповой (по системе AB0) и резус (D) принадлежности; отсутствие отметок о факторах, способных повлиять на результаты назначенного исследования (трансфузионный анамнез, дата последней трансфузии эритроцитов, проводимая гемокомпонентная терапия и пр.); неправильная маркировка (неполная или неправильная маркировка пробирки, несоответствие маркировки бланка-направления и пробирки); отсутствие маркировки. В указанных случаях исследование биоматериала не производится. Сотрудник иммунологической лаборатории вносит информацию о причине отказа в выполнении исследования в журнал; оперативно информирует лечащего врача по телефону и фиксирует эту информацию в бланкенаправлении. Пробирка с биоматериалом утилизируется.

В соответствии с требованиями приказа МЗ РФ №183н от 02.04.2013г. «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов», при поступлении реципиента, нуждающегося в проведении трансфузии донорской крови и

(или) ее компонентов, врачом стационарного отделения ГБУЗ СОКОД проводится первичное исследование групповой и резус-принадлежности крови реципиента. Далее кровь больного направляют в иммунологическую лабораторию ОКЛИ ГБУЗ СОКОД. В случае выявления иммунологической лабораторией ошибки при первичном определении образца крови пациента, результат исследования в отделение не выдается. Сотрудник лаборатории вносит информацию об ошибке в журнал, оперативно информирует лечащего врача по телефону. В отделении повторно проводят взятие крови и первичное определение образца крови пациента. Пробирку с биоматериалом доставляют в лабораторию для нового исследования. Результат исследования выдается лабораторией только в случае полного совпадения результатов первичного (выполненного в отделении) и подтверждающего (выполненного в лаборатории) исследований. С врачом отделения, допустившим ошибку первичного определения образца крови пациента, проводится занятие с целью выяснения причины допущенной ошибки и уточнения техники проведения изосерологических исследований. В 2018 году в отделениях ГБУЗ СОКОД было зарегистрировано 26 ошибок первичного определения групповой (по системе АВО) и резус (D) принадлежности крови пациента. Наиболее часто ошибки обусловлены нарушениями техники проведения исследований: ошибочный порядок нанесения цоликлонов на планшет; неправильное соотношение сыворотки и исследуемых эритроцитов; несоблюдение времени наблюдения за реакцией. Наиболее часто встречающаяся ошибка - неправильная регистрация результатов исследований в бланке-направлении. Одна из наиболее опасных ошибок - перепутывания пробирок с образцами крови пациентов в отделениях. За период с 2011 по 2018 годы в ГБУЗ СОКОД было зарегистрировано 8 случаев перепутывания проб пациентов. По факту перепутывания пробирок комиссия составляет акт установления причин несовпадения результатов. В апреле 2018 года был выявлен факт сознательного смешения крови разных пациентов в одной пробирке. По данному нарушению был составлен акт установления причин несоответствия, к нарушителю применены меры административного воздействия. По каждому факту выявленного несоответствия проводятся корректирующие мероприятия в целях устранения и предотвращения повторного возникновения.

Выводы. Чаще всего на внелабораторном преаналитическом этапе в отделениях стационара ГБУЗ СОКОД отмечалась ошибка технического характера «неправильная регистрация результата исследования в бланке-направлении». Наиболее опасной ошибкой внелабораторного преаналитического этапа является перепутывание пробирок с образцами крови пациентов в отделениях ГБУЗ СОКОД.

Котельников Г.П., Колсанов А.В., Николаенко А.Н., Попов Н.В., Иванов В.В., Щербовских А.Е.

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ СУСТАВОВ КИСТИ С ПОМОЩЬЮ СЕЛЕКТИВНОГО ЛАЗЕРНОГО СПЕКАНИЯ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

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

Введение. Кисть и пальцы – главные инструменты в любой работе. Снижение их функциональности во многом приводит к уменьшению трудоспособности, к ограничению возможностей человека. На современном этапе развития техники и технологий функция кисти должна быть восстановлена максимально, так как для управления сложными механизмами требуются точные, строго дозированные движения. Для полного восстановления функциональности кисти после хирургических вмешательств или травм требуется максимально точно повторить анатомию утраченных сегментов кисти. Эта амбициозная задача возможна при использовании 3D – моделирования и аддитивных технологий. Методика позволит персонифицировать подход к сложному анатомо-физиологическому строению кисти, индивидуально восстановить точки крепления мышц и сухожилий, восстановить мелкую моторику кисти в полном объеме.

Цель исследования: разработать технологию получения экспериментального образца персонифицированного эндопротеза сустава кисти с помощью селективного лазерного спекания.

Материал и методы исследования. Первым этапом технологического процесса аддитивного производства является подготовка stl* файла 3D - модели имплантата в программном обеспечении установки SLM 280HL – подготовка SLM - процесса (селективное лазерное сплавление).

Лазерное сплавление проводилось на установке SLM 280HL с размером рабочей камеры 280x280x350 мм. В процессе сплавления применялся иттербиевый волоконный лазер мощностью 400 Вт. Частицы титанового порошка сплавлялись на титановой подложке.

Исходными материалами для СЛС (селективное лазерное сплавление) являются порошки, к которым предъявляется ряд требований: сферическая форма частиц, дисперсность структуры, фазовый и химический составы, микрокристаллическая структура и распределение частиц по размерам, технологические характеристики (высокая текучесть, насыпная плотность и т.д.).

В данной работе в качестве исходного материала использовали титановый порошок марки ВТ1-0. Для анализа элементного состава материала использовался рентгеноспектральный микроанализ. Исследование структуры порошка производилось на растровом электронном микроскопе Tescan Vega.

Микроструктура образцов, полученных методом СЛС, существенным образом зависит от характеристик исходного порошка и режимов обработки.

Основными параметрами селективного лазерного сплавления являются: мощность лазера (Вт); скорость сканирования (мм/с); толщина слоя (мкм); расстояние между треками (мм); защитная атмосфера.

Качество спекаемых слоев характеризуется максимально достижимой точностью, равномерной плотностью, максимальной и минимальной толщиной обрабатываемого слоя.

Результаты. Результаты обработки stl* файла 3D - модели имплантата: высота детали при выращивании - 18 мм; толщина слоя построения - 50 мкм; общее число слоев – 360; количество порошка для заполнения колодца построения - 5 кг; количество порошка для

основного материала детали -0.09 кг; количество порошка для материала поддержки -0.02 кг; время построения -3.5 часов; время подготовки машины, снятие детали -2.5 часа.

Массовая доля химических элементов титанового порошка соответствует эталонной, порошок обладает достаточно высокой степенью чистоты, примесей не содержится. Максимальный размер частиц в исходном порошке составлял 77,5 мкм, частицы имеют правильную равноосную геометрическую форму и средний размер частиц 50 мкм. Сыпучесть титанового порошка составила 6 с/100г.

По результатам отработки оптимального режима СЛС (экспериментальным путем) были изготовлены образцы прямоугольного сечения, представляющие из себя пластины с длиной, шириной и высотой равной 70мм, 2мм, 10мм соответственно. В качестве оперируемых параметров лазера использовались: мощность, скорость сканирования поверхности слоя порошка. Количество передаваемой энергии было оценено с помощью параметра линейной плотности энергии (ЛПЭ) равной отношению мощности излучения (Р) к скорости сканирования V (ЛПЭ = P/V). Диапазон рассматриваемого параметра ЛПЭ составил 0.30...1,65 Дж/мм, скорость сканирования была определена с шагом 50 мм/с.

Методом СЛС получены титановые образцы. Качество спекаемых слоев характеризуется равномерной плотностью, максимально достижимой точностью и прочностью (750 МПа), сферической формы частиц. Определено, что размеры пор в материале при принятых технологических режимах находились в пределах размеров частиц. Резюмируя, можно сделать вывод, что отработанная технология СЛС обеспечивает получение высокого комплекса механических свойств, а также имеет перспективы для дальнейшего изготовления имплантатов из титановых сплавов.

Заключение. Представленные в работе результаты являются базой исследований и разработок, направленных на совершенствование процесса СЛС и повышения эксплуатационных свойств изготавливаемых персонифицированных эндопротезов.

Далее важным этапом является выбор оптимальных параметров обработки, как экспериментальным путем, так и методами математического моделирования, что позволит усовершенствовать и ускорить процесс создания изделий с заданным комплексом требований.

Кузнецова Т.К. Аблекова О.Н.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СЕРОПАПИЛЛЯРНЫХ ЦИСТАДЕНОМ И РАКА ЯИЧНИКОВ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Злокачественные опухоли яичников составляют около 20% всех новообразований женских половых органов. Ранняя диагностика злокачественных опухолей яичников является одной из проблем онкогинекологии.

Цель исследования. Проанализировать возможности ультразвукового исследования, выполненных в условиях отделения ультразвуковых исследований ГБУЗ СОКОД, в дифференциальной диагностике серопапиллярных цистаденом и рака яичников.

Материалы и методы. Проанализировано 50 истории болезни пациенток, проходивших обследование и лечение в ГБУЗ СОКОД. Возраст пациенток от 44 до 74 лет. На госпитальном этапе всем пациенткам провели комплексное исследование органов малого таза, включающее трансабдоминальное и трансвагинальное сканирование, режим допплеровского сканирования. Исследование проводились на ультразвуковых санерах: Philips 22, Philips 5000, Logiq E-9. Все пациентки были прооперированы, было выполнено гистологическое исследование.

Результаты исследования. Был проведен ретроспективный анализ результатов комплексных ультразвуковых исследований органов малого таза пациенток с эхографической картиной анэхогенного образования с четкими ровными контурами, с пристеночными разрастаниями и перегородками.

По результатам гистологического исследования был верифицирован рак яичников у 17 пациенток (34%), серозная папиллярная цистаденома - у 33 пациенток (66%).

У пациенток с доброкачественной патологией эхографические размеры образований были от 13х8мм до 163х134мм, пристеночные разрастания от 4х3мм до 20х27мм; в режиме цветного допплеровского картирования кровоток не регистрировался в 31 случаях (62%), в 2 случаях (4%) определялись единичные локусы низкорезистентного кровотока венозного характера, артериальный кровоток не фиксировался.

У пациенток с раком яичников размеры образований при ультразвуковом исследовании были 25x24мм до 198x176мм, пристеночные разрастания от 15x12мм до 52x39мм; в режиме цветного допплеровского картирования в пристеночных разрастаниях у 2 пациенток (4%) кровоток не регистрировался, у 10 пациенток (20%) регистрировались сигналы артериального кровотока (параметры V = 10-15 см\cek, IR = 0,5-0,7), у 5 пациенток (10%) регистрировались единичные локусы низкорезистентного кровотока венозного характера

Выводы. Размеры образований и пристеночных разрастаний были больше при раке яичника, в режиме цветного допплеровского картирования кровоток в пристеночных разрастаниях регистрируется чаще при раке яичников.

Лебедько Е.В., Шывырева Е.Б., Стадлер В.В., Вострикова А.Д.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАРИНГОСКОПА ИНТУБАЦИОННОГО AIRTAG AVANT В ГБУЗ СОКОД

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Анестезиологическая летальность остается насущной проблемой. В современной анестезиологии 30% случаев связывают с трудностями вентиляции пациентов, в частности со сложностями интубации. Ситуация «невозможно интубировать и невозможно вентилировать» являются критическими даже для опытного анестезиолога - реаниматолога. Нельзя забывать и о возможных осложнениях при трудных интубациях. Таких как повреждение голосовых связок, гортани, трахеи.

Цель исследования: сравнить технику интубацию трахеи клинком Макинтоша KaWe и видеоларингоскопом Airtag Avant . и определить возможные преимущества данных метолик.

Материалы и методы. Проведен анализ у 60 онкологических больных. При проведении плановых онкоурологических и маммологических операциях. Пациенты были разного пола и возраста. Что не влияет на исследование. Выраженность сопутствующей патологии соответствуют степени анестезиологического риска по ASA (48 пациентов) и 3(12 пациентов) по ASA. Больные были разделены на 2 группы по 30 человек. Первой группе проводилась интубация трахеи с использованием клинка типа Макинтош КаWe . Во второй группе использовался видеоларингоскоп Airtag Avant. В первой группе 18 пациентов имели класс по Маллампати 2., 12 больных 3 класса по Маллампати . во второй группе 11 больных были оценины 2 классом по Маллампати . 19 пациентов 3 класс по Маллампати . В обеих группах соотношение больных урологического и маммологического профиля было в равном соотношении- по 15 человек

В анестезиологическом пособии у всех пациентов использовалась премедикация препаратами сибазон или реланиум. В дозировке 5-10 мг. Внутривенно . фентанил 0,1 мг внутривенно. В индукции использовался пропофол или тиопентал натрия. В дозировках соответствующих весу и сопутствующей патологии пациентов. Применяемые релаксанты деполяризующего типа (круарон, рокуроний), в дозе 30-50 мг. Выбор размера интубационной трубки проводился в зависимости от индивидуальных особенностей строения пациентов. Вентиляция при оксигенации ,перед интубации трахеи, оценивалась от удовлетворительно до отлично у всех пациентов.

У 22 больных первой группы интубация была гладкая, не зависимо от классификации по Маллампати. У 8 пациентов из первой группы возникли технические сложности при установке интубационной трубки из-за анатомических особенностей. У больных отмечались короткая шея, ограниченное открывание рта, патологические изменения зубного ряда, малоподвижный надгортанник. Интубация трахеи была выполнена у всех пациентов с первой или второй попытки. Без привлечения дополнительных методик. Все возникшие сложности были решены анестезиологом-реаниматологом. Во второй группе при проведении интубации трахеи видеоларингоскопом Airtag Avant возникали определенные особенности:

- длительность введения клинка в ротовую полость увеличивается из-за его большего размера, в сравнении с клинком Макинтош KaWe . У пациентов с малым диапазоном раскрытия рта это вызывало существенные сложности . Дважды мы были вынуждены поменять клинок Airtag на клинок Макинтош KaWe в связи с вышеуказанными причинами. Хотя, использовался размер 2,что соответствовало весу пациента.
- ограничена маневренность интубационной трубкой. Она фиксируется к клинку. И менять ее направление можно только путем смещения самого клинка. Часто трубка при направление ее к голосовым связкам упиралась в правый рожковидный хрящ.

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

- хотелось бы отметить оптические свойства клинка. Хорошая, четкая видимость. Отсутствие запотевания камеры. Яркое освящение.

Выводы. Учитывая вышеизложенное, можно отметить, что к преимуществам клинка типа Макинтош КаWe относится его простота и «привычность» использования. А так же маневренность в ротовой полостибольного и более простое проведение интубационной трубки. К приемуществам видеоларингоскопа Airtag Avant можно отнести хорошую визуализацию гортани. Трудности при проведении интубационной трубки и более длительное введение клинка в ротовую полость из-за его размера при постоянном применении и выработке навыка можно свести к минимуму. Возможность применения данного видеоларингоскопа при спонтанном дыхании.

Липатова Е.Н., Азова М.А., Торопова Н.Е.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ ДЕМОДЕКОЗЕ В ПРАКТИКЕ ОНКОЦИТОЛОГА

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Злокачественные новообразования кожи являются наиболее распространенной онкопатологией, занимая первое место по заболеваемости среди всех злокачественных новообразований как в нашей стране, так и во многих других странах, уступая раку легких среди мужчин, и раку молочной железы среди женщин. В связи с этим, значительную часть цитологических исследований занимает изучение препаратов новообразований кожи, в том числе, доброкачественных. Паразитарные заболевания кожи остаются чрезвычайно актуальной проблемой в связи с их широкой распространенностью. Одним из наиболее часто встречающихся паразитарных заболеваний кожи является демодекоз. Демодекс может имитировать клиническую картину онкологических заболеваний кожи. Возбудителем демодекоза у человека могут быть только 2 вида демодекса из 65: Demodex follikulorum и Demodex brevis. Клещ Demodex относится к условно-патогенным организмам и его носительство у здоровых лиц в разные периоды составляет 19,3-61,2%. В нормальных условиях клещи не выходят за пределы базальной мембраны эпидермиса, обитая в сально-волосяных фолликулах. Однако в определенных условиях, таких как нарушение функции сальных желез, заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, нервной системы, эндокринных желез, они становятся патогенными, и развивается демодекоз. Считается, что D. follikulorum может участвовать в развитии заболевания, когда его численность превышает 5 экземпляров на 1 см².

Цель и задачи. Провести анализ выполненных цитологических исследований за определенный период, отмечая количество препаратов, полученных с образований кожи. Выявить частоту встречаемости демодекса. Оценить клинические и цитологические характеристики, которые сопутствуют демодекозу.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 1092 цитологических исследований (заключений) по всем локализациям. Среди них 334 заключения имели отношение к исследованию соскобов и мазков-отпечатков образований кожи. В 12 случаях в микропрепаратах был обнаружен клещ рода Demodex. Проведен анализ клинической и цитологической картины случаев демодекоза.

Результаты и обсуждение. Доля цитологических исследований соскобов и мазков-отпечатков кожи среди цитологических исследований разных локализаций составила 31% (344 человека). Наличие клеща рода Demodex было выявлено в 3% случаев (12 человек: 9 женщин и 3 мужчин, в возрасте от 61 года до 84 лет). Анализ клинических данных позволил выявить, что в подавляющем большинстве случаев пациентов беспокоило наличие образования, в одном случае был отмечен дискомфорт, в двух случаях отмечались зуд и изъязвление. В 100% наблюдений данные образования были локализованы на лице, в районе носогубного треугольника (5 – в области щек, 4 – в области носа, 2 – в области губы и 1 – в надбровной области). При осмотре врачом-онкологом были выявлены образования размерами от 3 мм до 1,5 см в диаметре, телесного или розового цвета, в единичных случаях изъязвленные, покрытые корочками. С предварительным клиническим диагнозом базальноклеточный рак кожи (в 8 случаях), неуточненное образование (в 2-х случаях), гиперкератоз (в 1 случае) и папиллома (в 1 случае), клеточный материал был направлен в цитологическую лабораторию. В результате цитологического исследования в 58% случаев зрелые особи клеща рода Demodex (не менее 2-х) обнаружены среди пролиферирующих клеток сальных желез на фоне умеренно выраженной гистиоцитарной реакции, в 25 % - среди клеток многослойного плоского эпителия и роговых чешуек, в 17% – среди комплексов базальноклеточного рака. Пациенты без сопутствующей онкопатологии, у которых был

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

обнаружен клещ рода Demodex, были направлены на консультацию к дерматологу для назначения специального противопаразитарного лечения.

Выводы. Клиническая картина поражения кожи клещом рода Demodex может имитировать гиперкератоз и базальноклеточный рак кожи. В цитологических препаратах в большинстве случаев клещ рода Demodex представлен зрелыми особями в количестве 2 и более, среди эпителия сальных желез с признаками пролиферации на фоне элементов хронического воспаления. Наличие особей клеща рода Demodex в соскобах с образований кожи не исключает наличие онкопатологии. Таким образом, демодекоз может сочетаться с базалиомой.

Лукьянова И.В., Парфенова Н.Ю., Куликова С.А.

СОПРОВОДИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Лучевая 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 лучевому лечению объясняются возможностью ее применения при операбельных и неоперабельных формах опухоли.

Успех лучевой терапии связан с развитием радиационной техники, клинической дозиметрии, с многочисленными радиобиологическими исследованиями.

Облучение онкологических больных сопряжено с достаточно высоким риском возникновения повреждения нормальных тканей, находящихся в зоне облучения. Это обстоятельство обусловлено:

- наличием в облучаемом объеме так называемых «критических» органов и тканей, имеющих ограниченную толерантность;
- -относительной радиорезистентностью большинства опухолей, что диктует необходимость подведения высоких поглощенных доз;
- сложностью осуществления в полном объеме требуемых профилактических мер. Следовательно, возникновение лучевых изменений нормальных тканей различной степени выраженности является закономерным при проведении лучевого и комбинированного лечения. Более того, полное отсутствие каких-либо реакций и осложнений в конкретном специализированном медицинском центре является не вполне благоприятным показателем, свидетельствующим о неполном использовании возможностей радикальной лучевой терапии. Важно лишь то, чтобы их частота не превышала допустимого уровня в 5%, определенного международными рекомендациями и они не были тяжелыми, то есть не вызывали инвалидизацию или смерти пациента.

При лучевой терапии злокачественных опухолей могут возникнуть:

- -лучевые реакции-это функциональные и морфологические изменения, возникающие в процессе лучевой терапии и носящие обратимый характер.
- -лучевые повреждения-это функциональные и морфологические изменения органов и тканей, которые носят необратимый характер и требуют специального лечения. Они бывают ранние (до 90 дней после окончания лучевой терапии) и поздние (после 90 дней).

Возникновение и степень этих изменений зависят от индивидуальной радиочувствительности пациента, энергии излучения источника лучевой терапии (рентгеновское, -бета, -гамма, -тормозное излучение и быстрые электроны), методики лучевой терапии (количество, размеры, расположение полей, величина разовой и суммарной доз, ритм облучения), особенности распределения ее в облучаемом объеме, величины этого объема, продолжительности периода после лучевой терапии и др. Поэтому очень важно проведение сопроводительной терапии во время лучевого лечения для снижения выраженности лучевых реакций и уменьшения количества лучевых повреждений.

При лучевой терапии онкогинекологических больных чаще всего встречаются реакции со стороны слизистых мочевого пузыря, прямой кишки и влагалища.

Лучевые циститы (катаральные, эрозивно-десквамативные и язвенные) проявляются частыми позывами на мочеиспускание, макрогематурией, резью по ходу уретры, болями в области мочевого пузыря. При лечении лучевых циститов основное внимание следует уделять интенсивной противовоспалительной терапии и стимуляции репаративных процессов. Также немаловажное значение играет щадящая диета. При лучевой терапии органов брюшной полости и таза в зону облучения всегда попадает

кишечник. При облучении кишечника возникают изменения его стенки в виде лучевого ректита, ректосигмоидита и энтероколита с различной степенью местных изменений. У больных с лучевыми повреждениями кишечника значительно страдает его абсорбционная функция с нарушением всасывания и усвоения белков, липидов, витаминов, железа. Для восстановления абсорбционной функции кишечника необходимо проводить соответствующее лечение. Лечение больных с лучевыми повреждениями кишечника должно быть комплексным, местного и общего действия. Местное лечение лучевых повреждений кишечника направлено на снижение воспаления и стимуляцию репаративных процессов. Наилучшие результаты получены при выполнении микроклизм. Их можно делать с отваром ромашки, при наличии крови в кале с аминокапроновой кислотой, масляные микроклизмы(10% мазь метилурацила, масло расторопши). При выраженном болевом синдроме добавляют в микроклизмы новокаин, анестезин и преднизолон.

Слизистые влагалища также реагируют на лучевую терапию в виде развития лучевых эпителиитов. Для снижения выраженности данных изменений проводят ежедневные санация влагалища растворами антисептиков с последующими мазевыми аппликациями.

К общим профилактическим мерам относят обязательное лечение хронических сопутствующих заболеваний, назначение витаминов ,ферментов, антиоксидантных препаратов.

Местная профилактика предполагает не только лечение хронических процессов в органах, попадающих в объём облучения, но и дополнительное воздействие препаратами ,улучшающими трофику тканей.

Для предотвращения развития лучевых циститов, ректитов, выраженных эпителиитов, пациенткам рекомендуется:

- соблюдение щадящей диеты, исключение острой, солёной, копченой, жареной пищи;
- -приём растительных уросептиков, противовоспалительная терапия при необходимости;
 - -постановка масляных микроклизм в прямую кишку;
 - -витамины, ферменты;
 - -препараты, улучшающие кровообращение в тканях;
 - -ежедневная санация влагалища раствором фурацилина, жировые аппликации;
 - -контроль анализов крови и мочи каждые 10-12 дней.

В отделении радиотерапии №2 ГБУЗ СОКОД во время лучевого лечения онкогинекологических пациенток обязательно проводится данная сопроводительная терапия для снижения выраженности лучевых реакций и профилактики лучевых осложнений.

При анализе работы отделения за 2017-2019 гг тяжёлых лучевых повреждений не было выявлено.

Майданник А.Г.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ НЕФРОСТОМИИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения проводятся операции по наложению нефростомы. Нефростомия — это оперативное вмешательство, осуществляемое под рентгенологическим и ультразвуковым контролем. Операция направлена на отвод из почки мочи посредством специальной трубки (нефростомы или дренажа). Нефростома проводится через кожу и мышцы в области поясницы, почечную ткань, заканчиваясь в полостной системе почки. По дренажу жидкость выходит в стерильный мочеприемник. Основная цель установки нефростомы — это восстановление и нормализация оттока мочи из одной или обеих почек.

Качество оказания медицинской помощи пациенту зависит от слаженной работы в отделении, уровень медицинской помощи в отделении определяется медицинскими кадрами, их профессиональной подготовкой и дисциплинированностью. Роль медицинской сестры изменилась, ее деятельность стала более значимой, расширились функции сестринского персонала. В центре всех видов деятельности сестринского персонала — пациент, медицинская сестра находится рядом с ним, выполняет назначения врача, фиксирует изменения и выявляет проблемы больного, ставит сестринский диагноз и самостоятельно планирует свою деятельность.

Первое, что испытывает пациент перед операцией наложениия нефростомы—чувство страха, после операции — чувство неловкости, растерянности и опять же страха: как теперь жить? Задача медсестры помочь пациенту, научить жить с новыми проблемами: качество жизни пациента меняется, но жизнь продолжается.

Процесс общения с больным начинается с выбора дистанции взаимодействия, она должна быть такой, чтобы пациент чувствовал себя комфортно и безопасно. При изменении дистанции, особенно при ее сокращении, желательно объяснить свои действия, чтобы избежать нарастания психологического напряжения и агрессии. Пациент, находясь в ситуации стресса, обусловленного болезнью, нуждается в фиксированной территории, принадлежащей только ему.

В послеоперационном периоде, находясь в палате, медицинская сестра информирует пациента про оборудованную консоль над кроватью с расположенной на ней кнопкой и пультом вызова медицинского персонала, благодаря этому, пациент абсолютно уверен, что находится под постоянным сестринским контролем, что в свою очередь положительно влияет на психо-эмоциональное состояние пациента. Пациентам после наложения нефростомического дренажа нужна квалифицированная помощь, иначе самоограничения — это все, что останется в его жизни. Они станут главными и любые действия и желания активно двигаться, превратятся в запреты. Такой пациент исключает из жизни активный отдых, хобби, связанные с движением. Любые нагрузки, даже самые безобидные, становятся табу. Пациент, скорее всего, осознает эту систему запретов, в которую, чаще всего, он сам себя загнал, и от того становится еще более угнетенным, не ощущает жизнь, как что-то полноценное, скатывается в пессимизм.

Образ жизни пациента с нефростомой, конечно, меняется и отличается от обычного. Когда у пациента есть нефростомический дренаж, это очень эмоционально непростой период. Пациенту важно не замыкаться в себе, принимать поддержку своих друзей и близких. Одним из важнейших звеньев лечебного процесса является помощь пациенту, оказываемая медперсоналом, в первую очередь, медсестрой, наиболее тесно контактирующей с ним в соответствии со своими обязанностями. Пациент должен знать, что с любым вопросом можно обратиться к медицинской сестре. Личность медработника, стиль его поведе-

ния могут оказывать на больных как позитивное (лечебное), так и негативное (психотравмирующее) действие. Важнейшей составляющей в профессиональной деятельности медработника (как и любого другого профессионала, имеющего дело с людьми) является наличие у него эмпатии – способности сопереживать собеседнику, понимать его чувства, потребности, интересы, мотивации поступков. Неспособность к эмпатии и наличие у медицинской сестры некоторых других неблагоприятных качеств темперамента и характера (повышенная возбудимость, раздражительность, медлительность и т.д.) могут препятствовать установлению доверия между пациентом и медработником.

Перед выпиской у пациента возникает много вопросов, в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения работают высококвалифицированные медицинские сестры и с легкостью могут ответить на все интересующие вопросы по уходу за нефростомическим дренажом и обучить пациента. Процесс обучения пациента и его семьи зависит от профессионализма медицинской сестры нашего отделения, ее опыта, знаний, умений и навыков. Наша задача обучать пациента и членов его семьи конкретным навыкам самоухода. Информацию следует давать, соблюдая принципы обучения: доступно, поэтапно, для овладения знаниями, умениями и навыками самоухода.

Как купаться? Медицинская сестра доступным языком объясняет, что после установки нефростомы пациентам рекомендуют воздержаться от купания в течение 48 часов. Затем можно принимать душ, но место, в котором установлен дренаж в почке, должно быть сухим. Пациенту следует перекрыть катетер, отсоединить от мочеприёмника, место выхода закрыть полиэтиленовым пакетом и закрепить на коже лейкопластырем. Для того чтобы не извлечь нефростому, необходимо аккуратно вытираться полотенцем, промакивая влагу. После того, как кожа вокруг катетера и нефростомического отверстия заживёт, её можно мыть с мылом и насухо промокать. Если установлена нефростома и свищ мочевого пузыря, не рекомендуется принимать ванну, купаться в бассейне или открытом водоёме, посещать сауну или баню. Как менять повязку? Кожа вокруг нефростомы всегда должна быть сухой, чистой без признаков воспаления. Из нефростомического отверстия не должно быть гнойных выделений. Вокруг нефростомы необходимо накладывать стерильную повязку. В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения перевязочная медицинская сестра делает перевязки и уход за дренажным мешком ежедневно. Учитывая, что нефростома устанавливается в поясничной области, пациенту будет трудно обойтись самому и ему может потребоваться помощь другого человека и медицинская сестра обучает родственников техники перевязки. После заживления отверстия повязку можно менять по мере загрязнения и намокания. Как ухаживать за дренажным мешком? Мочеприёмник рекомендуется менять каждые 7 дней. Если мешок повреждён, загрязнён или имеет неприятный запах, его сразу же заменяют новым. Для поддержания хорошей работы нефростомической дренажной системы, мочеприемник должен находиться ниже уровня почек. Это необходимо для предотвращения обратного заброса мочи в почки.

Что можно есть? Диета при установленной нефростоме должна быть бессолевой. Это обеспечивает благоприятные условия для функционирования почек и облегчает работу органа. Бессолевая диета заметно улучшает процессы мочеотделения и способствует восстановлению структуры почек. При соблюдение несложных рекомендаций пациенты чувствуют себя комфортно, осложнений не возникает.

Медицинская сестра помогает пациенту адаптироваться к новой жизни, обучая его и вовлекая в обучение родственников с разрешения пациента. Так же в нашем отделении разработана памятка по уходу за нефростомическим дренажом, где подробно описаны все пункты по уходу и телефоны отделения, что позволяет пациентам быть уверенными в том, что если возникнет вопрос, они получат квалифицированную консультацию.

Медицинская сестра отделения при выписке пациента корректно, профессионально объясняет правила ухода и самоухода за дренажом, обязательно проверяя результаты обучения. Если пациент понял, что может продолжать образ жизни близкий к обычному основная задача медицинской сестры выполнена с успехом.

Макаева А.А., Баландина А.В., Пикалова М.В.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СОЛИДНО-ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНОЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОПУХОЛЬ ФРАНЦА)

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Опухоль Франца, или солидно-псевдопапиллярная опухоль (СППО), или солидно-псевдопапиллярная неоплазия (solid pseudopapillary neoplasm), впервые описана V. Frantz в 1959 г. Согласно определению ВОЗ, официально принятому в 1996г, солидно-псевдопапиллярная опухоль — это редкое, обычно доброкачественное новообразование, представленное мономорфными клетками, имеющими различную экспрессию эпителиальных, мезенхимальных и эндокринных маркеров и формирующих плотные солидные и псевдопапиллярные структуры с частым развитием кистозно-геморрагических изменений.

Актуальность. Солидно-псевдопапиллярная неоплазия составляет до 2.5 % от общего числа экзокринных панкреатических опухолей, и около 5 % всех кистозных образований поджелудочной железы. Встречается чаще у молодых женщин (средний возраст 25 лет). Размеры образований широко вариабельны — от 0,5 до 35 см. Данные образования относятся к опухолям с низким потенциалом злокачественности, они медленно прогрессируют и имеют благоприятный прогноз. Опухоль не характеризуется специфичной клинической картиной, возможны варианты бессимптомного течения. В редких случаях, при локализации в области головки поджелудочной железы, опухоль может вызвать обтурацию желчных протоков с развитием механической желтухи. Также существует вероятность спонтанного разрыва опухоли.

Выделяют 3 типа СППО:

- 1 тип соответствует полностью солидным новообразованиям;
- 2 тип характеризуется сочетанием солидных участков с кровоизлияниями;
- 3 тип выявляются обширные кровоизлияния и кистозные образования.

Опухоли 1 типа составляют около 2\3 всех выявляемых СППО, являются наиболее сложным для дифференциальной диагностики с нейроэндокринными неоплазиями и аденокарциномами.

Среди инструментальных методов, применяемых для диагностики СППО, в настоящее время применяются УЗИ, эндоУЗИ, КТ и МРТ с применением контрастных средств.

Цель. Изучение критериев диагностической картины СППО на примере клинического наблюдения для определения наиболее специфичных методов на дооперационном этапе.

Методы исследования. Пациентка Б., 32 лет, направлена в ГБУЗ СОКОД с подозрением на опухоль головки поджелудочной железы. Предъявляла жалобы на постоянные опоясывающие боли в эпигастральной области, слабость, тошноту, снижение веса. В качестве уточняющей инструментальной диагностики применялась компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием, УЗИ с последующей трепанационной биопсией.

На ультрасонограммах СППО представлено в виде гипо\анэхогенного образования с гиперэхогенной капсулой. Цитологически получено бесструктурное вещество и элементы клеточного распада. После повторной пункционной биопсии с ИГХ-исследованием была выявлена экспрессия эпителиальных маркеров и CD 56.

КТ брюшной полости проводилось на 256-срезовом аппарате Discovery CT750 HD, с внутривенным болюсным контрастным усилением. На серии нативных КТ-сканов проявлялась в виде отграниченного округлого субстрата негомогенной пониженной плотности, с солидным компонентом, с высокоплотными включениями за счет участков геморрагического некроза (тип 2). Плотность жидкостного компонента примерно равнозначна плотно-

сти старых гематом. На постконтрастных сканах образование характеризовалось неравномерным накоплением контрастного препарата с максимальным повышением плотности в венозную фазу. Также отмечалась дилатация панкреатического протока, отсутствие четких границ с нижней горизонтальной ветвью ДПК, компрессия магистральных сосудов вышеописанным образованием. Признаков регионарного и отдаленного метастазирования не выявлено. При ретроспективном анализе предыдущих сканов от 2016г прослеживалось увеличение размеров образования практически в 2 раза. Признаков отдаленного метастазирования не выявлено. После проведения комплекса дополнительных инструментальных и лабораторных исследований, верифицирования диагноза, пациентка направлена в абдоминальное отделение для проведения панкреатодуоденальной резекции.

Ранний послеоперационный период протекал с осложнениями в виде мезентериального тромбоза, с некрозом тонкой кишки, распространенным серозным перитонитом. Контрольная КТ назначена на 2-е сутки после операции, без применения контрастных средств по медицинским показаниям. На серии нативных сканов определялись инфильтративные изменения в области резекции, умеренное количество жидкости в брюшной и плевральных полостях, признаки гипотонии кишечника. После реабилитации пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Компьютерная томография с применением контрастных средств, несомненно, является высоко чувствительным методом диагностики СППО, отражая денситометрические показатели структуры образования. Также метод позволяет оценить связь с образования окружающими органами и крупными сосудами, выявить регионарные и отдаленные метастазы.

Дальнейшее изучение проблемы, сопоставление данных различных современных методик для составления наиболее информативного алгоритма обследования на дооперационном этапе ведет к улучшению качества диагностики СППО.

Макаева А.А., Гончаров М.А., Леонтьевский И.А.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Термин «фиброзная дисплазия» был предложен Лихтенштейном ещё в 1938 году, но часто используется и в настоящее время. По своей морфологии она близка к истинным опухолям, в связи с чем ее относят к опухолеподобным процессам. Фиброзная дисплазия вызывается соматической мутацией в гене GNAS, который кодирует альфасубъединицу стимулирующего белка Gas. Диагноз зачастую представляет трудности, требует комплексной оценки клинических проявлений, данных лучевых методов и результатов гистологического исследования. Различают 3 гистологические формы в данной патологии. В первой (основной) форме отмечается разрастание клеточно-волокнистой ткани, на фоне которой разбросаны костные образования в виде немногочисленных балок. При второй (пролиферирующей) форме вместе с зонами костных балок на отдельных участках клетки расположены плотно. При третьей (остеокластической) форме обнаруживается большое число остеокластов, собранных в узелки.

Заболевание может вовлекать любую кость в организме человека. Фиброзная дисплазия может присутствовать как в монооссальной, так и в полиоссальной формах. В последнем случае патологический процесс имеет, как правило, односторонний характер. Чаще из трубчатых костей поражаются бедренная, большеберцовая, плечевая, лучевая кости, ребра, ключица). В плоских костях патологический фокус локализуется в своде черепа, тазовых костях, лопатке. Изменения костей черепа стоят особняком в данной нозологии. По разным данным у большинства больных чаще поражаются лобная, клиновидные, теменные кости, нижняя челюсть, реже - верхняя челюсть, структуры решетчатого лабиринта, орбитальные кости. Утолщение костей черепа могут привести к осложнениям в виде сдавления глазного яблока, головного мозга и его оболочек. Односторонне поражение костей черепа может вызвать асимметрию черепа, лица, что ведет к гемикраниозу, или костному леонтиазу («львиное лицо»).

Цели и задачи. Проанализировать клинический случай для определения критериев оптимальной тактики обследования и лечения пациентов с фиброзной дисплазией костей черепа.

Объект исследования и методы. В нашей практике отмечен следующий случай фиброзной дисплазии. Пациентка А., 44 лет, с 2014г обследуется в ГБУЗ СОКОД по поводу фиброзной дисплазии. На момент осмотра активных жалоб не предъявляет. В анамнезе порядка 30 операцией (как резекционного, так и реконструктивного плана) по поводу фиброзной дисплазии основания черепа в течение последних 35 лет. Лицо асимметрично за счет выраженной деформации средней трети лица слева. Отмечается гипофтальм, лагофтальм, энофтальм ОЅ. Слепота на ОЅ. Кожа в левой скулоорбитальной и щечной области "пергаментно" истончена в связи с отсутствием подкожно-жировой клетчатки, плотная, несмещаемая, рубцово изменена. В подкожном слое контурируется имплант. При риноскопии: перегородка носа умеренно искривлена влево в виде бугра, слизистая оболочка полости носа розовая, нижние носовые раковины умеренно отечные, отделяемого в носовых ходах нет. Другие ЛОР-органы — без патологии.

На серии компьютерных томорамм околоносовых пазух определяются постоперационные изменения после многократного лечения по поводу ФД. Костная структура ската черепа, крыльев клиновидной кости слева, лобной кости слева с участками ячеистой перестройки, со склеротическим компонентом, локальным «вздутием» на значительном протяжении, кортикальный слой на данном уровне истончен, целостность не нарушена. Допол-

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

нительного мягкотканного компонента не выявлено. В сравнении с данными КТ от 2014 года динамических изменений не отмечено.

Выводы. Клиническая и рентгенологическая картина фиброзной дисплазии весьма специфична. Компьютерная томография, бесспорно, является наиболее рациональным и высокоинформативным методом диагностики фиброзной дисплазии костей черепа. В настоящее время нет единого подхода к лечению данной нозологии. Многими авторами отдается предпочтение хирургическому лечению, но предлагаемые тактика, объем хирургического вмешательства весьма вариабельны. В связи с большими объемами резецируемых костных структур, в последние годы представлены работы по реконструктивной хирургии.

Малихова О.А., Карасев И.А., Малихов А.Г., Туманян А.О., Верещак В.В., Круглова И.И.

ЗУБЧАТЫЕ АДЕНОМЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ С УЧЕТОМ КЛИНИКО - МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Цель: Оптимизация тактики ведения пациентов с зубчатыми образованиями(3O) толстой кишки с учетом их клинико-морфологических характеристик.

Методы исследования: Произведена ретроспективная оценка эффективности и безопасности эндоскопической резекции слизистой оболочки (ЭРС) и диссекции в подслизистом слое (ЭДПС), которые были выполнены в период с 02.09.16 по 02.09.19 46 пациентам по поводу 3О толстой кишки в НМИЦ онкологии и 23 пациентам в ГБУЗ СОКОД. Использовался видеоколоноскоп СF - 2Т160L, электрохирургический блок ESG - 100. Эффективность и безопасность лечения оценивались по критериям радикальности, количеству интраоперационных и отсроченных осложнений, а также наличию рецидивов в первые 6 месяцев после выполненного вмешательства.

Результаты: Число радикально удалённых 3О составило 69. 54 единым блоком (78%), 15 — фрагментарно (22%). 16 ЗО локализовались в слепой кишке, в 16 в восходящей ободочной кишке, в 19 в поперечно-ободочной, 8 в — нисходящей, 10 — в сигмовидной кишке. В соответствии с Парижской классификацией в 61 случаях 3О классифицированы как 0-Іѕ тип, в 8 (12%)— как 0-ІІа тип. Размер от 8 до 25 мм.

По результатам морфологического исследования удаленного материала сидячие зубчатые образования (СЗО) у 54 пациентов, СЗО с признаками цитологической дисплазии у 6, СЗО с фокусами карциномы – у 9 больных . При СЗО у 51 (74%) выполнена ЭРС, максимальный размер 14 мм. 18 (26%) выполнена ЭДПС, в одном случае пациенту с СЗО размер которого составил 25 мм, 4 пациентам с диагнозом СЗО с признаками цитологической дисплазии и 6 пациентам с диагнозом СЗО с фокусом аденокарциномы. У одного пациента ЭДПС осложнилась микроперфорацией в зоне фиброза, т.к. по месту жительства выполнялась множественная биопсия, а также кровотечением из сосудов подслизистого слоя, удалось купировать эндоскопическими методами. При контрольном осмотре через 6 месяцев рецидивов ЗО не обнаружено.

Выводы: ЭРС при СЗО является эффективным и безопасным методом лечения, если максимальный размер опухоли составляет 15-20 мм. При наличии признаков цитологической дисплазии или фокусов аденокарциномы, а также, размерами более 20 мм, методом выбора является ЭДПС.

Манукян А.А., Пряников А.С, Хобта Р.В.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЛАНИРОВАНИЯ И ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ НАВИГАЦИИ «АВТОПЛАН» В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

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

Актуальность. Хирургический метод лечения новообразований головного мозга является важнейшим и наиболее часто применяемым для значительного числа пациентов. Адекватное нейрохирургическое вмешательство у пациентов с опухолями головного мозга позволяет улучшить качество жизни больных, способствует снижению неврологической симптоматики. Выживаемость напрямую зависит от радикальности вмешательства. В последние годы с появлением новых методов диагностики определяющее влияние на результаты оперативного вмешательства пациентов оказывают предоперационное планирование и информационная и аппаратная поддержка операций. Одним из обязательных обследований на этапе планирования оперативного вмешательства является выполнение компьютерной томографии для уточнения локализации, протяженности и объема опухолевого поражения.

Цель исследования. Оценить результаты применения навигационного комплекса «Автоплан» в хирургическом лечении новообразований головного мозга

Материал и методы. На основе данных компьютерной томографии были выполнены 3D модели 3 пациентов с новообразованиями головного мозга. Полученная модель полностью соответствовала по форме и объему опухоли, что позволяло рассчитывать необходимый объем вмешательства, а именно определить место для энцефалостомии при осуществлении доступа к опухоли, уточнить возможность радикальности удаления патологического очага и максимально сохранить непораженные ткани. Операции выполнялись с использованием навигационной системы «Автоплан» в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере.

Результаты. Для оценки ближайших результатов использовали следующие критерии: длительность операции и объем интраоперационной кровопотери. С применением нового подхода в хирургическом лечении новообразований головного мозга удалось сократить время операции почти в 1,5 раза, интраоперационную кровопотерю — почти в 2 раза. Такого результата удалось добиться за счет интуитивно простой для оператора пространственной ориентации в операционной зоне в режиме реального времени, возможности проведения более точных и дозированных хирургических манипуляций.

Вывод. Предоперационное моделирование и интраоперационная навигация «Автоплан» является ценным инструментом, который представляет информацию хирургу в более удобном и наглядном виде, что существенно улучшает результаты хирургического лечения, тем самым позволяет осуществить скорейшую социальную и функциональную адаптацию пациентов и повысить социально-экономический эффект лечения.

Махонин А.А., Габриелян А.Г., Осокин О.В., Нестеров А.Н., Керосиров А.П., Нагорнов А.Н.

ВИДЕОЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В структуре заболеваемости всех злокачественных опухолей рак гортани занимает 10 место и 2-ое среди опухолей головы и шеи. Ежегодно в РФ регистрируются более шести тысяч новых случаев заболеваний раком гортани. К традиционным методам лечения начальных стадий рака гортани, относятся: лучевая, фотодиамическая терапия и хирургический. Самыми частыми осложнениями, после открытых органосохраняющих операций при раке гортани являются: рост грануляций по линии резекции с сужением просвета гортани (14%), рубцовая деформация (10%), стеноз гортани с затруднением дыхания (4%), нарушение голосовой функции 25-37%. Развитие и внедрение малоинвазивных вмешательств, с возможным сохранением гортани как функционально важного органа, является актуальной научно-практической задачей.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения больных раком гортани путем применения видеоэндоларингеальных резекций

Задачи: Систематизировать отбор больных раком гортани на видеоэндоларингеальные хирургические вмешательства. Оценить результаты комбинированного лечения больных с начальной стадией рака гортани после проведенных видеоэндоларенгиальных и открытых резекций. Провести анализ осложнений лечения пациентов с начальными стадиями рака гортани после проведенных видеоэндоларингеальных и открытых резекций.

Материалы и методы: проведено моноцентровое планированное рандомизированное проспективное исследование 108 пациентов начальным раком гортани(I-II) стадия. В основной группе 51 пациентам проводились видеоэндоларингеальные резекции с полученным индексом R0. В контрольной 55 больным открытые органосохраняющие резекции гортани с R0. По степени дифференцировки: G1-55%, G2-34%, G3-9% Критерием для проведения видеоэндоларингеальных резекций и открытых операций являлись: экзофитный тип опухолевого роста складочного и надскладочного отдела рака гортани I -II стадии; степень злокачественности (G1,G2,G3); отсутствие регионарных метастазов.

Результаты: процент осложнений у группы больных с выполненными видеоэндоларингеальными резекциями существенно ниже по сравнению с открытыми операциями, 28% и 70% соответственно. Пятилетняя безрецидивная выживаемость в основной группе 92%, в контрольной 91%. Длительность операции в основной группе 17±5 минут и 50±5 минут в контрольной. Длительность пребывания в стационаре в основной группе составила 9±3 дней, 18±2 дней в контрольной.

Выводы: Пятилетняя безрецидивная выживаемость больных с начальными стадиями рака гортани после проведенного хирургического лечения с использованием видеоэндоларингосокпии и открытых резекций сопоставима и значимо не отличалась, 92 % и 91% соответственно. Видеоэндоларингеальные операции существенно улучшают визуальный контроль границ опухоли и позволяют сохранить хрящевой каркас гортани, тем самым сократить сроки госпитализации и ускорить реабилитацию больных. Видеоэндоларингеальные вмешательства являются методом выбора при лечении больных с начальными стадиями рака гортани.

Меркулова С.М., Вострякова А.Д., Вишняков В.А., Лозовая С.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ УРОВНЯ НЕЙРОМЫШЕЧНОГО БЛОКА

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Современная анестезиологическая практика позволяет использовать достаточно большой арсенал препаратов различных химических групп и типов действия, обладающих способностью блокировать нейромышечное проведение. Одним из недостатков является кумулирование препарата после повторных введений и невозможность предсказать длительность действия и восстановление нейромышечной проводимости, особенно у больных с патологией печени, почек, больных с миастенией, больных с бронхиальной астмой.

Следует отметить, что клинические признаки восстановления нейромышечной проводимости, используемые в клинической практике, не всегда правильно отражают реальное состояние. В этих случаях целесообразным является инструментальный контроль уровня нейромышечного блока (возможность существенного снижения доз вводимых препаратов, реализация тактики оптимального лечения для каждого пациента). В ряде случаев использование инструментальных средств контроля нейромышечного блока (ТОГ-мониторинг в нашем случае) является необходимым:

- при отклонениях фармакокинетики применяемых препаратов от нормы (заболевания печени, почек);
- -в случае измененной фармакодинамики (нервно-мышечные заболевания миастения);
- при необходимости исключения возврата нейромышечного блока (при заболеваниях сердца и бронхиальной астме);
- в случаях поддержания максимальных возможностей сокращения мышц (тяжелые легочные заболевания);
 - при длительных хирургических вмешательствах.

В основе объективного нейромышечного мониторинга лежат электрическая стимуляция нерва и оценка ответа мышцы на стимуляцию. Стимуляция нерва осуществляется постоянным током силой не более 60 мА и длительностью импульса 200-300 мс. Такой ток является супрамаксимальным, т.е. позволяет стимулировать весь неврвный ствол, но не вызывает повреждения нерва.

В нашем отделении мы работаем аппаратом TOF \Train-of- Four\. Интерпретация данных:

- 0,4 и меньше жизненная емкость легких и сила вдоха снижена;
- 0,6 и больше сила скелетных мышц восстановлена, но респираторные показатели еще снижены (неполное восстановление нейромышечной проводимости велик риск осложнений);
 - 0,8 и более респираторные показатели в норме.

Необходимость в инструментальном контроле нейромышечного блока возникла на данном этапе в рамках нашего отделения у 10 больных:

- 2 больных с диагнозом миастения в анамнезе
- 5 больных с сопутствующим диагнозом бронхиальная астма и тяжелая сердечно-сосудистая патология
 - 1 больной с диагнозом ХОБЛ, тяжелой степени
 - 1 больной хроническая болезнь почек 5 ст.
 - 1 больной длительное хирургической вмешательство

Все больные были доставлены в ОРиИТ из операционных после плановых онкологических оперативных вмешательств в состоянии постнаркозной депрессии на ИВЛ мешком Амбу. Всем была продолжена ВВЛ в режиме ВіРАР. При клиническом восстановлении

нейромышечной проводимости (тест самостоятельного подъема и удержания головы и прямой ноги на весу в течении 5 секунд), учитывая их сопутствующую патологию, был использован инструментальный контроль нейромышечного блока. В 9 случаях это соответсвовало лишь четырехразрядной стимуляции (ТОГ), равной 0,6 — 0,7, что говорит о значительном снижении респираторных показателей, несмотря на восстановление тонуса скелетных мышц и с современных позиций безопасности пациента не может гарантировать эффективное дыхание и контроль за проходимостью дыхательных путей в данный момент времени. В 100% случаев была продолжена медикаментозная седация и продленная вентиляция. У 8 больных при показателях ТОГ 0,8 и более был выполнен перевод на спонтанное дыхание. Во всем послеоперационной периоде осложнений со стороны дыхательной системы не было. В 1 случае (пациент с диагнозом миастения) потребовалось введение препарата сугаммадекс (модифицированный гамма-циклодекстрин). Через 1 час после введения препарата показатель ТОГ у пациента составлял 0,87. Больной был переведен на спонтанное дыхание. Осложнений со стороны дыхательной системы не было.

У определенных групп пациентов, указанных в данной статье, инструментальный мониторинг нейромышечной проводимости в послеоперационном периоде, с целью профилактики осложнений со стороны дыхательной системы, является необходимым.

Мишуткина Т. Г., Пантелеев Д. А.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ (ОНКОУРОЛОГИЯ)

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Онкология(отгреч.о́укоς— тяжесть, груз) — разделмедицины, изучающийдоброкачественныеизлокачественныеопухоли, механизмы и закономерности их возникновения и развития, методы ихпрофилактики, диагностики и лечения. Онкологические болезни представляют собой обширный и разнородный класс заболеваний. Онкологические заболевания являются системными и затрагивают, так или иначе, все органы и системы человека Онкоурология— раздел медицины, находящийся на стыке онкологии, урологии, андрологии и гинекологии, и изучающий доброкачественные и злокачественные опухолии мочеполовой системы (почек, мочевого пузыря, предстательной железы, полового члена), их этиологию и патогенез, методы их профилактики, диагностики и лечения.

Сравнивая онкоурологию и остальные разделы общей урологии (андрология, урогинекология и.т.д...), можно сделать вывод, что онкоурология - это особый раздел, занимающийся не только непосредственно заболеваниями мочеполовой системы, но и заболеваниями, которые могут поражать весь организм в целом. В онкоурологическом отделении производятся операции, которые специфичны именно этому разделу медицины:

- 1) Трансуретральная резекция мочевого пузыря
- 2) Радикальная простатоктомия
- 3) Резекция почки (нефроктомия)
- 4) Операция радикальная цистпростатэктомия, уретероилеокутанеостомия по Брикеру
 - 5) Орхофуникулэктомия

И это лишь небольшой список операций проводимых в данном отделении, но которые являются основным количеством операций. Конечно же, каждая из них является специфичной и имеет свои особенности, как в послеоперационном периоде, так и, в непосредственной подготовке пациента к самой операции. А теперь подробнее о данных операциях, а также пред и после операционном периоде. ТУР (трансуретральная резекция) мочевого пузыря — оперативное малоинвазивное вмешательство, целью которого является устранение опухоли или взятие проб ткани. Эффективность процедуры, быстрый реабилитационный период, минимальное количество осложнений позволяют считать данный способ хирургического лечения самым перспективным в современной медицинской практике.

Радикальная простатэктомия (РПЭ) – это операция по удалению предстательной железы вместе с окружающей клетчаткой и лимфоузлами. ПриРПЭ единым блоком с железой удаляются участок уретрального канала и семенные пузырьки.

Резекцияпочки—этооперация по частичному удалению органа с опухолью, которая может быть проведена несколькими методами: классическая полостная операция через разрез в области поясницы или передней брюшной стенки, или метод лапароскопической-резекциипочкичерез небольшой прокол, в который вводится катетер с камерой и инструментом

Операция радикальная цистпростатэктомия, уретероилеокутанеостомия по Брикеру — техника, позволяющая наладить процесс отведения урины после удаления мочевого пузыря.

Хирургическое вмешательство по удалению мочевого пузыря и его замещение изолированной петлей подвздошной кишки с выведением конца петли на переднюю стенку живота называется операцией по Бриккеру. Таким образом у больного появляется искусственно созданный орган. Орхиэктомия— операция удалениямичек. Применяется прежде всего при необходимости снизить продукцию мужских половых гормонов (в частности—тестостерона), призлокачественных новообразованияхмужскихполовых органов(в частности—предстательной железы)

У всех этих операций есть свои общие особенности, но так же и не мало различий. Предоперационный период у данных операций одинаков: у пациента берутся анализы, объясняется ход операции. В зависимости от объема предстоящей операции выполняется клизма очистительная вечером и утром, либо только вечером. Непосредственно перед операцией пациенту накладываются бинты эластичные на нижние конечности для профилактики тромбоэмболии по алгоритму, утвержденному ГБУЗ СОКОД. Перед операцией обязательным является подготовка операционного поля - (бритьё) волосяного покрова (от пупка до середины бедра, включая половые органы и паховую складку).

Ну и ,конечно, моральная подготовка пациента, так как операция сама по себе есть стресс, а операция связанная, пусть и косвенно, с половыми органами- стресс особый, особенно у мужчин. Вот тут и отводится главная роль медицинской сестре, так как необходимо готовить не только пациента, но и порой его родственников: положительными примерами, добрым словом, заручившись поддержкой родственников в необходимости создания ими положительных эмоций и убежденности в благополучном исходе ситуации. Послеоперационный период имеет свои общие черты, но и немало особенностей:

В раннем послеоперационном периоде пациент находится под наблюдением врачебного и среднего медицинского персонала (строгое измерение АД, пульса, температуры, контроль диуреза, а так же контроль выделенной жидкости из дренажных мешков, если таковые имеются). Необходимые данные вносятся в лист контроля за температурой, других исследований и процедур. После полостных операций первые сутки после операции положены голод и покой.

Главной проблемой после операции является боль, поэтому первые дни пациент получает наркотические анальгетики (промедол), в случае психомоторного возбуждения транквилизатор (сибазон). В дальнейшем, по мере утихания болевого синдрома, пациенту назначают сильнодействующие анальгетики (трамадол), либо НПВС (кеторол). При появлении у пациента болевого синдрома заводится «Карта оценки интенсивности боли», в которой медицинские сестры не менее 4х раз в сутки фиксируют дату, время и место локализации боли.

Эластичные бинты пациенту снимают по назначению врача. Делаются перевязки и выполняются иные назначения врача. Бандаж пациент снимает только после полного заживления послеоперационной раны. Это были общие черты послеоперационного периода, теперь же поговорим об особенностях каждой операции. После операции ТУР пациенту зачастую назначается орошение мочевого пузыря. Промывание мочевого пузыря — процедура, направленная на ускоренное заживление поврежденной оболочки органа, а также на предотвращение образования кровяных сгустков, которые могут повлечь за собой нарушение оттока мочи. Поэтому необходим постоянный контроль за пациентом, точнее контроль диуреза и наличие кровяных сгустков в промывных водах.

Радикальная простатэктомия. Особенность послеоперационного периода заключается в том, что пациенту ни в коем случае нельзя занимать сидячее положение. Он может ходить, лежать, стоять, но только не сидеть. А так же запрещено в течении 10-ти дней извлекать катетер Фоллея, что обусловлено особенностями проведенной операции. В этом случае особая роль отводиться контролю за соблюдением в чистоте как самого уретрального катетера, так и полового органа

Операция радикальная цистпростатэктомия, уретероилеокутанеостомия по Брикеру. Объем данной операции большой, поэтому пациенты нуждаются в повышенном внимании со стороны среднего медицинского персонала достаточно длительное время.

Орхиэктомия. Данная операция зачастую не имеет послеоперационных осложнений. По сути все заключается в психологической поддержке пациента, так как она затрагивает

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

только мужчин. Необходимо объяснить, что его детородная функция не будет нарушена, и он остаётся таким же «мужчиной». Это лишь малая часть, всех особенностей в работе медицинских сестёр отделения (онкоурология).

Из вышесказанного можно сделать вывод, что средний медицинский персонал значительную и немаловажную роль в работе. В условиях стационара медицинская сестра практически постоянно находится в непосредственном контакте с пациентами. Медицинские сестры являются не просто помощниками врача, исполнителями его поручений, а представителями самостоятельной профессии, которые владеют навыками комплексного, всестороннего ухода за пациентами, облегчения их страданий, реабилитации, располагают знаниями в области психологии и психотерапии в пределах своей компетенции.

Морошкина Г.П., Торопова Н.Е.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БЕСПИГМЕНТНОЙ МЕЛАНОМЫ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Меланома кожи — чрезвычайно злокачественная опухоль, развивающаяся из меланоцитов — пигментных клеток, продуцирующих специфический полипептид меланин в клетках опухоли. Среди всех злокачественных опухолей кожи меланома занимает особое место, составляя не более 10% от всех злокачественных опухолей кожи, в 80% случаев меланома является причиной гибели пациентов. Встречаются и так называемые беспигментные меланомы. Хорошие результаты лечения напрямую зависят от своевременного выявления меланомы в ранней стадии заболевания. Клинически с учётом гистологической классификации меланома кожи представлена четырьмя основными формами. Они включают: 1) поверхностно-распространяющуюся меланому (70%); 2) акрально-лентигиозную меланому (10%); 3) меланому типа злокачественного лентиго (5%); 4) узловую меланому (15%). По локализации меланома кожи составляет 87,1%; глаз — 7,0%; меланома наружных половых органов — 2,7%; прямой кишки — 1,0%; прочие локализации — 0,2%; меланома без выявленного первичного очага — 2,0%. Морфологически беспигментную меланому необходимо дифференцировать с карциномой, саркомой и иногда с лимфомой.

Цель исследования. Показать возможности иммуноцитохимического метода для выявления беспигментной меланомы при различных локализациях новообразования с использованием специфических маркёров MelanA, HMB-45.

Локализация 1. Пунктат пахового лимфоузла. Пациентка 3., 40 лет. Цитологическое заключение: метастаз опухоли из разрозненных умеренно полиморфных округлой формы клеток без видимого цитоплазматического пигмента. ИЦХ-панель: CD45 (-), Vim (+), ЦК (-), S100 (-), MelanA (+), HMB45 (+). Заключение: иммунофенотип опухоли пахового лимфоузла соответствует меланоме, учитывая положительную экспрессию маркёров MelanA, HMB45.

Локализация 2. Пунктат образования мягких тканей бедра. Пациентка Р., 76 лет. Цитологическое заключение: злокачественная опухоль из умеренно полиморфных округлых клеток, определить генез затруднительно. ИЦХ-панель: ЦК (-), S100 (+), CD45 (-), Vim (+), HMB45 (-), MelanA (+), BerEP4 (-). Заключение: иммунофенотип опухолевых клеток образования мягких тканей соответствует меланоме, учитывая положительную экспрессию MelanA.

Локализация 3. Трансторакальная биопсия образования левого лёгкого. Пациент III., 39 лет. Цитологическое заключение: злокачественная опухоль из клеток округлой и веретеновидной формы с умернно выраженным полиморфизмом без видимого цитоплазматического пигмента. ИЦХ-панель: ЦК (-), S100 (+), CD45 (-), Vim (+), TTF-1 (-), HMB45 (+), MelanA (+). Заключение: иммунофенотип соответствует меланоме, учитывая положительную экспрессию маркёров MelanA, HMB45.

Локализация 4. Пунктат образования печени. Пациент Γ ., 67лет. Цитологическое заключение: злокачественная опухоль из мелких округлых клеток с нечеткими цитоплазматическими включениями, нельзя исключить меланому. ЦК (-), S100 (+), CD45 (-), Vim (+), AFP (-), HMB45 (+), MelanA (+). Иммунофенотип соответствует меланоме, учитывая положительную экспрессию маркёров MelanA, HMB45.

Локализация 5. Пунктат метастазов печени из невыявленного первичного очага. Пациентка У., 56 лет. Цитологическое заключение: метастаз меланомы с преобладанием веретеновидных клеток. Для подтверждения меланомы использована ИЦХ-панель: ЦК (-),

S100 (+), CD45 (-), Vim (+), Гепатоцит (-), HMB45 (+), MelanA (+). Иммунофенотип соответствует меланоме, учитывая положительную экспрессию маркёров MelanA, HMB45.

Выводы. Для диагностики беспигментой меланомы необходимо проведение иммуноцитохимического исследования с использованием специфических маркёров MelanA, HMB45. Положительная экспрессия одного из этих маркёров или обоих маркёров является надёжным критерием при определении беспигментной меланомы.

Неретин Е.Ю., Козлов С.В.

ОЦЕНКА КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПО ВОПРОСУ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ В ФОРМАТЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Необходимость исследований меланоцитарных новообразований кожи, и первую очередь, связана с изучением злокачественной меланомы. Среди всех опухолей кожи она занимает особое положение. Составляя структурно не более 10% от всех форм рака кожи, она ответственна за 80% летальных исходов, приходящихся на эту группу опухолей (Демидов Л.В., Харкевич Г.Ю., 2003). Как показано в работах, факты поздней диагностики меланомы можно объяснить недооценкой признаков, характеризующих фоновые предзлокачественные новообразования и ранние стадии развития опухоли; трудностями проведения дифференциальной диагностики с другими меланоцитарными образованиями; отсутствием онкологической настороженности, как у врачей, так и у пациентов (Червонная Л.В, 2005; BaadeP, CooryM., 2002).

Цель исследования. Оценить возможности по обучению диагностике меланомы кожи специалистов различных уровней в формате индивидуального обучения. Задачи – оценить чувствительность, специфичность и точность диагностики

Материал и методы исследования. Данный способ обучения включал интенсивную работу с испытуемыми. Для более углубленного изучения вопроса о резервах по обучению специалистов в рамках непрерывного медицинского образования был разработан и проведен авторский курс по «Ранней диагностике злокачественных новообразований кожи», реализованный на базе НОУ ВПО медицинского университета РЕАВИЗ. Курс включал 72 часа занятий, который давал 36 образовательных кредитов испытуемому врачу. Он включал входной контроль с использованием авторской программы (свидетельство №2018613017), лекции, демонстрации клинических случаев меланомы кожи как в рамках моего приема в консультативном отделении №1 на базе ГБУЗ СОКОД, так и с помощью авторской базы данных (патент №2018620399), по окончанию проводился выходной контроль. Для этого использовались кейс-технологии (Калинин Д. А., 2014). В его рамках прошли обучение различные специалисты – онкологи, дерматологи, хирурги, терапевты, гинекологи, студенты 6 курса. Всего было обучено 76 человек; наиболее многочисленную группу обучающихся составили терапевты – 13,16%; онкологи составили 9,21%; гинекологи 5,26%; дерматологи 6,58%; самой многочисленной группой были студенты 6 курса медицинского университета РЕАВИЗ - 65,79%. Критерии – чувствительность, специфичность и точность диагностики до и после обучения.

Результаты исследования. Всего в ходе входного контроля было предъявлено 50 кейсов с МК и 50 кейсов с другими доброкачественными новообразованиями кожи.

Результаты заключительного теста сравнивались с исходными. Результаты сравнения приведены в таблице 1.

Таблица 1 Индивидуальное обучение. Средние входные и выходные параметры диагностики меланомы кожи.

Общая характеристика груп-	Врачи (без студентов)		
пы	чувствительность	специфичность	точность
Входные диагностические параметры	58,54%	64,15%	61,34%
Выходные диагностические параметры	83,71%	83,49%	83,60%

Для выявления возможностей диагностики, резервов обучения, «слабого звена» были изучены показатели диагностики в зависимости от специальности испытуемого. Результаты представлены в таблице 2

Таблица 2

Индивидуальное обучение. Этап входного контроля. Ранжирование возможностей

диагностики МК у испытуемых в зависимости от специальности.

диа постики иле у испытуемых в зависимости от специальности.				
	параметр диагностик	параметр диагностики		
специальность	чувствительность	специфичность	точность	
онколог	66,86%	78,00%	72,43%	
терапевт	44,60%	49,40%	47,00%	
гинеколог	43,50%	52,00%	47,75%	
дерматолог	79,20%	77,20%	78,20%	
студент 6 курса	12,96%	49,00%	30,98%	
Среднее среди врачей	58,54%	64,15%	61,34%	
Среднее всего	49,42%	61,12%	55,27%	

Меньшее значение средних показателей, по сравнению с форматом мастер-класса объясняется тем, что на профильной конференции по ранней диагностике МК не присутствовали такие специалисты как гинекологи, терапевты, которые достаточно редко сталкиваются с пигментными новообразованиями в своей рутинной практике и не обладают достаточными знаниями в этой профильной области. Однако наибольший прирост знаний показали студенты, врачи терапевты, гинекологи. При анализе результатов входного тестирования обращает на себя внимание разница между врачами разных специальностей. Этап выходного контроля представлен в таблице 3

Таблица 3

Индивидуальное обучение, выходной контроль. Ранжирование испытуемых по специальностям

	параметр диагностики		
специальность	чувствительность	специфичность	точность
онколог	80,86%	87,14%	84,00%
терапевт	86,40%	69,60%	78,00%
гинеколог	74,00%	82,00%	78,00%
дерматолог	93,60%	95,20%	94,40%
студент 6 курса	80,16%	80,04%	80,10%
Среднее среди врачей	83,71%	83,49%	83,60%
Среднее всего	83,00%	82,80%	82,90%

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

Обсуждение полученных данных. Данная модель обучения имеет ряд очевидных преимуществ. Она обеспечивает значительный рост компетенции в диагностике меланомы в том числе и у врачей общей практики или терапевтов, не имеющих большого опыта работы с опухолями наружных локализаций, и даже у студентов, не имеющих никакого клинического опыта. Опыт обучения с применением диагностического обучающего тренажера может быть распространен на опухоли других локализаций, возможно удаленное обучение. Недостатком является значительно больший расход времени и других материальных и нематериальных ресурсов, необходимых для обучения, достаточно длительное отвлечение врачей от их основной работы.

Выводы:

- 4. В ходе индивидуального обучения достигается более высокие результаты, по сравнению с форматом мастер-класса, хотя и является более затратным.
- 5. Наибольший прирост знаний показали студенты, врачи терапевты, гинекологи. Это связано с исходным низким уровнем знаний.
- 6. Необходим дифференцированный подход при выборе формата обучения и тщательный подбор специалистов входящих в группу обучения.

Неретин Е.Ю., Козлов С.В., Яблокова А.С.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ПОЧКИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2004-2018 ГОДЫ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Рак почки является заболеванием, которое достаточно сложно диагностируется за счет своей внутренней локализации и отсутствия каких-либо симптомов на раннем этапе. В 2014 г. в России было выявлено 22 234 новых случая рака почки, из них женщины составили 45,3 %, мужчины — 54,7 %. Рак почки составляет около 5 % в структуре онкологической заболеваемости среди мужчин и 3 % среди женщин (Siegel R.L., Miller K.D., 2018). В России на I и II стадии заболевания приходится 47,9 и 16,0 %, а на III и IV стадии — 15,5 и 19,1 % соответственно. Выявление рака почки преимущественно на ранних стадиях заболевания объясняет высокую частоту (93,1%) применения хирургического метода как самостоятельного вида радикального лечения. Летальность на первом году, связанная главным образом с распространенными стадиями заболевания, составляет 15,2 % (А. Д. Каприн, 2018; Ljungberg B., Albiges L., 2018).

Цель исследования. Выявить региональные особенности заболеваемости раком почки. В ходе исследования были поставлены задачи — изучить заболеваемость раком почки и возрастной состав у населения Самарской области; выявить тренды у мужчин и женщин; оценить динамику роста; спрогнозировать изменение показателя до 2022 года.

Материал и методы исследования. Для исследования были взяты отчеты популяционного ракового регистра ГБУЗ Самарского областного клинического областного онкологического диспансера о пациентах, прошедших обследование и лечение, у которых диагноз был гистологически верифицирован (Форма №7). В ходе этого были рассчитаны «грубые» показатели заболеваемости всего населения Самарской области на 100 тыс. населения, заболеваемость мужского и женского населения за период с 2004 по 2018 годы. Динамика показателей определялась по уравнению линейной и полиномиальной аппроксимации. Прогноз показателей рассчитывался до 2022 года с доверительным интервалом 95%.

Результаты исследования. В ходе исследования выявлено, что в Самарской области суммарно за 2004-2018 год заболело 7316 человек, из них мужчины болели несколько чаще - 56,89%, женщины реже - 43,11%(рис.1.).

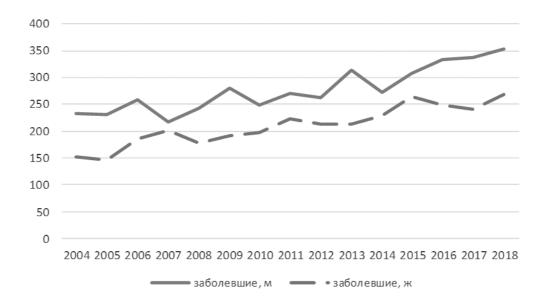


Рис. 1. Динамика абсолютного числа заболевших раком почки населения Самарской области за 2004-2018 годы.

Максимальное количество заболевших мужчин было зарегистрировано в 2018 году — 353 человека, минимальное в 2007 — 218 человек. У женщин максимальный показатель составил 268 человек (2018 год), минимальный 147 (2005 год). Общий показатель количества заболевших менялся в коридоре с 378 человек (2005 год) до 621 (2018 год) с тенденцией к увеличению. Из представленных данных, прирост абсолютного числа заболевших у мужчин составил 33,99%, у женщин 43,28%. Заболеваемость раком почки у населения Самарской области за последние 10 лет также росла, что представлено на рисунке 2.

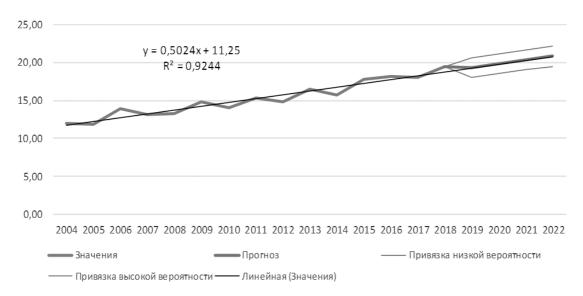


Рис.2. Динамика заболеваемости меланомой кожи и ее прогноз до 2022 года с доверительным интервалом 95%.

По уравнению линейного тренда рост описывался уравнением вида y = 0.5024x + 11.25; коэффициент детерминации составил $R^2 = 0.9244$. Был составлен прогноз заболеваемости раком почки с учетом того, что тенденции и факторы, действующие на население, останутся без изменений. Результат представлен в таблице 1.

Таблица 1. Вероятность заболеваемости раком почки при неизменных факторах с 2019 по 2022 годы (доверительный интервал 95%).

		i .	
		привязка низкой	привязка высокой
годы	прогноз	вероятности	вероятности
2018	19,45	19,45	19,45
2019	19,34	18,04	20,64
2020	19,84	18,53	21,15
2021	20,34	19,03	21,66
2022	20,84	19,52	22,16

Как видно из представленных данных при сохранении тенденции и действующих факторов в 2022 году заболеваемость раком почки вероятно составит 20,84 на 100 тыс. населения Самарской области. Следует отметить, что ожидается рост этого показателя.

У мужчин и женщин также наблюдается рост грубого показателя заболеваемости раком почки (рис.3.). Как видно из представленных данных у лиц мужского пола заболевае-

мость растет согласно уравнению линейного типа вида y = 0.5836x + 14.293, достоверность $R^2 = 0.8125$; у женщин также наблюдается рост y = 0.4364x + 8.6559, $R^2 = 0.8741$

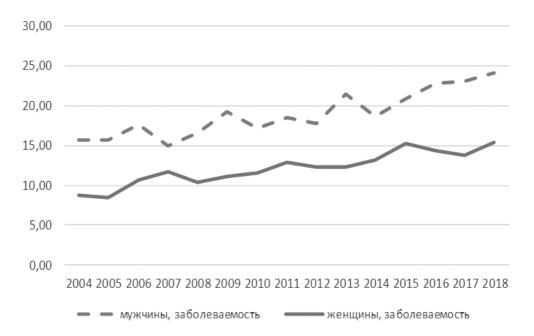


Рис.3. Сравнительная динамика роста заболеваемости раком почки населения Самарской области за 2004-2019 годы. «Грубые» показатели.

Следует отметить, что заболеваемость раком почки женщин ниже, чем у мужчин, динамика роста тоже ниже $(0.4364 \times < 0.5836 \times)$.

Обсуждение полученных данных. В Российской Федерации отмечаются те же тенденции роста. «Грубый» показатель заболеваемости раком почки на 100 тыс. мужского населения в 2014 г. составил 17,96, что немного ниже, чем в Самарской области (18,61). В РФ за период 2004—2014 гг. данный показатель вырос на 38,3 %, что также сравнимо с показателями в Самарской области. «Грубый» показатель заболеваемости раком почки женского населения России в 2014 г. составил 12,85 на 100 тыс., в Самарской области составил 13,19 на 100 тыс. населения; прирост за период 2004—2014 гг. 47,5 %. (Каприн А. Д, 2016, с. 250). Это может быть связано как с внедрением новых технологий визуализации, изменением культуры питания населения, внедрением красителей, добавок, а также постарением населения. Все это требует дальнейшего изучения.

Выводы:

- 7. В Самарской области и Российской Федерации за исследуемый период отмечаются сходные тенденции роста заболеваемости раком почки как у мужского, так и женского населения.
- 8. Заболеваемость у лиц мужского пола растет быстрее (y=0,5836x), чем у лиц женского населения (y=0,4364x). Эта тенденция прослеживается и в приросте абсолютного числа заболевших. У мужчин 33,99%, у женщин 43,28%.
- 9. В среднем, женщины раком почки за исследуемый период болеют реже. Количество заболевших женщин меньше, чем мужчин (43,11%<56,89%).
- 10. Особенности выявленной тенденции роста заболеваемости раком почки в Самарской области требуют активного внедрения современных методов визуализации (УЗИ, КТ, ПЭТ КТ) и повышения их доступности.

Никитина А.О., Азова М.А., Торопова Н.Е.

ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫПОТНЫХ ЖИДКОСТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Выпот в плевральной полости появляется при сердечной недостаточности, туберкулезе и, в том числе, при метастазе в плевру злокачественных опухолей различной локализации. При злокачественных новообразованиях плеврит является следствием метастазирования в плевру и лимфатические узлы средостения. У больных старше 60 лет метастатические опухоли - самая частая причина плеврального экссудата. Из злокачественных опухолей наиболее часто плевральный выпот встречается при раке легкого до 50%, раке молочной железы – до 48%, лимфоме – 26% и раке яичника. При других новообразованиях он выявляется у 1-6% пациентов (рак желудка, кишечника, поджелудочной, предстательной желез, почки и др.). Плевральный выпот – обычное осложнение как лимфомы Ходжкина, так и неходжкинской лимфомы. Злокачественные опухоли являются причиной асцита в 17% случаев, из них: опухоли желудочно-кишечного тракта, включая прямую кишку -34%, опухоли половых органов -27%, рак легкого -14%, лей- κ 03 – 4%, мезотелиома – 3%, саркома, рак почки, рак мочевого пузыря и др. – 18%. У 20% больных асцит связан с опухолевым поражением печени (гепато-целлюлярный рак или метастазы в печень). Открытая биопсия легкого и плевры считается, безусловно, надежным методом диагностики, но обладает существенными недостатками, связанными с возможными осложнениями, и не всегда технически выполнима. Примерно в 14% наблюдений плевральный выпот является первым диагностическим признаком опухоли, а исследование клеточного состава выпота единственно возможным в плане верификации. Иногда лабораторное обнаружение опухолевых клеток в асцитической жидкости предшествует клинической манифестации опухоли на 3 и более года. Исследование экссудатов из серозных полостей является одним из наиболее сложных разделов клинической цитопатологии. Диагностические трудности обусловлены тем, что клеточный состав экссудата при первичных опухолях и метастатических поражениях характеризуется не только клеточными элементами опухоли, но также определяются клетки неизмененного и активированного пролиферирующего мезотелия, который, находясь в жидкой среде, приобретает округлую форму и имитирует признаки атипии. Аналогичную цитологическую картину можно наблюдать при реактивных и воспалительных процессах.

Цель исследования. Провести оценку информативности иммуноцитохимического метода исследования выпотных жидкостей для дифференциальной диагностики новообразований плевры, опухолей метастатического генеза и клеток реактивно-измененного мезотелия на примере клинических случаев

Клинический случай 1. Пациентка Д. 1955 г.р. была направлена в поликлиническое отделение ГБУЗ СОКОД из ЦГБ с диагнозом: внебольничная плевропневмония. Susp. рак левого легкого, КТ от 28.02.2019 г - признаки левостороней полисегментраной пневмонии. Выпот в левой плевральной полости. Рекомендовано: пересмотр цитологических препаратов в ГБУЗ СОКОД. Заключение: Выпот метастатического характера. Повторно пациентка пришла на прием к онкологу с жалобами на кашель сухой, одышку при физической нагрузке. Диагноз: метастатический плеврит. Рекомендовано: ФБС, КТ органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, молочных желез и периферических лимфатических узлов плевральной полости; при наличии жидкости - пункционная биопсия с цитологическим исследованием. Заключение КТ: КТ-картина метастазов в плевру слева, дифференцировать с мезотелиомой. Была проведена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия плевральной полости слева. Цитологическое заключение: выпот метастатического характера. По результатам бронхоскопии: Двусторонний диффузный хронический

атрофический эндобронхит, катаральный эндобронхит 1 степени интенсивности. Биопсия не выполнена из-за отсутствия объекта биопсирования. УЗИ щитовидной железы и УЗИ брюшной полости - без патологии. Пациентка была госпитализирована в торакальное отделение с диагнозом: Опухоль плевры слева, гидроторакс слева. Было проведено интраоперационное цитологическое исследование плевральной жидкости и опухоли плевры с последующим иммуноцитохимическим исследованием плевральной жидкости. Цитограммы исследования плевральной жидкости и опухоли плевры были сходными: скопления умеренно полиморфных злокачественных клеток с обширной цитоплазмой и смещенными ядрами. Цитологически сложно дифференцировать метастаз низкодифференцированной аденокарциномы и мезотелиому. Для иммуноцитохимического исследования плевральной жидкости была выбрана следующая панель антител: TTF-1 ,Thyroglobulin, Ber-EP4, Calretinin, HBME-1, WT-1. Экспрессия TTF-1 и Ber-EP4 - положительная, экспрессия х маркеров - отрицательнаяе. Заключение ИЦХ: иммуноцитохимически данных за мезотелиому не получено. Подобный иммунофенотип может наблюдаться при раке легкого (аденокарциноме). Пациентке было назначено проведение химиотерапии.

Клинический случай 2. Пациентка Ж. 1950 г.р. обратилась в поликлиническое отделение ГБУЗ СОКОД в августе 2019 г. с жалобами на увеличение живота в размерах, боли в животе. По месту жительства прошла УЗИ – признаки выраженного асцита, признаки опухоли левого яичника. В анамнезе киста правого яичника (2000 г.), удалены правые придатки, хронический аднексит. Предварительный диагноз: опухоль левого яичника, асцит. Результаты УЗИ: рак левого яичника, с метастазами в сальник. Асцит. Перитонеальный канцероматоз. Для морфологической верификации выполнили тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию асцитической жидкости; материал отправлен на цитологическое исследование и иммуноцитохимическое исследование. Результат цитологического исследования: выпот метастатического характера. При проведении ИЦХ-исследования были использованы антитела: CA125, CA15-3, ER, WT-1, Ber-EP4, HBME, R.Androgen, PR. Наблюдалась экспрессия: Ber-EP4, HBME-1, CA 15-3, CA125, WT-1, ER слабо положительная в единичных клетках. Заключение ИЦХ: подобный иммунофенотип может соответствовать метастазу рака яичника. Пациентке выставлен диагноз: С56 Рак яичников. Асцит, перитонеальный канцероматоз. Метастазы в большой сальник. Рекомендовано проведение химиотерапии.

Клинический случай 3. Пациент М. 1940 г.р. обратился в октябре 2018 г. в поликлиническое отделение ГБУЗ СОКОД с жалобами на одышку при физической нагрузке, слабость, похудание на 5 кг. Обследования с места жительства: КТ органов грудной клетки – мезотелиома плевры справа. Больной консультирован терапевтом по месту жительства. направлен на дообследование в ГБУЗ СОКОД. Заключение КТ в ГБУЗ СОКОД: КТ-картина диффузной мезотелиомы плевры справа, правосторонний метастатический плеврит, метастазы в медиастинальные и бронхопульмональные лимфоулы справа, лимфоаденопатия подмышечных лимфоузлов справа, susp. метастазы. Заключение бронхоскопии в ГБУЗ СОКОД: двухсторонний диффузный катаральный эндобронхит 1 степени интенсивности. Биопсия не выполнена из-за отсутствия объекта биопсирования. Диагноз Гидроторакс справа. Заключение УЗИ: Эхографические признаки метастазов в над-, подключичные, подмышечные лимфатические узлы справа. Очаговые образования печени, по эхографической картине очаговый фиброз, нельзя исключить метастаз. Правосторонний экссудативный плеврит. Под УЗ - контролем выполнена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия плевральной полости. Материал отправлен на цитологическое исследование. Результат цитологического исследования: среди элементов крови единичные клетки мезотелия, единичные атипичные клетки. Цитологически сложно дифференцировать клетки реактивно измененного мезотелия и выпот метастатического генеза. На приеме онколог назначил пункцию плевральной полости, лимфатичеких узлов и ИЦХ исследование. Результат цитологического исследования: жидкостной компонент, лейкоциты, лимфоциты, единичные, умеренно полиморфные, округлой и отростчатой формы злокачественные

клетки с образованием железисто-подобных структур. При проведении ИЦХ-исследования были использованы антитела: Ber-EP4, HBME-1, Calretinin, WT-1, Виментин, CD15, CEA, ЦК5/6. Наблюдалась экспрессия: HBME-1, Calretinin, WT-1, Виментин. Заключение ИЦХ: Иммунофенотип опухолевых клеток плевральной жидкости может соответствовать мезотелиоме. Пациенту выставлен диагноз: С 38.3 мезотелиома плевры справа. Рекомендовано: Госпитализация в химиотерапевтическое отделение.

Клинический случай 4. Пациентка Ж., 1946 г.р. обратился в январе 2019 г. в поликлиническое отделение ГБУЗ СОКОД с жалобами на кашель с мокротой, слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, периодические боли в поясничном и грудном отделе позвоночника. Рентгенография грудной клетки от 24.10.2018. Заключение: Susp. Метастазы в кости скелета грудной клетки, легкие, лимфатические узлы корней легких, двусторонний метастатический плеврит. Диагноз: С50.2 Рак правой молочной железы рТ2N1M0, 2 Б стадия (27.10.2011 г радикальная резекция правой молочной железы) ПХТ 4ц, ДГТ. прогрессия процесса в 2016 г в виде метастазов в кости. ДЛТ в апреле 2016г, терапия бисфосфанатами, ПХТ. Отрицательная динамика в костях, грудной полости, Susp. метастазы в легкие, лимфатические узлы корней легких, двусторонний метастатический плеврит. Рекомендовано в СОКОД: УЗИ плевральных полостей с пункцией (проставление меток), ИЦХ-исследование. Результаты КТ: метастазы в легкие, медиастинальные лимфоузлы. Множественные метастазы в кости. Метастазы в забрющинные лимфоузлы. Правосторонний гидроторакс. Левосторонний плевральный выпот. Результаты УЗИ: метастазы в забрюшинный лимфатический узел. Susp. метастазы в надключичные лимфатические узлы слева, пункция технически невыполнима. Правосторонний метастатический плеврит. Незначительный выпот в плевральной полости слева. Под УЗ - контролем выполнена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия плевральной полости справа. Материал отправлен на цитологическое исследование и иммуноцитохимическое исследование. Результат цитологического исследования: реактивно-измененные клетки мезотелия, небольшие группы слабо полиморфных клеток округлой формы с образованием железистоподобных структур. Цитологически сложно дифференцировать реактивно-измененные клетки мезотелия и клетки метастатического генеза. При проведении ИЦХ-исследования были использованы антитела: Ber-EP4, Calretinin, CEA, Vimentin, ЦК 7. Наблюдалась экспрессия: Calretinin, Vimentin, ЦК 7 (в клетках мезотелия). Заключение ИЦХ: убедительных иммуноцитохимических данных за выпот метастатического характера не получено. Пациентке рекомендована симптоматическая терапия по месту жительства. Адекватное поэтапное обезболивание. Торакоцентез по месту жительства.

Заключение. Исследование выпотных жидкостей является важным лабораторным методом, достоверный результат которого, позволяет лечащему врачу ориентироваться в характере патологического процесса, а в ряде случаев выяснить его этиологию. Цитологичекое и иммуноцитохимическое исследования выпотных жидкостей могут быть решающим при постановке диагноза. В случаях, когда наличие выпотных жидкостей является единственным клиничексим проявлением заболевания, только цитологическое и иммуноцитохимическое исследования помогают установить этиологию выпота. Сложности дифференциальной диагностики первичных злокачественных опухолей серозных оболочек (мезотелиом), метастатических поражений плевры и брюшины, реактивно-воспалительных и других патологических процессов, сопровождающихся накоплением жидкости в серозных полостях, могут быть преодолены при применении современных иммуноцитохимических методов. Благодаря использованию панели иммуноцитохимических маркеров при исследовании плевральных и перитонеальных экссудатов удается выявить немногочисленные злокачественно трансформированные клетки, отличить их от измененных клеточных элементов неопухолевой природы.

Никитина А.О., Торопова Н.Е., Трухова Л.В., Морошкина Г.П.

ИММУНОЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ МЕТАСТАЗОВ МЕЛАНОМЫ ИЗ НЕВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Меланома — одно из самых агрессивных злокачественных заболеваний, которое развивается крайне стремительно и дает быстрые метастазы. Заболеваемость меланомой быстро возрастает в течение последних десятилетий. Прирост заболевания меланомой в мире составляет 5% в год. Согласно официальной статистике ежегодно в России диагностируют до 9000 новых случаев заболевания меланомой. В силу того, что меланома быстро дает метастазы, примерно 40% заболевших не удается спасти из-за поздней постановки диагноза, в то время как при раннем обнаружении меланома излечима в 90% случаев. Меланома опухоль нейроэктодермального происхождения, возникает из меланоцитов в тканях, содержащих пигмент. Меланомы возникают преимущественно на коже, но также могут развиваться и на слизистых оболочках полости рта, желудка и пищевода, области гениталий, ректальной области и конъюнктиве. Меланомы также могут развиваться в сосудистой оболочке глаза, лептоменинксе (мягкой или паутинной оболочках мозга) и в ногтевом ложе. Меланома может развиться как на неизмененной коже (de novo), так и на фоне меланоцитарного невуса. Верификация меланомы и ее метастазов остается одной из наиболее сложных задач для онкоморфолога.

Клинический случай 1. Пациент М. 1956 г.р. был обследован в ГБУЗ СОКОД в г. Сызрань в мае 2018 г.. Результаты КТ органов грудной клетки: «КТ картина периферических образований обеих верхних долей легких, больше соответствует туберкулезу, нельзя исключить метастазы в легкие». Пациент обратился в поликлиническое отделение ГБУЗ СО-КОД г. Сызрань с жалобами на периодический кашель. Онкологм на приеме рекомендовано КТ органов грудной клетки с болюсным усилением, ФБС + биопсия в ГБУЗ СОКОД г. Самары. Предварительный диагноз: периферическое образование верхних долей обоих легких. Заключение бронхоскопии в ГБУЗ СОКОД: Двусторонний диффузный хронический атрофический эндобронхит, катаральный эндобронхит 1 степени интенсивности. Выполнена браш-биопсия из бронхов S 2 правого легкого. Цитологическое заключение: Пролиферация эпителия бронхов. В июле 2018 г. пациент М. был направлен в поликлиническое отделение ГБУЗ СОКОД г. Самара для консультации СD-диска. Заключение: КТ картина периферического рака верхней доли правого легкого с метастазами в левое легкое (верхняя и нижняя доли). Лимфоаденопатия единичного медиастинального лимфоузла, susp. метастаз. Эмфизема легких, диффузный пневмофиброз. Назначена трансторакальная биопсия образования легкого для проведения цитологического и иммуноцитохимического исследований. Заключение по результатам цитологического исследования: злокачественная опухоль из преимущественно разрозненных клеток с нечётко выраженным внутриклеточным пигментом. Скопления макрофагов. Цитологически нельзя исключить метастаз меланомы. При постановке ИЦХ исследования была выбрана следующая панель антител: ЦК 116, CD 45, S 100, Vimentin, Melan A, TTF-1. Экспрессия S 100, Melan A, Vimentin-положительная, другие маркеры не экспрессируются. Заключение по результатам иммуноцитохимического исследования: подобный иммунофенотип может соответствовать меланоме. По результатам диагностических исследований пациенту назначено проведение химиотерапии по месту жительства в г. Сызрань в период 2018- 2019 гг. и иммунотерапии с 02.2019.

Клинический случай 2. Пациентка Д. 1975 г.р. обратилась в поликлиническое отделение ГБУЗ СОКОД в мае 2019г. с жалобами на образование в левой молочной железе. Предварительный диагноз: ФКМ. Узловая форма слева (киста? Фиброаденома?). Рекомендовано УЗИ молочных желез с пункцией под УЗ- контролем. Результаты УЗИ молочных желез: Фиброзно-кистозная мастопатия. Образование левой молочной железы дифферен-

цировать фиброаденому и рак. Для морфологической верификации выполнили тонко-игольную аспирационную пункционную биопсию образования молочной железы; материал отправлен на цитологическое исследование. Результат цитологического исследования: злокачественная опухоль из резко полиморфных, преимущественно разрозненных, округлой формы клеток с нечетко выраженным внутри-цитоплазматическим пигментом с многочисленными гемосидерофагами. Цитологически сложно дифференцировать рак из анаплазированных клеток и меланому. На приеме онколог назначил проведение трепанобиопсии левой молочной железы с проведением ИГХ. Проведена трепанобиопсия. Результата гистологического исследования: среди некротической ткани комплексы злокачественной опухоли солидного строения (карцинома? лимфома?). Заключение ИГХ исследования: гистологическая картина и иммунофенотип соответствуют метастазу беспигментной меланомы. По результатам диагностичеких исследований пациентке назначена химиотерапия.

Клинический случай 3. Пациентка Ф. 1970 г.р. обратилась в поликлиническое отделение ГБУЗ СОКОЛ в декабре 2018г. с жалобами на опухоль в паховой области справа. кровь в стуле. Предварительный диагноз: Метастаз без перивично выявленного очага? Назначено дообследование: пункция под узи-контролем лимфоузлов, ирригоскопия, осмотр гинеколога, узи малого таза, молочных желез, лимфоузлов шеи, кровь на СЕА, СА 242, СА19-9, AFP, SCC, CA 125, рентгенография легких. После проведенного обследования выявлено: метастаз в периферические лимфатические узлы, аденомиоз, эндометриоидные кисты шейки матки, фиброзно-кистозная мастопатия, патологии со стороны легких не выявлено, ирригоскопия, маркеры опухолевого роста в норме. Учитывая данные УЗИ для морфологической верификации была проведена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия лимфатического узла в паховой области. Результат цитологического исследования: Среди элементов крови разрозненные злокачественные клетки округлой формы, умеренно полиморфные, без видимого цитоплазматического пигмента, возможно, меланома. Пациентке рекомендовано проведение ПЭТ – КТ. Результат: очаги гиперфиксации в правом яичнике и теле матки - дообследование для исключения органической патологии. При осмотре на коже паховоой области справа, обнаружено образование на ножке, телесного цвета. Взят мазок отпечаток. Результат цитологического исследования: Элементы крови, роговые чешуйки. Диагноз онколога на приеме: Susp лимфома с поражением перифирических л\у. Рекомендована госпитализация в отделение общей онкологии. При проведении УЗИ – исследования брюшной полости в отделении обнаружен асцит, эхографические признаки метастатической инфильтрации сальника, нельзя исключить перитонеальный карциноматоз, не исключается опухоль яичника. Пациентке выполнена пункция дугласова пространства через задний свод. Полученный материал отправлен на срочное цитологическое исследование. Заключение: Единичные атипичные клетки неясного генеза на фоне элементов крови. Материал, полученный при тонкоигольной пункционно - аспирационной биопсии большого сальника отправлен на цитологическое и иммуноцитохимическое (ИЦХ) исследование. Результат цитологического исследования: Клетки реактивно изменённого мезотелия и единичные атипичные клетки неясного генеза. При проведении ИЦХ- исследования были использованы антитела: ЦК 116-MNF116, Dako; Ber-EP4- Ber-EP4, Dako; HMB45-HMB 45, Dako; MelanA-A 103, Dako; WT-1-6F-H2, Dako; Calretinin-DAK-Calret 1, Dako. Наблюдалась экспрессия: ЦК 116- положительная в части клеток, HMB45, MelanA. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ИЦХ: Подобный иммунофенотип может соответствовать меланоме. Пациентке выставлен диагноз: С97 метастазы меланомы в паховые лимфатические узлы из невыявленного очага. Асцит. Рекомендовано проведение химиотерапии, но с учетом тяжести состояния назначено симптоматическая обезболивающая терапия по месту жительства.

Вывод: Диагностика метастазов меланомы без первичного очага затруднительна в связи с схожестью морфологической картины с другими злокачественными новообразованиями (рак, лимфома). Проведение иммуноцитохимического исследования позволяет верифицировать метастазы меланомы из невыявленного первичного очага.

Николаенко А.Н., Хобта Р.В., Иванов В.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ

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

Хирургическое лечение больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями трубчатых костей кисти является не столько онкологической, сколько ортопедо - онкологической проблемой, так как удаление опухолевых очагов в пределах здоровых тканей предусматривает последующее восстановление анатомической целостности и функции оперированной конечности, что должно осуществляться с соблюдением современных принципов ортопедии. На современном этапе развития техники и технологий функция кисти должна быть восстановлена максимально, так как для управления различными механизмами требуются зачастую строго выверенные, дозированные движения.

Преимущественно доброкачественный характер новообразований в трубчатых костях кисти позволяет применять органосохраняющие способы оперативного лечения. Такие операции, как экзартикуляция и ампутация пальцев кисти, применяются крайне редко. Однако, мнения ученых в отношении способов оперативного лечения и замещения пострезекционных дефектов трубчатых костей кисти расходятся. Органосохраняющие оперативные вмешательства требуют поиска оптимальных способов замещения пострезекционных костных дефектов. Выбор пластического материала для замещения дефектов трубчатых костей кисти, образующихся после радикальною удаления очага, остается актуальным и дискутабельным. До настоящего времени не определены рациональные методы оперативного вмешательства и не обоснован выбор наилучшего пластического материала, что способствует сохранению высокого процента неудовлетворительных результатов, в пределах 2,9% - 15,9%.

Мнение о пластике пострезекционных дефектов трубчатых костей кисти аутотрансплантатами, обладающими по сравнению с аллотрансплантатами более выраженными остеоинтегрированными свойствами, имеют большинство сторонников.

В настоящее время в реконструктивной хирургии отдается предпочтение реплантатам резистентным к инфекции, аутоиммунной агрессии организма, способным к полной органотипической перестройке в процессе ремоделирования костной ткани. Всем перечисленным требованиям соответствуют васкуляризированные аутотрансплантаты. Вместе с тем, использование кровоснабжаемых аутотрансплантатов на сосудистой ножке, методик несвободной костной пластики по Г.А. Илизарову для замещения пострезекционных дефектов коротких трубчатых костей проблематично из-за малых величин объектов, трудоемкости остеосинтеза, а в ряде случаев его невозможности. Особенностью хирургического лечения доброкачественных и опухолеподобных поражений коротких трубчатых костей кисти является то, что образующиеся дефекты являются в абсолютных числах небольшими, однако, в относительных величинах они составляют до 100 % потери костной ткани. Недостатком аутотрансплантации является дополнительная операционная травма, при этом, возможны осложнения в виде формирования отека, гематомы и абсцедирования.

В идеале материалы для восстановления костной ткани должны обладать целым комплексом свойств, среди которых важное значение имеют остеоиндуктивность, скорость биорезорбции, архитектоника материала (степень пористости, размер пор, степень их взаимосвязанности), микрорельеф поверхности (шероховатость) и т.д. Перечисленные свойства материалов обеспечивают адгезию на них клеток и последующую клеточную экспансию, дифференцировку, васкуляризацию имплантата, а также его взаимодействие с окружающими тканями.

Использование для пластики пострезекционных дефектов трубчатых костей кисти синтетических материалов начато с 80-х годов XX столетия. Предложено множество различных биологических трансплантатов, органических, неорганических синтетических материалов для замещения остаточных костных дефектов. Однако, одни из них малоэффективны, другие малодоступны, третьи технически сложны в заготовке и использовании или требуют повторного оперативного вмешательства для их извлечения. Существуют несколько клинических примеров использования синтетических трансплантатов.

С 90-х годов XX века в клиниках апробируются и используются различные варианты биокерамических материалов, полученных высокотемпературным спеканием гидроксиапатита (ГА) - Ca10(PO4)6(OH)2, который считается стехиометрическим аналогом минеральной составляющей костной ткани человека. Биокерамика на основе ГА является биосовместимой, однако, она медленно резорбируется, вследствие чего не полностью замещается новообразованной костной тканью, а оказывается как бы «вмурованной» в нее. То есть, остеозамещающие материалы на основе ГА не позволяют добиться образования правильно организованной костной ткани, а несоответствие скорости их биорезорбции со скоростью остеогенеза в зоне дефекта приводит в конечном итоге к выполнению объема дефекта тканью с недостаточными прочностными свойствами.

Немало важным аспектом в хирургическом лечении доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний трубчатых костей кисти является выполнение этапа остеосинтеза. Так как развитие опухоли в костях подразумевает нарушение состава и дифференцировки тканей и как следствие снижение механической прочности. Переломы костей возникают в результате нагрузки, при которой возникает угловое ускорение и центростремительная сила, действующая перпендикулярно оси кости, под действием приложенной силы к кости происходит деформация изгиба и точечная усталость. Анализ результатов показал, что восстановление прочности кости и устойчивости к деформации достигается в результате выполнения этапа остеосинтеза при оперативном лечении больных с опухолями костей. При этом металлоконструкция играет роль шинирования кости за счет компрессии, поддержки, перемыкания и защиты.

В настоящее время среди травматологов - ортопедов широко распространено мнение, что краевая резекция у больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями трубчатых костей кисти обеспечивает наиболее безупречный результат. Но даже при выполнении обширных иссечений, вплоть до сегментарных резекций, возможны случаи повторного роста опухолевой ткани. А параллельно возникшая проблема замещения пострезекционных дефектов послужила поводом для разработки способа обработки костной полости и поиска подходящего по всем параметрам пластического материала.

Выводы. Таким образом, значительная частота патологии, анатомо-топографические особенности кисти, многообразие форм доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний трубчатых костей кисти, высокие функциональные требования к кисти как органу, отсутствие единой точки зрения в отношении выбора оптимальной хирургической тактики и способов замещения дефектов кости свидетельствуют об актуальности данной работы и послужили темой для дальнейших исследований.

Николаенко А.Н., Хобта Р.В., Иванов В.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ

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

Травматизм и заболевания опорно-двигательной системы занимают второе место среди причин временной нетрудоспособности населения и третье среди причин инвалидности и смертности. Эффективным методом лечения данной категории больных является эндопротезирование. В современной травматологии и ортопедии наметилась тенденция движения к персонифицированному эндопротезированию. При этом, применение титановых сплавов для изготовления эндопротезов позволит наиболее полно реализовать такие важнейшие преимущества как наилучшую биологическую совместимость и высокую коррозионную стойкость, сравнительно низкий модуль упругости и хорошую механическую совместимость с костными структурами, высокую удельную прочность и выносливость.

Разработки эндопротезов ведутся по различным направлениям конструктивного исполнения элементов имплантата, способов фиксации, использования различных материалов, разнообразных видов обработки поверхности имплантатов, что позволяет оперирующим хирургам выбирать из широкого спектра моделей продукцию, наиболее подходящую к индивидуальным особенностям конкретного пациента.

К современным конструкциям имплантатов предъявляются повышенные требования по надежности и функциональным свойствам. Материалы должны обладать высокой коррозионной стойкостью, иметь сравнительно низкий модуль упругости, высокую удельную прочность, усталостную устойчивость, стабильность фиксации и биосовместимость. В настоящее время в травматологии и ортопедии широко используются нержавеющие стали, кобальто - хромовые сплавы, в том числе титан и титановые сплавы.

К преимуществам нержавеющих сталей и хром - кобальтовых сплавов относятся прочность и высокий модуль упругости. Однако, при вживлении в организм, имплантаты, изготовленные из нержавеющих сталей или кобальтовых сплавов, могут оказывать местное раздражающее действие на ткани. Это приводит к постепенному отторжению имплантата. Эти сплавы токсичны для окружающих тканей и могут вызывать аллергические реакции.

Титан, напротив, инертен в отношении окружающих тканей. Он очень мало ионизирует в физиологических растворах, продукты его коррозии не токсичны, кроме того, они не распространяются по всему организму, концентрируясь вблизи имплантата. Наличие тонкой окидной пленки, образующейся на поверхности титана и его сплавов, обеспечивает защиту металла от коррозии во многих средах, в том числе, и в физиологических. В этих условиях указанные материалы стойки не только к общей, но и к различным видам локальной коррозии, чего нельзя сказать о нержавеющих сталях.

Другой немаловажный аспект изготовления и установки индивидуальных протезов – длительность и стоимость производства самого эндопротеза. Использование CAD/CAE/CAM-технологий проектирования и производства позволяет значительно сократить этапы подготовки производства персонифицированных имплантатов.

Для создания математических трехмерных моделей элементов эндопротеза необходимы габаритные размеры и подробная геометрия формы костей пациента. От этих элементов зависит конфигурация имплантата и соответственно фиксирующие элементы. Для получения 3D-моделей можно применять как обычные рентгеновские снимки, так и результаты компьютерной томографии.

Существующие методы быстрого прототипирования работают по следующей схеме: построение виртуальной трехмерной модели в какой-либо системе трехмерного проектирования (UG NX), автоматическое построение поддерживающих элементов для нависаю-

щих элементов, считывание трехмерной модели в формате stl*, разбиение модели на множество сечений, параллельных базе, создание физической модели на исполнительном механизме.

Эндопротезирование как отрасль медицины в современных условиях развивается ускоренными темпами благодаря ее возможностям полного восстановления нарушенных либо утраченных функций органов и систем организма. Это достигается за счет применения имплантатов -медикотехнических изделий из небиологического материала, контактирующих с биологической средой в течение продолжительного времени.

Выпускаемые в настоящее время и используемые в травматологии и ортопедии эндопротезы являются унифицированными, т. е. стандартизированные, разных размеров, но одинаковой формы. Это накладывает серьезные ограничения на применение имплантации в сложных клинических случаях. Выходом из положения может стать применение персонифицированных, сложно профильных имплантатов, спроектированных и изготовленных с использованием современных технологий быстрого прототипирования.

Общие тенденции развития аддитивных технологий в медицине заключаются в следующем: снижение стоимости прототипов и оборудования, уменьшение сроков изготовления моделей без потери качества, применение новых материалов, обеспечивающих стабильность свойств прототипа с течением времени (требуемая твердость, ударная вязкость, усадка и т.д.).

Таким образом, в современной травматологии и ортопедии наметилась тенденция движения к персонифицированному эндопротезированию. При этом, применение титановых сплавов для изготовления эндопротезов позволит наиболее полно реализовать такие важнейшие преимущества как наилучшую биологическую совместимость и высокую коррозионную стойкость, сравнительно низкий модуль упругости и хорошую механическую совместимость с костными структурами, высокую удельную прочность и выносливость. Реализация высокого комплекса эксплуатационных свойств эндопротезов может быть достигнута выбором (на этапе проектирования) оптимальных технологий производства, в частности, методов и режимов формирования структуры и обработки поверхности эндопротезов.

Новосадова Т.О., Манькова Е.А.

ПАЦИЕНТ - ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТА

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Современные системы здравоохранения всего мира немогут быть эффективными, если они ставят воглаву угла непациента, аболезнь.Пациент - ориентированный подход свидетельствует отом, что необходимость активного вовлеченияпациентов влечебно-диагностический процесс и стремление кповышению приверженности его клечению, отказу от вредных привычек и введению самоконтроля здоровья, является целевой программой всей лечебной системы вцелом, данное обстоятельство свидетельствует об актуальности выбранной темы.

Система здравоохранения, главным методом которой являетсяпациент - ориентированный подход в организации лечения, должна основываться на следующих пяти принципах: уважение, выбор и расширение прав и возможностей, вовлечениепациентов разработку политики здравоохранения, доступ и поддержка, информация.

Принципы пациент – ориентированного подхода

- 1. Уважение. Пациентыи те, кто за ними ухаживает, имеют фундаментальное право напациент ориентированноездравоохранение, которое уважает ихличные нужды, предпочтения и ценности, атакже их право на выбори независимость.
- 2. Выбор и расширение прав и возможностей. Пациентыимеют право участвовать по мере своих сил ивозможностей вкачестве партнера впринятии решений по вопросам здравоохранения, влияющим на их жизнь, и несут за это ответственность.
- 3. Вовлечениепациентов разработку политики здравоохранения. Пациенты должны иметь право участвовать впринятии решений вобласти здравоохранения, активно и сознательно вовлекаться впроцесс принятия решений на всех уровнях и таким образом создавать ситуацию, когдапациентстоит вцентре проблемы.
- 4. Доступ и поддержка. Пациентыдолжны иметь право пользоваться услугами здравоохранения, отвечающими состоянию их здоровья. Это подразумевает доступ кбезопасным, качественным и соответствующим состояниюпациентовуслугам, лечению, превентивной терапии и оздоровительным мероприятиям.
- 5. Информация. Точная, существенная и доступная информация важна для того, чтобыпациентыи те, кто за ними ухаживает, могли сделать ответственный выбор лечения и жизни сболезнью. Информация должна преподноситьсяпациентам всоответствующем формате, учитывая уровень грамотности, состояние, язык, возраст, понимание, способности и культуру.

Современная медицина все настойчивее старается уходить от патерналистской модели вработе спациентами, все больше придерживаясь пациент - центрированного подхода. Сегодняпациент— активный участник лечебно-диагностического процесса, в котором он играет важную роль. Важным аспектом становится готовностьпациентак сотрудничеству сврачом и выполнению его рекомендаций. Концепция пациент - ориентированного подхода является ключевым элементом качества оказания медицинской помощи.

Стратегию ориентированности на интересы пациента не следует путать с повышением внимания к соблюдению пациентами режима лечения. Подлинная, ориентированная на интересы пациента стратегия означает понимание опыта заболевания пациента, а именно того, что отдельный пациент ценит, в чем нуждается, и что, скорее всего, получится при положительном результате лечения. Со стороны пациента требуется активное участие в процессе диагностики и лечения. Очень важно, чтобы пациент своевременно сообщал медицинским специалистам всю информацию, необходимую для постановки диагноза и лечения.

Роль медицинской сестры в организации пациент - ориентированного подхода в отделении функциональной диагностики.

Медицинская сестра функциональной диагностики должна иметь общие знания по вопросам: организации медицинской помощи населению, положения санитарно-противо-эпидемического режима, правила техники безопасности, правила оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе, морально-правовые аспекты деятельности медсестры и основы трудового законодательства, ведение медицинской документации и архива. Кроме того, медсестра этой специальности должна иметь специальные знания: основные сведения по анатомии и физиологии сердечно - сосудистой, дыхательной и центральной нервной системы. Она должна знать:

- значение методов функциональной диагностики;
- заболевания сердечно сосудистой, дыхательной и центральной нервной систем;
- основные методы исследования функции указанных систем;
- -возможные осложнения при проведении исследований и функциональных проб;
- меры по их профилактике и принципы оказания первой помощи;
- виды и типы, принципы устройства;
- способы эксплуатации, устранение важнейших неполадок;
- -технику регистрации, нормативы и изменения важнейших показателей.

В своей работе, в отделении функциональной диагностики, для проведения исследования первоочередной задачей медицинская сестра ставит подготовку пациента к предстоящему исследованию, объясняет **Цель исследования**, порядок и продолжительность его проведения, возможный сопутствующий исследованию, дискомфорт, информирует пациента о необходимости проведения адекватной физической нагрузки.

Рассмотрим пациент - ориентированный подход в процессе регистрации электрокардиограммы: медицинская сестра предупреждает пациента о том, что во время процедуры он должен быть спокоен; оповещает пациента, что дыхание должно быть ровным, не учащённым; если пациент испытывает волнение или тревогу, она успокаивает пациента, объясняет безопасность и безболезненность манипуляции в ходе проведения процесса.

В большинстве случаев в своей практической деятельности, медицинская сестра функциональной диагностики самостоятельно проводит регистрацию электрокардиограммы, электроэнцефалограммы, проводит спирометрическое исследование, устанавливает регистраторы для холтеровского мониторирования и суточного мониторирования артериального давления.

В своей медицинской практике медицинская сестра ориентируется в результатах проведенной диагностики, принимает решение о тактике ведения пациента в отсутствие врача. И понимает, что при проведении электроэнцефалографии может развиться судорожный приступ, при проведении спирометрии — бронхоспазм, при нагрузочных тестах — повышение артериального давления, приступ стенокардии, коллапс и другие нарушения. При возникновении подобных неотложных состояний медицинские сестры функциональной диагностики могут оперативно оказать неотложную доврачебную помощь, позвать на помощь врача и реанимационную бригаду.

Каждый человек имеет фундаментальное право на такое здравоохранение, которое уважает его личностные ценности и приоритеты, помогает сохранить здоровье и качество жизни на максимально достижимом уровне.

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

ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В Г.О.САМАРА

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) является одной из самых распространенных опухолей у женщин и главной причиной смертности женщин среднего возраста в экономически развитых странах. Проблема рака молочной железы не менее актуальна и России. РМЖ занимает 1-е место среди всех злокачественных опухолей у женщин в Р Φ – 21,1%, при этом наибольший удельный вес в возрастной группе 30-59 лет (16,1%) т.е. пациенток, находящихся в трудоспособном и социально активном возрасте. В Самарской области картина заболеваемости РМЖ складывается следующим образом. В 2018 году диагноз РМЖ впервые поставлен 1600 женщинам, на учете с данным диагнозом на конец отчетного года находилось более 17 тысяч больных. У большинства больных заболевание было выявлено на ранних стадиях: І – 31,2%, ІІ – 48%. Точные причины возникновения РМЖ неизвестны, однако выявлен целый ряд предрасполагающих факторов, которые повышают вероятность возникновения этой патологии. В развитии РМЖ одну из ключевых ролей играют нарушения в эндокринной системе (ожирение, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, дисгормональная гиперплазия молочных желез), а также гипертония и заболевания печени. Кроме того, выделяют факторы, характеризующие функциональное состояние репродуктивной системы организма. Известно, что риск развития заболевания повышают раннее начало менархе и поздняя менопауза, поздняя беременность или неспособность к деторождению, прием пероральных контрацептивов более 4 лет до наступления первой беременности. Кроме того, существенную роль в развитии заболевания играет и отягощенный семейный анамнез. И конечно, определенную роль в развитии РМЖ играют экзогенные факторы, такие как курение, химические канцерогены, ионизирующая радиация, избыточное потребление животных жиров и высококалорийная диета.

Актуальность. Удельный вес злокачественных новообразований (ЗНО) в структуре смертности женского населения составил 14,7%. Потери от ЗНО в репродуктивном возрасте (20-44 года) в женской популяции составили 17,3%. В структуре смертности женщин наибольший удельный вес имеют ЗНО молочной железы (16,4%).

Цель работы. Изучение предрасположенности к раку молочной железы в г.о.Самара. Для проведения исследования использовались методы анкетирования и метод статистической обработки данных.

Материалы и метод. Всего было проведено анкетирование 150 человек, с использованием разработанной анкеты. Участвовали женщины 100 %. Следует отметить и то, что в анкетирование принимали участие респонденты разных возрастных групп. Так 47% опрошенных относятся к возрастной группе до 30 лет, 53% - респонденты в возрасте старше 30 лет. Респондентам, принимавшим участие в опросе, было предложено ответить на ряд вопросов анкеты.

- 1. Были ли в Вашей семье случаи онкологических заболеваний молочных желез? Только 10% из опрошенных ответили положительно на данный вопрос.
- 2. Менструация началась до 11 лет? Положительно ответили на данный вопрос 8% респондентов.
 - 3. Первые роды в возрасте 30-35 лет? Положительно ответили 47% опрошенных
- 4. Было ли у Вас неоднократное искусственное прерывание беременности? Положительно ответили 20% опрошенных.
- 5. Были ли у Вас операции на молочной железе, травмы молочной железы? Ответили положительно 2,5%.
 - 6. Курите ли Вы? 47% респондентов положительно ответили на данный вопрос.

- 7. Имеете ли Вы избыточную массу тела? Избыточная масса тела имелась у 18% опрошенных.
- 8. Вы проводите самообследование молочных желез 1 раз в месяц? 83% респондентов ответили положительно.
- 9. В течение 2-х лет Вы не проходили врача-маммолога? 65% опрошенных не проходили в течение 2-х лет врача-маммолога.
- 10. В течение 2-х лет Вы не делали УЗИ молочных желез с профилактической целью? 62% респондентов в течение 2-х лет не делали УЗИ молочных желез с профилактической пелью.

Результаты исследования. Анкетирование является простым, доступным и эффективным методом получения информации. Было проанализировано 150 анкет. Большинство опрошенных были в возрастной группе старше 30 лет. Благодаря публикациям в газетах, журналах, телевизионным передачам, большинство женщин знает о проблеме рака молочной железы. Однако значительная часть женщин не владеет информацией об основных фактах относительно этого заболевания: основных причинах возникновения, ранних признаках и симптомах, методах диагностики.

В нашем исследовании 47% респонденток имеют вредную привычку – курение. Соответственно, у них увеличивается риск развития РМЖ, т.к. при воздействии никотина происходит повышенная выработка гормона эстрогена, который играет немаловажную роль в развитии РМЖ.. 83% женщин, принявших участие в анкетировании знают и проводят самообследование молочных желез 1 раз в месяц и 17% респонденток не знают о практике самообследования и не проводят его. 65% опрошенных не проходили в течение 2-х лет врача-маммолога и 62% респонденток в течение 2-х лет не делали УЗИ молочных желез с профилактической целью. Соответственно большинство женщин не своевременно обращаются к врачу-маммологу и не проходят комплексного обследования молочных желез. Из этого можно сделать вывод, что женщины небрежно относятся к своему здоровью. Ничего не беспокоит – значит проблемы нет.

Заключение. Для улучшения диагностики РМЖ необходимо усиление санитарнопросветительской работы среди населения с разъяснением необходимости прохождения профилактических осмотров и диспансеризации.

Орлов А.Е., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П., Ламонов М.С., Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л.

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РАСЧЕТА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Цель исследования - разработать математическую модель и программу для ЭВМ по расчету эффективности неоадъювантной химиотерапии с включением антракциклинов у больных с диагнозом трижды негативный РМЖ.

Материал и методы. Проведено исследование результатов неоадъювантной химиотерапии по схеме с включением антрациклинов у 98 больных с диагнозом трижды негативный РМЖ. Средний возраст больных 51,43±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 неоадъювантном режиме проведено 4-8 циклов химиотерапии, после чего выполнена операция.

В модель были включены 98 пациентов с диагнозом трижды негативный РМЖ II-III стадии, которым проводилась неоадъювантная 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 неоадъювантной химиотерапии у больных с диагнозом трижды негативный РМЖ выглядит следующим образом: $P = 1/(1+2,71^{-F})$, где $F = 4,56-4,1X_1-0,15X_2+1,78X_3$. Чувствительноть 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 расчитать эффективности неоадъювантной химиотерапии у больных с диагнозом РМЖ. «Расчет эффективности неоадъювантной 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), рСR = 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 неоадъювантной химиотерапии по схеме с включением антрациклинов. В результате данная разработка дает возможность правильно подобрать схему лечения больных с диагнозом трижды негативный рак молочной железы.

Орлов А.Е., Каганов О.И., Габриелян А.Г., Постников М.А., Кириллова В.П., Шурыгина О.В.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак слизистой оболочки рта (СОР) составляет 40% от всей заболеваемости рака головы и шеи и 1-3.5% в структуре всех злокачественных опухолей, занимая второе место после рака гортани. В самарской области на долю рака слизистой полости рта в 2018 году приходится 2.4% из всех злокачественных новообразований. В 2018 году в РФ было зарегистрировано 9518 впервые выявленных случаев рака слизистой полости рта, из них около 62% с 3-4 стадией. Одногодичная летальность в 2018 году в РФ составила 34,2%. (Каприн А.Д. и соавт., в 2018г.).

Цель работы. Изучить заболеваемость и выживаемость рака слизистой полости рта по Самарской области

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ статистических данных заболеваемости и выживаемости больных с диагнозом рак слизистой полости рта в Самарской области за 5 лет в период с 2014 по 2018 гг. Оценивались такие показатели как: доля и удельный вес с начальными и запущенными формами рака слизистой полости рта, динамика заболеваемости, одногодичная летальность. Выполнен анализ дефектов и причин запущенности рака полости рта за 2017 г.

Результаты. В 2014 году взяты на учет 154 человека с злокачественными новообразованиями СОР из них 7.8% активно выявленных, в 2018 году — 176 человек, активно выявленных 9.5%, причем прирост составил 14,3 %, удельный вес с 1-2 стадией в 2014 году - 46,6%, в 2018 -37,7%, с 3-4 стадией в 2014-52,8%, в 2018-61,3%. Динамика заболеваемости с злокачественными новообразования полости рта в период с 2014 по 2018 составила 4.7 и 5.5 на 100 тыс. населения. Одногодичная летальность в 2014 -39,2%, в 2018 –37,2 %. Из79 запущенных пациентов раком слизистой полости рта в 2017 году, на долю скрытого течения приходилось 8.9%, несвоевременное обращение 38%, дефектов 53%. При анализе дефектов более 70 % связаны с проведением онкоосмотров и дифференциальной диагностикой.

Выводы. Таким образом, рост заболеваемости, запущенных форм и одногодичной летальности больных раком слизистой полости рта а Самарской области. Наличие высокого процента дефектов допущенных на первичном звене, ставит перед онкологической службой $P\Phi$, ряд задач для ранней диагностики, в том числе разработку оптимальных алгоритмов обследования пациентов на приме у врача первичного звена.

Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И., Постников М.А., Воздвиженский М.О., Осокин О.В., Махонин А.А., Габриелян А.Г.

ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОБОСНОВАНИЕ ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

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

Актуальность. Опухоли слюнных желез, по данным исследований отечественных и зарубежных авторов, составляют 3 % от всех опухолей организма, это 2-4 % всех опухолей головы и шеи. Новообразования околоушных слюнных желез занимают 1-3 % от всех опухолей головы и шеи. Среди новообразований околоушных слюнных желез наиболее часто встречаются доброкачественные опухоли (75-80%). Самым распространенным доброкачественным новообразованием является плеоморфная аденома (70-93%). Чаще всего плеоморфная аденома диагностируется у женщин 30-60 лет. В 4-10% случаев встречаются рецидивы. Уровень заболеваемости, по данным литературы, за последние десять лет возрос на 40%. Основной проблемой в хирургии околоушной слюнной железы остаются рецидив опухоли и осложнения со стороны лицевого нерва

Цель работы. Улучшить результаты хирургического лечение. Снизить количество послеоперационных осложнений. Оценить адекватность частичной поверхностной паротидэктомии при хирургическом лечении пациентов с плеоморфной аденомой околоушной железы.

Материалы и методы. Исследовательская группа включала 38 женщин и 24 мужчины, средний возраст которых составлял 50 лет. Предоперационный диагноз плеоморфной аденомы был установлен у всех пациентов с помощью комбинации ультразвуковой эхографии с аспирационной биопсией.

Пациенты пролечены в период 2014 по 2018гг. Больные были разделены на сопоставимые группы. У 19 пациентов была проведена обычная поверхностная паротидэктомия, 43 пациентам выполнена частичная поверхностная паротидэктомия. Всем пациентам выполнен преаурикулярно-подчелюстной хирургический доступ. Кожный лоскут препарировался над околоушной фасцией за границы железы всех случаях. Во время операции использовались диатермия и хирургические лупы. Визуализация основного ствола лицевого нерва и выделение зоны деления на ветви выполнялись во всех случаях. При поверхностной паротидэктомии выделялись все ветви лицевого нерва. Тогда, как при частичной поверхностной паротидэктомии выделялись только ветви, прилегающие к опухоли.

Результаты исследования. У всех пациентов морфологически подтверждена плеоморфная аденома. Рецидива заболевания не выявлено ни у одного из пациентов в течение среднего периода наблюдения 48 месяцев. Временная слабость лицевого нерва отмечалась у 5 пациентов (26,%), которым была проведена поверхностная паротидэктомия и 4 (11%) пациентов, которым была выполнена частичная поверхностная паротидэктомия.Полное восстановление функции лицевого нерва у этих пациентов происходило в сроки 12 и 4недели после операции соответственно. В послеоперационном периоде все пациенты получали физиотерапию.

Выводы. Частичная поверхностная паротидэктомия - это хирургически обоснованная методика удаления доброкачественных опухолей околоушной железы. Ее преимущества можно резюмировать следующим образом: это более простая операция, чем обычная поверхностная паротидэктомия, что требует меньше времени для выполнения, тем самым является более рентабельным; ниже риск повреждения лицевого нерва, поскольку выделяются не все ветви; косметические результаты лучше, с точки зрения депрессии лицевого контура, из-за сохранения большей части не вовлеченной железы.

Орлов А.Е., Подусова Т.Н., Вакулич Е.А., Павлов В.В., Прошина О.А., Калугина С.Ю.

ДЕЛОВОЕ СОВЕРШЕНСТВО ГБУЗ СОКОД НА ОСНОВЕ ПОСТРОЕНИЯ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА

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

Решение современных задач медицинской организации с учетом линии развития Минздрава РФ, Росздравнадзора должно опираться на систему управления, использующую в качестве инструментария широкую совокупность отечественных и международных стандартов менеджмента, специализированных стандартов в медицинской области. Наиболее актуальной в настоящее время является модель делового совершенства.

Деловое совершенство (Business Excellence) — передовая практика управления организацией и достижения результатов, основанная на комплексе основополагающих концепций, включающих ориентацию на результат, особое внимание к потребителю, лидерство руководства и постоянство целей, менеджмент на основе процессов и фактов, вовлеченность персонала, постоянное улучшение и инновации, взаимовыгодное партнерство, корпоративную социальную ответственность.

Деловое совершенство медицинской организации связывается с разработкой и внедрением интегрированной системы менеджмента (ИСМ), которая базируется на систему менеджмента качества (СМК), соответствующей требованиям международного стандарта ISO 9001. Интеграция системы менеджмента заключается в присоединении к ISO 9001 других стандартов управления по различным направлениям деятельности.

ГБУЗ СОКОД является современным лечебным учреждением, оказывающим специализированную медицинскую помощь пациентам с различными новообразованиями.

В начале текущего 10-летия руководство ГБУЗ СОКОД сформулировало цель – выйти на уровень европейских стандартов в области качества и безопасности медицинской деятельности. Решение о начале разработки и внедрения системы менеджмента качества в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001 принято в 2015 году. К настоящему времени ГБУЗ СОКОД имеет внедренную СМК, сертифицированную в международном сертификационном органе. Это позволяет наращивать потенциал учреждения в области управленческих технологий, в области оказания различных видов медицинской помощи. Так, с 2017 года проводится постоянное совершенствование системы менеджмента на основе ряда российских и международных рекомендаций и стандартов. А в 2018 году уровень системы менеджмента качества диспансера был отмечен на международном уровне: по результатам сертификационных аудитов получены сертификаты соответствия критериям Temos по руководству «Качество лечения и ухода за иностранными пациентами» и сертификат соответствия института OnkoZert от имени Немецкого онкологического общества для Центров рака толстой кишки. Таким образом, учреждение получило официальное признание международными организациями по качеству лечения пациентов онкологического профиля для участия в программах медицинского туризма.

В настоящее время ведется проработка дальнейших путей совершенствования системы менеджмента для повышения качества деятельности диспансера. Развитие СМК ориентировано в соответствие с принципами ТQМ, стандартами ISO 9004 «Менеджмент качества. Качество в организации. Руководство по достижению устойчивого успеха», ЈСІ для стационаров, на основе внедрения материалов Росздравнадзора, указанных в Предложениях (практических рекомендациях) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре и поликлинике). Выполняется совершенствование менеджмента бережливого производства в

консультативно-диагностической поликлинике, с расширением менеджмента бережливого производства на область стационара.

Вехами для оценки уровня делового совершенства диспансера в ближайшее время могут стать: проведение сертификации на соответствие стандарту ГОСТ Р 56404-2015 «Бережливое производство. Требования к системам менеджмента», проведение сертификации результативности внедрения практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества в Системе добровольной сертификации «Качество и безопасность медицинской деятельности» Росздравнадзора, аккредитация по стандарту ISO 15189 «Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности».

Планируется провести оценку зрелости организации, ее ИСМ на основе проведения самооценки по модели Премий Правительства Российской Федерации в области качества и участия в конкурсе на признание уровня совершенства EFQM.

Опыт диспансера по разработке дорожной карты делового совершенства в рамках создания ИСМ может быть унифицирован и предложен медицинским организациям сходного профиля деятельности как типовой.

Орлов А.Е., Золотарева Т.Г., Юданова А.А., Ромаданова С.В., Белова Т.Г., Царева Е.А.

ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ PR-ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Сегодня многие сферы деятельности, в том числе и Public Relations обусловлены необходимостью соблюдения требований к ним общества во всем их многообразии. Следовательно, постоянно необходимо учитывать комплекс нормативных положений о сути, содержании и регулятивных механизмах в PR.

Актуальность темы исследования заключается в том, что деятельность связи с общественностью в медицинской сфере развивается стремительно, но на сегодняшний день нет законов, регулирующих ее. PR-специалисты вынуждены обращаться к смежным законам: законы о СМИ, законы о рекламе, законы об авторских правах и др.

Цель – рассмотреть особенности регулирования PR-деятельности в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения.

Воздействие связей с общественностью на общество осуществляется, в большей мере, с помощью информации, которая в результате интенсивного развития стала активно использоваться для создания имиджа, бренда. Теперь информационный ресурс уже можно рассматривать как объект производства, что формирует потребность в создании самостоятельной законодательной базы, регулирующие те или иные коммуникационные процессы.

Нормативно-правовые акты, составляющие юридическую основу функционирования PR, отражены в информационном праве. Это достаточно новая отрасль, поэтому рано говорить о четкой систематизации и классификации законодательства. Отдельные положения, которые регламентируют информационные процессы, представлены в различных законодательных актах. Например, Конституция РФ, федеральные законы: «О средствах массовой информации», «О рекламе», «Об информации, информатизации и защите информации» и др., а также Указы Президента РФ, постановления Правительства РФ и другие подзаконные акты, регламентирующие эту сферу общественных отношений, также PR-деятельность регламентируется авторским правом и рекламным правом.

Работа с информацией — очень сложный процесс. Ее переработка и трансляция подразумевают еще и некоторую манипуляцию — информационное управление — процесс выработки, принятия и реализации управленческих решений в ситуации, когда управляющее воздействие носит неявный характер, а объекту управления представляется определяемая субъектом управления информация о ситуации, ориентируясь на которую данный объект самостоятельно выбирает линию своего поведения. Основной особенностью принятия и реализации таких решений является то, что это не единовременное мероприятие, а совокупность взаимосвязанных действий и методов реализации, которые происходят в некотором временном интервале, в различных сегментах целевой аудитории.

В России связи с общественностью в сфере здравоохранения только начинают складываться как самостоятельное направление. Постепенно приходит понимание того, что PR необходим, и им нужно заниматься для эффективного и грамотного позиционирования учреждений среди целевой аудитории. Перемены в данной сфере, необходимость открытого диалога с общественностью, понимание того, что «медицина» это «о сохранении человеческого ресурса» — данные факторы определяют специфику PR-деятельности в здравоохранении. Отсюда и появляется потребность в профессиональном PR-сопровождении, призванного поддерживать имидж, а также вести постоянную коммуникацию с общественностью, прежде всего со своей целевой аудиторией, соблюдая все правовые и этические нормы.

Правовое регулирование в PR должно быть направлено на обеспечение, с одной стороны, благоприятных условий для функционирования связей с общественностью как социального института, а с другой — на удовлетворение социальных потребностей (информационно-коммуникационных) личности, общества и государства при соблюдении прав юридических и физических лиц.

В качестве примера рассмотрим сайт государственного бюджетного учреждения здравоохранения. Данный ресурс относится к основным PR-инструментам, и применяется с целью достижения поставленных коммуникативных задач. С одной стороны, сайт медицинской организации подпадает под определение Федерального закона «О рекламе» от 13.03.2006 №38-ФЗ (внесенными Федеральным законом от 01.05.2019 №9-ФЗ, вступившими в силу 12.05.2019г.), так как: страницы сайта являются одним из средств, которые несут в себе информационную составляющую, они размещены в электронном виде; может зайти любой человек. С другой стороны, следует остановиться на двух понятиях: предоставление информации; распространение информации. Ряд нормативных документов обязывает учреждение здравоохранения предоставлять информацию пациентам и посетителям. Рассмотрим подробнее, Статья 8 Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 18.03.2019г.) «О защите прав потребителей» наделяет потребителя правом получения информации о предоставляемых услугах, в том числе медицинских. Следовательно, потребитель вправе потребовать от государственного бюджетного учреждения здравоохранения предоставление достоверной информации о специалистах, режиме работы, услугах и др. В дополнение статья 10 вышеуказанного закона устанавливает обязанность медицинской организации предоставлять потребителю достоверную информацию об услугах и пр., по способам же предоставления информации регламентируются Правительством РФ. Статья 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ устанавливает обязанность медицинских организаций информировать граждан в доступной форме, в том числе с применением сети интернет, об осуществляемой медицинской деятельности, медицинских работниках, об уровне их образования и квалификации. При работе с информацией сайта необходимо учитывать Приказ Минздрава России от 30.12.2014 N956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Статья 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006, говорит о том, что исполнитель обязан предоставить посредством размещения на сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети интернет информацию, содержащую следующие сведения: перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты. В результате закон накладывает обязанность на медицинскую организацию иметь собственный сайт в сети интернет, но при этом размещаемая информация на сайте должна соответствовать всем требованиям законодательства РФ, в том числе и Федеральным законом «О рекламе».

В заключении можно сделать вывод о том, что правовое регулирование в PR-деятельности сегодня действительно необходимо, потому что оно имеет определяющую роль для всех сторон коммуникационного взаимодействия. Практика PR-деятельности в государственном бюджетном учреждении здравоохранения показывает, что следует непрерывно отслеживать требования законодательства РФ в различных видах права и применять комплекс знаний.

Павлинова И.Н., Федулова И.В.

РОЛЬ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РУК В ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Гигиена рук медицинской сестры относится к обязательной процедуре. Гигиена рук медицинской сестры — важная мера способствующая ограничению распространения множества заболеваний. Большинство кишечных инфекций гнойно-септические инфекции, вирусы, гепатиты и даже грипп передаются через руки. Медицинская сестра, оказывающаяся в прямом или непрямом контакте с пациентами, должна быть заинтересована в обеспечении гигиены рук и должна выполнять соответствующие процедуры правильно и в нужное время. Медицинская сестра должна выполнять гигиену рук:

- до и после контакта с пациентом,
- прежде чем дотронуться до инвазивного устройства для ухода за пациентом независимо от того использует она перчатки или нет,
- после контакта с биологическими жидкостями или выделениями, слизистыми оболочками, поврежденными участками кожи или раневыми повязками,
- если при осмотре пациента медицинская сестра переходит от контактированного участка тела к неконтактированному,
- после контакта с предметами (включая медицинское оборудование) из ближайшего окружения пациента,
 - после снятия стерильных или нестерильных перчаток,
- до работы с медикаментами или приготовления еды выполнить гигиену рук используя спиртосодержащее средство для антисептики рук или вымыть руки с обычным или антимикробным мылом и водой.

Гигиена рук является неотъемлемой частью системы мер по профилактике внутрибольничной инфекции в лечебной организации. Гигиена рук — это общий термин, относящийся к любому действию по очищению рук. К средствам пригодным для предоперационной обработки рук и операционного поля в соответствии с современными требованиями следует отнести:

- спирты (этанол 70%, пропанол 60% и изопротанол 70%)
- галогены и галогеносодержащие препараты (хлоргексидин, би блюконат или гибитон и другие),
 - надмуравьиная кислота,
 - поверхностно-активные вещества или детергенты.

Для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи используются также медицинские перчатки. Медицинские перчатки однократного применения предназначены для защиты рук медицинской сестры и создания барьера между пациентом и медицинскими работниками при выполнении ими профессиональных обязанностей.

Современные медицинские перчатки представляют собой средства индивидуальной защиты рук медицинского персонала. Использование перчаток в медицинских организациях является обязательным требованием.

В зависимости от степени инвазивности и риска инфицирования пациентов при проведении медицинской процедуры/манипуляции используемые медицинские перчатки делятся на 2 основные группы: хирургические и диагностические/смотровые.

Хирургические перчатки используются во время оперативных вмешательств. Они должны быть стерильными, повторять анатомическую форму кистей рук с разделением на правую и левую, в ряде случаев иметь удлиненную манжету и обладать сочетанием характеристик, которые обеспечивают высокую прочность перчаток.

Диагностические/смотровые перчатки используются при не инвазивных и инвазивных диагностических и терапевтических процедурах и манипуляциях, а также при обра-

ботке загрязненных медицинских изделий. Они могут быть стерильными или нестерильными, не имеют анатомической формы и длинной манжеты. Медицинские перчатки необходимо надевать:

- во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами;
 - при контакте со слизистыми оболочками;
 - при контакте с поврежденной кожей;
 - при использовании колющих и режущих инструментов;
 - при проведении инвазивных диагностических и лечебных манипуляций

При выполнении всех видов оперативных вмешательств медицинские работники должны использовать стерильные хирургические перчатки. Радиозащитные хирургические перчатки из латекса, обеспечивающие радиационную защиту от рассеянного рентгеновского излучения, позволяют существенно снизить дозовую нагрузку на кожу рук. Их следует использовать при операциях в радиохирургии, вмешательствах с применением гибридных технологий с интраоперационной диагностикой и навигацией, ангиографией и т.д. Химиорезистентные синтетические перчатки, изготавливаемые из нитрила или полихлоропрена, обладают максимальной устойчивостью к воздействию химических средств. Их следует применять в тех случаях, когда во время оперативных вмешательств используется костный цемент, проводится химиотерапия.

Перчатки для операций с повышенным риском инфицирования и повреждения перчаток. Риск повреждения перчаток зависит от срочности, продолжительности и сложности оперативного вмешательства, а так же опыта медицинских работников. К ситуациям с повышенным риском инфицирования относятся любые экстренные хирургические вмешательства и инвазивные процедуры, а также оперативные вмешательства и инвазивные процедуры, проводимые «Кольчужные» перчатки (используются в качестве дополнительной защиты совместно с перчатками из латекса или других эластичных материалов во время оперативных вмешательств при наличии высокого риска пореза. Данный вид перчаток защищает от порезов, но не обеспечивает защиты от проколов).

Стерильные перчатки необходимо использовать при любых асептических (стерильных) процедурах, при выполнении которых возможен контакт со стерильными зонами/полостями организма, а также контакт с раневой поверхностью кожи и слизистой.

Нестерильные перчатки необходимо использовать в случаях риска контакта медицинских работников с кровью, другими биологическими жидкостями, поврежденной кожей и слизистой, с медицинскими изделиями загрязненными биологическими жидкостями организма. С целью обеспечения удобства и точности при работе в перчатках необходимо правильно подбирать перчатки по размеру. Правильное применение медицинских перчаток обеспечивает защиту рук медицинских работников.

Перед надеванием нестерильных или стерильных перчаток проводится гигиеническая обработка рук или обработка рук хирургов соответственно. Перчатки надевают только после полного высыхания антисептика на коже рук. После снятия перчаток проводится гигиеническая обработка кожи рук антисептиками.

Особенности работы медицинской сестры предъявляют высокие требования к соблюдению основных требований личной гигиены рук. Это обеспечивает сохранение здоровья работоспособности. Профессиональные знания и строгое выполнение приказов МЗ РФ по соблюдению санитарно - эпидемиологического режима, правила асептики и техники выполнения манипуляций позволяет предотвратить возникновение постинъекционных осложнений и внутрибольничной инфекции. Последствиями могут быть также осложнения в виде хронических заболеваний и даже летальный исход. 80% всех инфекций передаются через не обеззараженные руки.

Выводы. Знание и соблюдение правил гигиены рук медицинскими сёстрами необходимы для сохранения здоровья и защиты от инфекционных болезней.

Печорская Е.А., Торопова Н.Е.

ПЕРСПЕКТИВА РАЗВИТИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ИТОГИ ЗАСЕДАНИЯ ПРОФИЛЬНОЙ КОМИССИИ МЗ РФ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА»

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

В современном мире усилия организаторов здравоохранения направлены на формирование "новой" медицины, которая основана на ценности и интересах пациента, она может стать одним из важнейших путей увеличения продолжительности жизни, повышения качества жизни людей, снижения смертности.

«Ценностная» медицина или здравоохранение ориентирована на результат и подразумевает всесторонний контроль и анализ конечных результатов, исходов лечения, важных для пациента и анализ затрат системы здравоохранения по достижении конечной цели.

Эта концепция «ценностно-ориентированного» здравоохранения потребует совершенствования системы контроля качества медицинской помощи в отношении лекарственных средств, медицинских изделий, отбора эффективных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов.

Лабораторная служба, как полноправный участник диагностического поиска, не может быть в стороне от современных тенденций. Ассоциация специалистов и организаций лабораторной службы «Федерация лабораторной медицины» (Ассоциация «ФЛМ») выступила организатором V Российского конгресса лабораторной медицины - ключевого профессионального события, объединяющего все лабораторное сообщество страны. V юбилейный конгресс прошел в Москве на территории ВДНХ, 11-13 сентября 2019 года. В рамках конгресса состоялось открытое заседание профильной комиссии Минздрава РФ по клинической лабораторной диагностике, где была озвучена стратегия развития лабораторной службы РФ до 2025 года в рамках национальной программы развития здравоохранения в целом.

Цель стратегии: Обеспечение национальной безопасности РФ в сфере охраны здоровья граждан, сохранение и развитие лабораторной службы в государственном секторе здравоохранения, повышение удовлетворенности населения доступностью медицинской помощи.

Стратегия определяет вектор развития лабораторной службы с учётом региональных особенностей субъектов $P\Phi$, обеспечивая территориальную доступность и оказание первичной медико-санитарной и высокотехнологичной медицинской помощи под потребность и финансовые ресурсы здравоохранения.

Планируемые мероприятия:

- 1. Создание Научно-Методического Центра Лабораторной Медицины (НМЦЛМ) МЗ РФ. Это позволит анализировать эффективность деятельности КДЛ, координировать методическое обеспечение деятельности в области лабораторной медицины, генерировать предложения по внедрению научных разработок и новых направлений КЛД в практику работы лабораторий, разрабатывать нормативно-правовые акты, клинические рекомендации и т.д.
- 2. Оптимизация системы регистрации медицинских изделий (МИ) для in vitro диагностики. Ускорение технологической модернизации лабораторной службы, увеличение доли импортозамещения, передача функции регистрации МИ в ведение Минздрава РФ.
- 3. Актуализация требований к лицензированию медицинской деятельности по направлениям лабораторной диагностики, лицензированию образовательной деятельности в сфере дополнительного профессионального образования для повышения качества кли-

нической диагностики медицинских учреждений всех форм собственности и подготовки кадров по клинической лабораторной диагностике.

- 4. Координация кадровой политики лабораторной службы с Федеральным Государственным Образовательным Стандартом (ФГОС) и программами подготовки специалистов в медицинских и немедицинских ВУЗах и образовательных учреждениях подготовки специалистов среднего звена.
- 5. Создание в регионах высокотехнологичных лабораторных комплексов (кластеров) на базе централизованных лабораторий и кафедр клинической лабораторной диагностики с учётом территориальных и экономических особенностей субъектов РФ для решения задач клинической и профилактической медицины.
- 6. Обеспечение доступности медицинской помощи для сельских жителей и лиц, проживающих в труднодоступных и малых поселениях за счёт доукомплектования мобильных медицинских комплексов и передвижных лабораторий необходимым оборудованием, включая мобильные анализаторы для экспресс тестов и исследований «по месту лечения».
- 7. Разработка единого порядка оплаты лабораторных услуг между медицинскими организациями разного уровня и профиля в рамках Программы Государственных гарантий.
- 8. Совершенствование статистического инструментария для полноценного анализа данных лабораторий всех форм собственности и всех специализаций.
- 9. Внесение изменений в нормативные документы под задачи современной лаборатории в условиях автоматизации и развития цифровой медицины, создание цифрового контура, дистанционного мониторинга с интеграцией лабораторных данных в единую МИС.
- 10. Разработка лабораторных модулей "Клинических рекомендаций" и создание протоколов обязательного лабораторного обследования при различных заболеваниях для обеспечения эффективности медицинской деятельности, совершенствования работы службы лабораторной медицины по реализации программы государственных гарантий оказания медицинской помощи в рамках национальной системы здравоохранения.

Ожидаемый результат стратегии:

Включает в себя приоритетное направление развития лабораторного сегмента для повышения эффективности медицинской помощи населению и повышении качества жизни граждан; уменьшение уровня заболеваемости и смертности; содействие разработке диагностических препаратов, медицинских технологий и медицинских изделий; развитие образовательной деятельности; проведение научных исследований и развитие международного сотрудничества в сфере охраны здоровья.

ГБУЗ СОКОД, как часть системы здравоохранения РФ, отдел клинических лабораторных исследований, как структурное подразделение учреждения, осуществляют политику контроля качества оказываемой медицинской помощи, разрабатывают стратегию качества - управление рисками, для достижения наилучших исходов лечения пациентов онкологического профиля.

Пирогов С.С., Кувшинов Ю.П., Малихова О.А., Круглова И.И., Захарова Т.И., Чистякова О.В.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Цель: оценить роль ряда уточняющих эндоскопических методик в комплексной диагностике пищевода Барретта (ПБ) и сопоставить эндоскопическую картину с морфологическими данными.

Материалы и методы: в исследование включены 215 больных с эндоскопической картиной, подозрительной в отношении пищевода Барретта (ПБ), 168 из которых была выполнена эзофагоскопия с забором биопсийного материала в РОНЦ им. Н.Н. Блохина в период с марта 2003 по сентябрь 2007 г. и 47 – в ГБУЗ СОКОД с 2010 по 2018 гг. У 39 из них была использована методика хромоэндоскопии с окраской слизистой оболочки пищевода р-ром Люголя, у 38 – с окраской р-ром метиленового синего. Инстилляция 1,5% р-ра уксусной кислоты произведена 71 пациенту. У 83 больных слизистая оболочка пищевода осмотрена в узкоспектральном пучке света (NBI). Предложена методика комплексной эзофагоскопии включающая инстилляцию 1,5% р-ра уксусной кислоты с последующей оценкой архитектоники слизистой оболочки пищевода с использованием технологии NBI и увеличением изображения. Методика апробирована на 33 больных, которым в динамике осуществлено 56 эзофагоскопий и получено 89 биоптатов. Гистологические препараты были окрашены альциановым синим, входящим в систему окраски по Крейбергу и обработаны реактивом Шиффа (РАЅ-реакция).

Результаты исследования. При анализе морфологических данных 215 больных установлено, что при эзофагоскопии без уточняющих методик истинный ПБ (неполная кишечная метаплазия плоского эпителия II – III типа) была выявлен только в 64 (29,7%) случаях. В 28,5% сегмент железистого эпителия в пищеводе был представлен кишечной метаплазией кардиального эпителия, а в 13,1% - кардиальным эпителием без метаплазии.

Диагностическая точность эзофагоскопии с окраской метиленовым синим составила 25%. При использовании окраски слизистой оболочки пищевода p-ром Люголя, только в 34% непрокрашенных ее участков выявлена кишечная метаплазия плоского эпителия.

Комплексная эзофагоскопия путем инстилляции 1,5% p-pa уксусной кислоты и осмотра в режиме NBI обеспечила диагностическую точность более 75%. Виллезный тип архитектоники ямок слизистой оболочки пищевода при длинном сегменте ПБ в 86% случаев соответствовал кишечной метаплазии плоского эпителия, причем в 40% - неполному ее типу. В то же время, при коротком сегменте ПБ виллезный тип архитектоники более чем в трети случаев соответствовал кишечной метаплазии кардиального эпителия. У 2 больных с ранней аденокарциномой на фоне ПБ при комплексной эзофагоскопии отмечен нерегулярный тип архитектоники слизистой оболочки. При комплексной эзофагоскопии выявлена гетерогенность архитектоники слизистой оболочки в пределах сегмента ПБ, что нашло свое отражение в морфологических заключениях.

Выводы. Комплексная эзофагоскопия позволяет существенно повысить диагностическую точность выявления истинного ПБ. Кроме того, разработанная методика дает возможность сформировать эндоскопическую семиотику ПБ.

Родионова В.А., Козлов С.В., Капп Е.В.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ТОРАКАЛЬНОГО ПАЦИЕНТА

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Больной раком легкого практически всегда относится к группе высокого сердечно-сосудистого риска, особенно при наличии сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Достигнутые успехи в разработке новых методов лечения не только привели к улучшению выживаемости больных раком, но и повысили заболеваемость и смертность вследствие побочных эффектов лечения, наиболее частые из которых — сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Развитие ССЗ часто приводит к преждевременной инвалидизации и смерти среди выживших онкобольных.

Цель исследования. Оценка факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) в процессе подготовки к оперативному лечению, структуры ССО и эффективности их пред- и послеоперационной медикаментозной коррекции у больных раком легкого.

Материалы и методы. Изучены материалы 100 больных, оперированных в ГБУЗ СОКОД в 2016-2018 г.г. по поводу рака легкого: 78 мужчин, 22 женщины, средний возраст 65,0±9,3 лет . Радикальные операции выполнены в объеме 59 лобэктомий, 41 пневмонэктомий.

Частота больных с I стадией заболевания составила 26%, II -33%, III -39%, IV -2%.

Несмотря на значительную распространенность опухоли и отягощенное соматическое состояние, показания к хирургическому лечению устанавливались без значимых ограничений. Дополнительная лучевая и химиотерапия, в плане комбинированного лечения, проведены в 7% случаев. Неоадьювантную химиотерапию с преимущественным назначением схем, содержащих препараты платины, получали 6% больных.

Пациентам были проведены: консультация терапевта, кардиолога, анестезиолога, лабораторные исследования, ЭКГ, ФВД, по показаниям - ЭхоКГ, ЭКГ-пробы с физической нагрузкой (тредмил-тест), амбулаторное (Холтеровское) ЭКГ мониторирование, ЦДК сосудов брахиоцефального ствола, сосудов головного мозга, периферических сосудов. По показаниям - определение NT-proBNP. Назначена терапия хронической сердечной недостаточности (СН) и медикаментозная профилактика ССО. По показаниям - инвазивные методы — коронароангиография, реваскуляризация в условиях Самарского областного клинического кардиологического диспансера.

Результаты. Оценка факторов риска в развитие сердечно-сосудистых осложнений проводились согласно критерию χ2, по 20 параметрам. Наибольшее влияние на результаты лечения (р<0,001) оказали – тяжесть СН с проявлениями ишемии (по данным нагрузочного теста ЭКГ), гипертрофия миокарда левого желудочка (по данным ЭХОКГ), степень артериальной гипертензии, вариабельность ритма сердца (по данным суточного мониторирования ЭКГ). Значимыми (р<0,05) для течения послеоперационного периода были функциональный класс ИБС (в МЕТ) и дислипидемия. В 9% случаев оказалось достаточным проведение стандартной предоперационной терапии ИБС. У остальных пациентов требовались изменения в предоперационной подготовке в связи с осложнениями ИБС и наличием коморбидных состояний: в 23% случаев – требовалось лечение сердечной недостаточности, 47% достижение целевого уровня АД, 11% - нормализация сердечного ритма, 7% – терапия респираторных нарушений, 2% – хирургическое лечение ИБС.

Заключение. Разработанные алгоритмы подготовки больных раком легкого (10-14 суток до операции), продолжение лечения после хирургического вмешательства, позволили благополучно оперировать 96% больных (летальность 4% - фатальный инфаркт миокарда -2 %, ОСН с нарушениями ритма сердца 1%, ТЭЛА -1%).

Росборуф А.Г., Аблекова О.Н.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ МИКРОКАРЦИНОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. По данным ВОЗ, папиллярная микрокарцинома щитовидной железы определяется, как вариант папиллярного рака щитовидной железы размерами менее или равной 1см в диаметре. На папиллярную микрокарциному приходится до 30% всего папиллярного рака щитовидной железы.

Цель исследования. Оценка возможностей ультразвукового исследования в ранней диагностике микрокарцином щитовидной железы.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ результатов исследований щитовидной железы в группе из 30 пациентов, прооперированных за период сентябрь-декабрь 2018 года, 22 женщины, 8 мужчин, возраст 48-69 лет. Методом оценки является сопоставление результатов ультразвуковых, цитологических и гистологических исследований.

Результаты исследования. При ретроспективном анализе ультразвуковых исследований было выявлено, что из всех 30 пациентов рак щитовидной железы был определен у 19 пациентов, подозрение на рак было у 6 пациентов, у 5 пациентов был выявлен узловой зоб на фоне ХАИТ. Размеры образований щитовидной железы, выявленных при ультразвуковом исследовании, не превышали 12мм, у 23 пациентов размеры варьировали от 5,5мм до 9мм, у 7 пациентов – в пределах от 10мм до 12мм.

В ходе исследований была выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАПБ) во всех 30 случаях, с последующей цитологической оценкой, по результатам которой рак был верифицирован в 18 случаях, что составило 59,9%. Проанализировав результаты цитологических исследований были получены следующие показатели: 53,3% (16 случаев) - папиллярный рак, 3,3% (1 случай) - фолликулярный рак, 3,3% (1 случай) - медуллярный рак, 6,6% (2 случая) - получена цитограмма атипичной фолликулярной опухоли, 3,3% (1 случай) - фолликулярная аденома, 16,7% (5 случаев) - пролиферация фолликулярного эпителия, 13,3% (4 случая) - выраженный полиморфизм с наличием атипичных микрофолликулярных структур.

По данным постоперационных гистологических исследований выявлено: папиллярный рак - в 23 случаях (76%), фолликулярный рак - в 4 случаях (13,3%), рак не верифицирован - в 3 случаях (10,7%).

Была проведена сравнительная оценка эхографических и гистологических размеров опухолей щитовидной железы, верифицированных как папиллярный рак. В гистологическом материале диаметр пораженного участка паренхимы менее и равный 10мм определялся у 13 пациентов с папиллярным раком (56,5%), в 10 случаях (43,5%) размеры опухолевого материала превышали 12мм.

Выводы. Несмотря на незначительные расхождения эхографических и гистологических данных, проведенный анализ все же позволяет судить о том, насколько значим диагностический потенциал ультразвукового метода исследования микрокарцином щитовидной железы.

Савельев В.Н., Козлов С.В., Борисов А.П., Катюшин А.А., Балык И.В., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Александрова Е.Г.

МИОПЛАСТИКА ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛИМФОРЕИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире ежегодно выявляется около 1,5 млн новых случаев рака молочной железы. Современная тактика при лечении больных с диагнозом рак молочной железы в большинстве случаев предусматривает хирургическое лечение в объеме радикальной мастэктомии. Несмотря на постоянное совершенствование хирургического лечения рака молочной железы, частота ранних и поздних осложнений продолжает оставаться навысоком уровне (10–48%). Наиболее частым ранним послеоперационным осложнением аксиллярной лимфодиссекции является длительная лимфорея. Подмышечная лимфодиссекция приводит к образованию полости, размеры которой влияют на объем и длительность лимфореи.

Цель работы. Улучшить ближайшие результаты лечения больных с диагнозом рак молочной железы путем применения миопластики подмышечной области после выполнения подмышечной лимфодиссекции.

Материалы и методы. Нами было проведено спланированное проспективное исследование 65 пациентов с диагнозом рак молочной железы II-III стадии. 32 пациентам основной группы выполнялась радикальная мастэктомия по Маддену с пластикой подмышечной области малой грудной мышцей. 33 пациентам контрольной группы выполнялась радикальная мастэктомия по стандартной методике. Группы сравнения были сопоставимы по возрасту (p=0,829), стадиям заболевания (p=0,861) и индексу массы тела (p=0,863).

Результаты. Оценивая ближайшие результаты хирургического лечения больных групп сравнения можно сказать что, длительность лимфореи в основной группе была сокращена до5–7 дней. Длительность пребывания пациента встационаре снизилась всреднем с16 дней до12 дней по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Миопластика подмышечной области малой грудной мышцей — один изэффективных методов профилактики длительной лимфореи, приводящий к своевременному началу следующего этапа лечения, сокращению сроков пребывания пациента встационаре, отсутствию необходимости амбулаторных перевязок после выписки изстационара.

Савельева И.Ю., Гончаров М.А., Письменная А.Д., Кудинова Н.Н.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА НОСОГЛОТКИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак носоглотки - специфическая опухоль, которая резко отличается по своему развитию, клиническому течению и лечебной тактики от других опухолей головы и шеи. Как известно носоглотка собой анатомическую область, которая располагается сразу за полостью носа и ограничена сзади костями образующими основание черепа. Такое расположение отражается на клинических проявлениях опухолей, развивающихся в полости носоглотки. Так первыми клиническими проявлениями являются заложенность носа с одной или двух сторон, периодические кровянистые выделения из носа, снижение слуха на стороне поражения, проявление косоглазия. Следует отметить, что перечисленные симптомы не являются строго специфичными для рака носоглотки и могут встречаться также и при другой патологии этой локализации.

В области носоглотки имеются несколько типов тканей, каждый из которых содержит различные виды клеток. Соответственно из каждого вида клеток могут развиться разные злокачественные опухоли. Это различие очень важно, потому как сказывается на выборе оптимального типа терапии.

В области носоглотки могут развиться несколько видов опухолей. Одни из них доброкачественные, другие злокачественные с быстрым ростом и разрушением окружающих тканей.

Доброкачественные опухоли носоглотки относительно редко встречаются и в, основном, преобладают в детском и юношеском возрасте. Среди них наиболее распространены опухоли сосудистого происхождения, такие как ангиофибромы и ангиомы.

Из злокачественных опухолей в носоглотке чаще всего встречается рак.

Существует 3 гистологических типа рака носоглотки: плоскоклеточный ороговевающий, плоскоклеточный неороговевающий и недифференцированный. В некоторых исследованиях было показано, что ороговевающие формы рака носоглотки имеют более агрессивное течение. Тем не менее, лечебная тактика при всех гистологических вариантах одна и та же.

Более важным в данном случае прогностическим фактором является размеры опухоли и наличие метастазов. Также в носоглотке возможно развитие вида опухолей как лимфомы, относящихся к патологии кроветворных органов, и такие разновидности рака как аденокарцинома и аденокистозный рак, развивающиеся из малых слюнных желез, которые располагаются в носоглотке.

Лечение рака носоглотки. Тактика лечения определятся после того как получены все подтверждения наличия раковой опухоли в носоглотке и стадирования опухолевого процесса. В лечении рака носоглотки на сегодняшний день используется в основном два метода - химиотерапия и лучевая терапия, иногда хирургическое лечение.

Хирургическое лечение редко выполняется при раке носоглотки. Последние достижения в хирургии позволяют выполнять операции по удалению определенных опухолей носоглотки, но они выполняются у ограниченного контингента больных.

Клинический случай. Пациент Б. 1966 г.р. был направлен в СОКОД с подозрением на опухоль носоглотки. При обращении жалобы на двоение в глазах, выраженные боли в области носа, головные боли, Больным себя считает с апреля 2019 года, когда стал отмечать двоение в глазах. Первое обращение в ЛПУ МедГард - лечение невралгии тройничного нерва. Самостоятельно прошел МРТ головного мозга. Заключение: Синоназальная опухоль слева с инвазией левой орбиты.

При пересмотре КТ-диска: В левой половине полости носа определяется объемное образование размерами около 35*27*30мм, распространяется на левую половину ячеек ре-

шетчатой кости и вызывает деструкцию медиальной стенки левой глазницы. В веществе головного мозга дополнительных образований не выявлено. Шейные и надключичные лимфатические узлы патологически не изменены. Заключение: МР картина t-г левой половины полости носа.

При фиброларингоскопии: Левая половина купола носоглотки, устье слуховой трубы, частично левая боковая стенка замещены гладкой блестящей, цвета окружающей слизистой оболочки стелющейся опухолью ЗАКЛЮЧЕНИЕ: S. C-г носоглотки.

Выполнена дважды щипковая биопсия опухоли носоглотки — данных за опухолевый субстрат в биоптатах не обнаружено. Учитывая отсутствие гистологического подтверждения злокачественного процесса, выраженный болевой синдром пациент госпитализирован для проведения хирургического лечения на первом этапе. Выполнена трансмаксилярная сфенотомия, орбитомия с удалением опухоли.

МРТ - На серии томограмм описанное образование в полости носа удалено. На фоне послеоперационных изменений отмечается неравномерное утолщение слизистой в области оперативного вмешательства, так же негомогенное содержимое в верхнечелюстной, лобной и основной пазухах слева. Левая латеральная стенка решетчатого лабиринта резецирована. Так же сохраняется неравномерная деструкция верхне-медиальной стенки левой орбиты размерами ок. 22*6 мм. В области конуса левой орбиты определяется уплотнение клетчатки размерами до 22*12 мм (послеоперационные изменения). На фоне описанных выше изменений четко остаточной ткани t-r не определяется. Увеличенных лимфоузлов в зоне сканирования не выявлено. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: 8-е сутки после трансмаксилярной сфенотомии, орбитомии. Левосторонний полисинусит. Макроописание: фрагментированая ткань серо - бурого цвета общим объемом до 3см, костные фрагменты с участками разрыхления с общим объемом до 4см Микроописание: Фрагменты фиброзной ткани с ростом недифференцированной опухоли из мелких клеток с краш-синдромом и более крупных округлых клеток. Для дифференциальной диагностики рекомендовано ИГХ исследование. Декальцинация: Фрагменты косиной ткани с ростом недифференцированной опухоли.

ИГХ: В результате иммуно-гистохимического исследования исключено лимфопролиферативное заболевание. Иммунофенотип наиболее соответствует недифференцированному (анапластическому) раку, G4, без нейроэндокринной дифференцировки, с фокальной экспрессией маркера CD99.

Пациенту Б. был установлен диагноз: Рак слизистой носоглотки T4aN0M0G4, IV ст. 2 кл. гр. В дальнейшем пациент направлен в радиологическое отделение для проведения химиолучевой терапии.

Выводы. Проведение хирургического лечения на первом этапе следует расценивать как тотальную биопсию опухоли для получения гистологической верификации, установки диагноза и стадирования опухолевого процесса и выработки дальнейшей тактики лечения.

Сапожников В.А., Хобта Р.В., Меркулов В.Н.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

В настоящее время в международном медицинском сообществе ее рекомендуется называть головной болью тензионного типа — что в переводе эквивалентно все тому же первоначальному термину «головная боль напряжения» (ГБН). Эпидемиологические показатели ГБН составляют около 80% от общей популяции. Типичный возрастной интервал манифестации — 20-40 лет. У женщин боль напряжения встречается от полутора до двух разчаще. Проблема головной боли напряжения является для неврологии остро актуальной, ГБН резко снижает качество жизни больных, негативно отражаясь на работоспособности, продуктивности, семейном и психологическом климате. ГБН имеет название в силу прямой этиопатогенетической связи с длительным спазмом (т.е. стойким непроизвольным напряжением) мышечных групп лица, шеи, плечевого пояса и черепа.

Такое напряжение приводит к компрессии мелких кровеносных сосудов, нарушениям васкуляции (кровоснабжения) и гипоксии соответствующих тканей; по мере накопления в них молочной кислоты и других «метаболитов усталости» возникает и усиливается возбуждение в нервных окончаниях спазмированных мышц, которое интерпретируется мозгом как головная боль. К пусковым, провоцирующим и рисковым факторам относятся: тревожно-депрессивные реакции на психосоциальные дистрессы; депрессии любого генеза; профессиональная деятельность, подразумевающая длительное пребывание в одной позе (вождение автомобиля, работа за компьютером, сборочный монтаж и т.д; длительный бесконтрольный прием некоторых медикаментов (анальгетики, транквилизаторы и т.п.); хроническое переутомление, вынужденные нарушения чередования сна и бодрствования; метеофакторы (жара, мороз, сильный ветер); неполноценное питание, дефицит соединений железа; алкоголь, активное и табакокурение; неправильная осанка. Упомянутый выше термин «невротическая каска» появился не случайно: практически все страдающие ГБН говорят о плотном круговом давлении на голову, о сжатии головы «обручем», «каской», «тисками» и т.п. Боль описывается как тупая, давящая. В отличие от мигрени, ГБН не бывает односторонней (половина головы болит, вторая нет), хотя определенная асимметрия в интенсивности боли отмечается многими больными.

Дифференциально-диагностические критерии в пользу головной боли напряжения включают также отсутствие «черепно-мозговой тошноты» и рвоты, ощущений пульсации, зависимости от физических нагрузок, светобоязни, общей мышечной слабости, транзиторного ухудшения четкости зрения. В целом, выраженность боли описывается большинством пациентов как вполне терпимая, но изнурительная своей стойкостью. Приступы ГБН могут быть как достаточно редкими (эпизодическая ГБН), так и почти постоянными, непрекращающимися (хроническая ГБН). Продолжительность приступов варьирует от нескольких часов до нескольких дней. Достаточно типичным является присоединение клиники вегето-сосудистой дистонии, панических атак, выраженного ПМС у женщин, вторичных тревожно-ипохондрических и астено-депрессивных расстройств. Наиболее часто встречается у пациентов на амбулаторном приёме.

Диагноз ГБН, как правило, трудностей не вызывает и устанавливается уже на первичном неврологическом приеме, – клинически, путем тщательного изучения жалоб, анамнеза, характера и динамики приступов, а также исследования основных рефлексов. Однако в целях дифференциальной и уточняющей диагностики могут быть назначены целесообразные в данном конкретном случае дополнительные методы исследования (УЗИ, МРТ, КТ, ангиография, ЭНМГ, лабораторные анализы и т.п.). Практически всегда обязательной является нормализация образа жизни, режима нагрузок и отдыха, общеукрепляющая и витаминотерапия, физиотерапевтические методы, психотерапевтический курс повы-

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

шения стрессоустойчивости — при всей «банальности» таких назначений, они оказываются решающим лечебным фактором.

Из медикаментозных средств назначают анксиолитики (препараты, снижающие уровень тревожного напряжения, т.н. дневные транквилизаторы), сосудорасширяющие препараты, миорелаксанты, стимуляторы мозгового кровообращения и питания. Собственно анальгетики эффективны лишь при редких приступах в рамках эпизодической ГБН; хроническая ГБН требует системного, достаточно продолжительного, контролируемого (и корректируемого в зависимости от динамики самочувствия) курсового лечения.

Селезнева А.В., Баканова Ю.Г., Югина О.В.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЛЁГКОГО С ПРИМЕНЕНИЕМ ИГХ-ИССЛЕДОВАНИЯ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Оценка опухолевого роста в настоящее время основывается на комплексном клинико-морфологическом анализе с привлечением, при необходимости, молекулярно-биологических методов исследования, в том числе иммуногистохимического исследования (ИГХ). При гистологическом исследовании рака лёгких перед врачом-патологоанатомом может возникнуть целый ряд диагностических трудностей таких как, определение гистогенеза опухоли, установление первичного или вторичного (метастатического) характера происхождения новообразования. Окончательное морфологическое заключение формируется при исследовании операционного материала, который включает в себя обязательное уточнение подтипа аденокарциномы (чешуйчатый, папиллярный, микропапиллярный, ацинарный, солидный, кишечный, фетальный (редкий), коллоидный субтипы) и степень дифференцировки (G). Инвазивную аденокарциному классифицируют по преобладающему гистологическому подтипу, но необходимо указывать и наличие других субтипов, т.к. метастаз может иметь строение второстепенного (не преобладающего) компонента. При плоскоклеточной карциноме оценивается способность опухолевых клеток накапливать кератогиалин, что указывает на степень дифференцировки. Нейроэндокринные опухоли лёгких по морфологии подразделяются на типичные и атипичные карциноидные опухоли, мелкоклеточный и крупноклеточный нейроэндокринные раки. По современным данным нейроэндокринные образования подразделяют на 3 группы: высокодифференцированные нейроэндокринные опухоли, высокодифференцированные нейроэндокринные раки и низкодифференцированные нейроэндокринные раки. После исследования гистологических срезов окрашенных гематоксилином и эозином врач-патологоанатом оценивает необходимость применения дополнительного иммуногистохимического метода. Иммуногистохимическая панель антител для дифференциальной диагностики различных вариантов рака лёгких включает в себя, как правило, от 4 до 8 антител (СК7, СК18, р63, СК5/6, TTF-1, Chromogranin A, Synaptophysin, Ki-67). Для исключения или подтверждения метастатического происхождения требуется расширение панели антител для установления фенотипа опухолевых клеток. Аденокарциномы лёгких позитивны на низкомолекулярные цитокератины (СК7, СК8/18, СК19), негативны на высокомолекулярные цитокератины (СК5/6) и базальные клетки (р63). Аденокарциномы в большинстве случаев позитивны на TTF-1, однако экспрессия данного маркера в муцинозной аденокарциноме отсутствует. Дифференциальная диагностика аденокарциномы проводится с низкодифференцированным плоскоклеточным раком, метастатическими аденокарциномами (если в анамнезе колоректальный рак, то необходимо помнить что существует кишечный подтип аденокарцином легкого, который бывает очень трудно дифференцировать от метастаза колоректального рака, когда опухолевые клетки одинаково позитивны на СК20), злокачественной мезотелиомой, реактивными изменениями. Основными маркерами для плоскоклеточной карциномы являются высокомолекулярные цитокератины СК5/6 и маркер базальных клеток р63. Иммуногистохимический алгоритм для дифференциальной диагностики между плоскоклеточным раком и аденокарциномой по скудному биоматериалу бронхобиопсий включает в себя панель из 2-х антител: ТТГ-1, р63. В 85% случаев нейроэндокринные опухоли реагируют с низкомолекулярными цитокератинами простого эпителия. Основными диагностическими маркерами нейроэндокринной дифференцировки являются хромогранин А и synaptophysin, но чем ниже степень дифференцировки опухолевой ткани, тем менее интенсивно будут окрашиваться опухолевые клетки данными маркерами. Степень дифференцировки один из важных показателей для нейроэндокринных опухолей легких, который оценивают с помощью индекса пролиферации Ki-67. Уровень индекса пролиферации до 2% соответствует высокодифференцированным нейроэндокринным опухолям, показатели 2-15% характерен для высокодифференцированного нейроэндокринного рака, Ki-67 более 15% характеризует низкодифференцированный нейроэндокринный рак.

Цель исследования. Оценить эффективность морфологической дифференциальной диагностики рака лёгкого с применением иммуногистохимического исследования.

Материалы и методы. За исследуемый период проанализированы 1731 интраоперационных экспресс-биопсий, из них 262 (15%) случая из торакального отделения. Аденокарцинома легких была верифицирована в 67 случаях (25%), в каждом 4 наблюдении потребовалось проведение фенотипирования опухоли. Плоскоклеточный рак был верифицирован в 46 (18%) случаях, 8 наблюдений из них потребовали проведение дифференциальной диагностики для установления фенотипа опухоли. Метастазы рака молочной железы в легкие выявлены в 5 (2%) случаях. Гистологическое заключение основывается на анамнестических данных и характерном гистологическом строении опухоли. Метастазы почечноклеточного рака диагностированы в 6 (2%) случаях. Метастазы колоректального рака крайне сложно дифференцировать с первичной аденокарциномой лёгкого кишечного типа, так как это редкая опухоль, которая отличается гетерогенностью структуры, когда чаще всего присутствуют различные подтипы лёгочной карциномы. Для них характерна экспрессия кишечного маркёра СК20, а также СК7 и ТТГ-1 в 50% случаев. В единичных наблюдениях были фенотипированы метастазы уротелиальной карциномы, меланомы, рака щитовидной железы. В остальных случаях были верифицированы различные доброкачественные новообразования и неопухолевые изменения ткани легких.

Выводы. Детальное проведение патоморфологического исследования, с применением дополнительного метода иммуногистохимической диагностики при раке лёгкого, позволяет сделать развернутое гистологическое заключение, что очень важно для персонификации дальнейшего лечения и распределения пациентов по риску прогрессирования.

Селезнева А.В., Югина О.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПАТОЛОГОАНАТОМА

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Роль морфологических исследований очень важна в комплексе с обследованием и лечением пациентов. Патогистологическое исследование является важнейшим разделом работы врача-патолого-анатома. Перед патоморфологом ставятся определённые требования в ходе лечения больного для обоснования тактики клинических врачей, успешности проведённого лечения.

Цели и задачи. Целью патолого-гистологического исследования является подтверждение и уточнение клинического диагноза, установление диагноза в клинически неясных случаях, оправданности действий хирурга, объёма хирургического вмешательства и проведённой химиолучевой терапии, дальнейшего прогнозирования, позволяет судить о наличии/отсутствии онкопатологии, позволяет изучить морфологию патологического процесса, распознавание по этиологии опухолевых и неопухолевых процессов, определения распространенности, динамике процесса, характере течения болезни и прогнозе, целесообразности и эффективности терапии.

Морфологический материал для прижизненных патолого-анатомических исследований, доставляемых в патолого-анатомическое отделение, условно делится на две категории: фрагменты тканей, иссеченные с диагностической и контрольной целью, - биопсийный материал (открытая, пункционная, аспирационная, трепанобиопсия, инцизионная, эксцизионная, эндобиопсия); фрагменты тканей, органов и целые органы, иссеченные с лечебными целями, - операционный материал. Эти исследования производят в дооперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах. Широко используются экспресс-биопсии (сito-диагностика).

Исследуемые препараты необходимо обязательно подвергнуть действию фиксирующих веществ - забуференном формалином 10%. Вместе с материалом в патолого-анатомическое отделение должно поступать направление на гистологическое исследование, оформленное на бланке установленного образца (форма 014/у). Не допускается прием биоматериала на гистологическое исследование без направления. В направлении должны быть указаны дата направления материала, отделение, ключ стационарного (амбулаторного пациента), паспортные данные пациента, номер истории болезни, полный клинический диагноз с учетом задач, которые ставят перед гистологическим исследованием, кратко изложены клинические данные, характер присланного материала, дата и вид операции, маркировка материала, количество объектов. Принципиально важно давать в направлении ссылки на предыдущие морфологические исследования, указывать характер и объем проводившегося ранее лечения (операция, химиотерапия, лучевая терапия). Макроскопическое описание операционного материала обязательно должно содержать указание на те изменения, которые возникли в объекте исследования в результате действия хирурга: доставлены ли полые органы вскрытыми, прошиты ли какие-либо участки с целью отметить их для патологоанатома, оставлены ли лигатуры, скобки, дренажи и т.д. Макроскопическое описание должно быть максимально полным и включать в себя размеры, расположение и распространенность патологического процесса по отношению к окружающим тканям, цвет, консистенцию. Кусочки для микроскопического исследования необходимо вырезать так, чтобы не нарушить анатомическую целостность материала и чтобы в микроскопическом срезе сохранялись топографические соотношения, характерные для исследуемого материала; отдельные кусочки маркируются и даются регистрационные номера. Заключение должно содержать гистогенетическое определение опухоли, степень дифферен-

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

цировки, локализацию, степень распространенности опухоли, состояние краев резекции, наличие инвазии в кровеносные и лимфатические сосуды, нервные структуры, состояние регионарных лимфатических узлов. Указывается код по МКБ-10, категория сложности.

Выводы. Проведение детального исследования биопсийного и операционного материала дает возможность патологу качественно сделать патоморфологическое заключение, позволяет судить о радикальности проведённой операции, об изменениях, возникающих в ходе лечения и после него.

Сивохина Т.А., Бурмистрова С.А., Лаврентьева Е.Б., Савченко Г.В., Суховилова Е.В.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Во всем мире частота развития рака шейки матки (РШМ) занимает второе место после рака молочной железы. В современной отечественной онкологии и радиологии широко применяется сочетанная лучевая терапия, а также хирургический и комбинированный методы лечения РШМ (Кондратьева А. П., 2008; Костромина К.Н., 2001). Типичным последствием облучения и/или диссекции регионарных лимфоузлов является нарушение лимфатического и венозного оттока, а также развитие местных лучевых повреждений здоровых органов и тканей в области полей облучения (Бардычев М. С., Кацалап С. Н., 2005; Гусева Л. И., 1987). Повреждение лимфатического аппарата при лечении РШМ относится к многообразному классу вторичных лимфостазов. Кроме того, отдаленные последствия радикальных расширенных операций и длительных курсов лучевой терапии приводят к утрате качественных характеристик жизни (физических, психологических и социальных), с возможной инвалидизацией женщин. Учитывая современные возможности диагностики и лечения злокачественных новообразований, в последнее время уделяется особое внимание не только сохранению жизни, но и качеству жизни пациентки (Гусева Л. И., 1987).

Цель исследования. Целью данного исследования явилось изучение влияния комплексного восстановительного лечения пациенток, получивших радикальное противоопухолевое лечение поповоду рака шейки матки на основании клинических и иммунологических показателей.

Изучить эффективность комбинированного применения метода лимфатической стимуляции с пневматической компрессией в лечении и профилактике лимфовенозной недостаточности нижних конечностей.

Материалы и методы. На базе отделения реабилитации курс лечения методом лимфатической стимуляции и пневмомассажа проходили 175 женщин, радикально пролеченных по поводу рака тела, шейки матки 1-2 ст., которые имели I-III степень лимфатического отека. Давность оперативного лечения составляла более 4-6 месяцев.

Для оценки эффективности лечебных мероприятий использовались следующие критерии:

- уменьшение чувства тяжести и боли в сегментах конечности или всей конечности,
- изменение объема отечной конечности на уровне всех отделов в динамике.

Электростимулирующее воздействие проводилось при помощи аппаратов «LymphaVision» или «BodyDrain», действие специфических низкочастотных токов которых, направлено на стимуляцию гладкой мускулатуры лимфатических и венозных сосудов. Процедура дозировалась: по силе тока до слабого сокращения мышц конечности, и по времени – от 15 до 20 минут.

Для проведения процедуры пневмокомпрессионного массажа использовались аппараты «Pulstar S2» STARVAC и «Lympha-mat 300» GRADIENT различающиеся как видом, так и режимом работы. Массаж проводился с помощью манжет (сапог), в которые подавался сжатый воздух по установленной программе от блока управления. Процедура дозировалась: по величине давления от 20 до 60 мм.рт.ст., по длительности компрессии и декомпрессии от 30 до 60 секунд, режиму работы и по времени – 30 минут.

Курс лечения составлял 10-12 процедур ежедневно или через день. При лимфовенозной недостаточности 1-2 ст. рекомендовались повторные курсы лечения не реже 2 раз в год, а при лимфостазе 3 ст. рекомендовалось курсовое лечение до 3-4 раз в год.

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

Результаты. В результате комбинированного применения лимфатической стимуляции с пневматической компрессией у большинства пациентов отмечалась выраженная положительная динамика в уменьшении объемных показателей конечности с 5-7 дня лечения, а начиная с 3-5 дня уменьшились и субъективные ощущения (чувство тяжести в конечности, боль и т. п.). К концу курса лечения в данной группе обследуемых объем конечности уменьшился на 67,5% от исходного.

Вывод. Включение в программу медицинской реабилитации лимфатической стимуляции с пневматической компрессией приводит к значительному улучшению функционального состояния лимфовенозной системы, что способствует уменьшению объемных показателей нижних конечностей, обеспечивая улучшение качества жизни пациентов и тем самым, увеличивая прирост реабилитационного эффекта.

Сивохина Т.А., Бурмистрова С.А., Рыбакова Н.Г., Лаврентьева Е.Б., Суховилова Е.В.

ТИБИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. На сегодняшний день рак предстательной железы (РПЖ) занимает второе место после рака легких среди злокачественных опухолей, встречающихся у мужчин в возрасте от 50 до 65 лет(Кызласов П.С., Сокольщик М.М., Байкова Н.В., Самойлов А.С., Забелин М.В., 2015). В настоящее время «золотым стандартом» лечения локализованных форм рака предстательной железы является радикальная простатэктомия (РПЭ), при которой нередко происходит травматизация нервных волокон, иннервирующих уретральные сфинктеры и мочевой пузырь, что приводит к их дальнейшей гипотонии и неизбежному последующему недержанию мочи как в раннем, так и в позднем послеоперационном периодах. Недержание мочи (стрессовое, ургентное, смешанное) после радикальной простатэктомии возникает у 80% мужчин, перенесших операцию, что значительно ухудшает качество жизни пациента и приводит к социальной дезадаптации, чем и обуславливает актуальность данной проблемы.

Цель исследования. Изучить эффективность применения метода тибиальной электростимуляции в лечении недержания мочи.

Материалы и методы. На базе отделения реабилитации курс лечения методом тибиальной электростимуляции (нейромодуляции) в первом полугодии 2018 года получили 92 пациента с недержанием мочи, радикально пролеченных по поводу рака предстательной железы I-III стадии. Давность оперативного лечения составила не более 3-6 месяцев.

Критериями эффективности лечебных мероприятий являлись: субъективные ощущения пациента, оценка качества жизни по опроснику SF-36 и «прокладочный» тест.

По степени выраженности недержания мочи, оцененной на основании «прокладочного теста», пациенты распределились следующим образом: легкая степень - 37 человек (40,2%), средняя степень - 51 человек (55,4%), тяжелая степень - 4 человека (4,4%).

Данный метод лечения заключается в воздействии на большеберцовый нерв слабым электрическим током. Для проведения процедуры электростимуляции использовалась современная аппаратура «PHYSIOMED-Expert» и «IONOSON-Expert». Воздействие проводилось с использованием накожных электродов. Процедура дозировалась: импульсным током прямоугольной формы (T/R), длительностью импульса 210 мс, длительностью паузы 300 мс, по силе тока от 5-20 мА до сгибания большого пальца на стопе, по времени от 15 до 20 минут. Курс лечения составлял 10-12 процедур ежедневно. Повторные курсы лечения рекомендовались 2 раза в год. Контрольную оценку результатов проводили после окончания второго курса лечения.

Результаты. К моменту контрольного осмотра отмечалось отсутствие симптомов недержания мочи - у 15 пациентов (16,3%), недержание легкой степени - у 49 человек (53,3%), средней степени - у 25 (27,2%), тяжелой степени - у 3 человек (3,2%).

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования, можно сделать вывод, что данная методика является одним из перспективных методов лечения недержания мочи, не вызывает побочных эффектов и может сочетаться как с лечебной физкультурой, так и с другими физиотерапевтическими методами воздействия (низкоинтенсивной магнитотерапией), тем самым помогает максимально улучшить качество и комфорт жизни пациента.

Синева Т.В.

ПРОФИЛАКТИКА РИСКОВ ПАДЕНИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ КАЧЕСТВЕННОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Падение пациентов в условиях стационара является серьезной медицинской, социальной и экономической проблемой, главным образом из-за своих последствий, связанных с необходимостью дополнительных расходов на лечение, реабилитацию данных пациентов. Профилактика риска падений пациентов является частью системы безопасной среды в медицинской организации. Несмотря на то, что риску получения травм подвергаются практически все люди, на тип и тяжесть травмы могут оказать воздействия следующие факторы:

- 1. Возраст возраст является одним из основных факторов риска падений. Самый высокий риск смерти или серьезных травм в результате падения угрожает пожилым людям, причем такой риск с возрастом повышается.
- 2. Наличие определенных заболеваний, состояний здоровья сердечно-сосудистые, неврологические, психические, обменные и другие заболевания, приводящие к шаткости походки, нарушению равновесия, головокружениям, нарушению зрения, слуха, тактильной чувствительности, ориентации в пространстве, нарушениями оценки своих физических возможностей и др.
- 3. Прием лекарств –лекарства способные вызывать дезориентацию, снижение внимания, зрения, слуха, тактильной чувствительности (наркотические анальгетики, сильнодействующие обезболивающие и психотропные препараты, цитостатики, глазные капли, снижающие остроту зрения).
- 4. Физиологические состояния изменения показателей крови (например низкий уровень гемоглабина), что часто бывает у онкологических пациентов в процессе химиотерапевтической и лучевой терапии, хирургического вмешательства, так же головокружения, слабость являются частым сопутствующим симптомом у онкологичеких пациентов.
- 5. Лечебно-диагностические процедуры\манипуляции длительное пребывание в горизонтальном положении при проведении каких либо исследований, манипуляций (рентгенологические исследования, перевязки, которые могут проводится длительное время, физиотерапия, массаж) при быстром вставании может приводить к головокружениям и падениям.

Учитывая все эти факторы в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» применяют методы профилактики падения пациентов:

Создание безопасной среды- под окружающей средой понимается пространство в кровати, вокруг кровати пациента, в палате, в коридоре. Чем безопаснее окружение у пациента тем меньше вероятность падения. Для реализации безопасной среды в нашем диспансере выполнены мероприятия, воздействующие на окружающую обстановку вокруг пациента:

- свободные проходы, отсутствие лишних предметов под ногами на пути пациента, в палатах кровати размещены таким образом чтобы подойти к ней можно было со всех сторон, тумбочки размещены вдоль стены;
 - наличие и доступность перил;
- во всех палатах и кабинетах отсутствуют высокие пороги и предметы висящие над головой:
 - в палатах вся мебель имеет устойчивое строение;
 - целостность напольного покрытия, отсутствие скользящих покрытий,

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

- размещение пациента с высоким риском падения в палатах, находящихся рядом с сестринским постом;
 - использование ночной подсветки пола в палата и ночного освещения в коридорах;
- предметы первой необходимости (очки, трость и т.п) размещена в легко доступном месте для пациента;
- использование кроватей с ограничителями, оборудование санитарных комнат поручнями,
- ограничение открывании окон пациентами, это делают уборщики служебных помещений.

Выбор наиболее безопасного способа перемещения –если пациент не уверенно передвигается по палате, то на все диагностические исследования, лечение он перемещается младшим медицинским персоналом отдела транспортировки на сидячей кресло-каталки. Если у пациента высокий риск падения то на все манипуляции он транспортируется на каталке лежа.

Установка сигнальной кнопки – для минимизации тревожности пациента, и для снижения риска падения при бесконтрольном перемещении. Сигнальные кнопки помогают пациенту вызвать помощь, когда она необходима. Данные кнопки располаются на расстоянии вытянутой руки, не только в палате, но и в санитарных комнатах для экстренного вызова медицинской сестры.

Все вышеперечисленные стратегии по профилактике падений всесторонние и многоплановые. Все они поддерживают политику по созданию более безопасной окружающей среды для пациентов и приводят к снижению факторов риска. Соловов В.А., Ганьжов В.О., Матяш Я.С.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Радиочастотная абляция (РЧА) является безопасным и эффективным методом лечения доброкачественных узловых образований щитовидной железы и автономно функционирующих узлов (АФУ).

Материалы и методы. В анализ были включены результаты лечения 600 пациентов с доброкачественными новообразованиями щитовидной железы, которым была выполнена РЧА в 2014 - 2019 г. Все пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт в области шеи, у 66 (11 %) пациентов на изменения формы шеи, 72 (12 %) - на болезненность при пальпации. 126 (21 %) пациентам с АФУ с гипертиреозом назначались антитиреоидные препараты до достижения эутиреоидного состояния. Размер узловых образований в среднем составлял 3,8 (2,5-8) см. Для исключения злокачественной опухоли всем пациентам дважды была выполнена прицельная биопсия. После проведения РЧА у всех пациентов определяли уровень гормонов щитовидной железы и проводили контрольное ультразвуковое исследование через 1, 6, 9, 12,24, 36 месяцев.

Для абляции использовалисьспециальные электроды с длиной рабочей части 0,5 см. Применялась местная анестезия лидокаином в месте введения электрода. Длительность абляции составила 3-10 минут в зависимости от размера узлового образования. Абляция проводилась под ультразвуковой навигацией и завершалась, когда все узловое образование становилось гиперхогенным.

Результаты исследования. После выполнения РЧА объемы узлов щитовидной железы уменьшились по сравнению с исходными на 54 %, 62 %, 76, 81 % через 1, 6, 12, 24 месяцев соответственно. Наибольшее уменьшение объема наблюдалось в течение первого месяца. Терапевтический эффект был достигнут за один сеанс у 432 (72 %) пациентов, 168 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. Все пациенты отмечали уменьшение или полное исчезновение симптомов в течение трех месяцев после проведения РЧА. Никаких осложнений при проведении РЧА не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, наши данные показывают, что РЧА является эффективным, малоинвазивным методом лечения доброкачественных узловых образований щитовидной железы.

Соловов В. А., Ганьжов В.О., Матяш Я.С., Фесенко Д.В., Кобелев С.М.

ФОКУСИРОВАННАЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Высокоинтенсивный фокусированный ультразвук (HIFU) является высокоэффективным, неинвазивным методом лечения рака простаты с 26-летним клиническим опытом и более 55000 пролеченных пациентов.

Материалы и методы. В анализ были включены результаты лечения 1300 больных раком предстательной железы, которым была выполнена HIFU в Самарском областном клиническом онкологическом центре в 2007 - 2019 гг. Пациентов с низким риском прогрессии рака простаты (Глиссон 5-6, стадия Т1- 2N0M0, ПСА < 10 нг/мл) было 291, с промежуточным (Глиссон 7, стадия Т1- 2N0M0, ПСА 10-20 нг/мл) - 500, с высоким (Глиссон 8-9, стадия Т2-3N0M0, ПСА 20-50 нг/мл) - 467, с местным рецидивом после ДЛТ и РПЭ – 42. Средний возраст составил 70,3 (52-89) года. 939 (72,2%) пациентам до НІFU-терапии была выполнена трансуретральной резекция простаты (ТУР). Среднее время наблюдения после лечения составило 120 (3-216) месяцев.

Результаты исследования. Местный рецидив или прогрессия после 10 лет наблюдения в группе с низким риском прогрессии наблюдались у 4,9 % пациентов, в группе с промежуточным риском развития прогрессии у 9,3 %, в группе с высоким риском у 34,9 %, в группе с местным рецидивом после ДЛТ и РПЭ у 25,6 %.

После 10 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 первичного рака предстательной железы, спасительной терапией локального рецидива после ДЛТ и РПЭ.

Сомов А.Н., Орлов А.Е., Козлов С.В., Егорова А.Г., Юсупов Р.Н., Липина Ю.В., Шабардина А.С., Козлова О.А.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. На территории Самарской области рак предстательной железы (далее РПЖ) в 2018 году занял 1 ранговое место (17,5%) в структуре онкозаболеваемости мужского населения (РФ 2017 год –2 место,14,5%). При этом в структуре смертности его доля составляет 9,6%, что соответствует 4 ранговому месту (РФ 2016 – 8,1%, 3 место). Комплексный анализ ряда показателей (активная выявляемость, удельный вес ЗНО предстательной железы, выявленных в 1-2, а также в 4 стадии заболевания, удельный вес онкобольных состоящих на учете 5 лет и более, доля онкобольных умерших в течение 1 года с момента установки диагноза, смертность, наблюдаемая выживаемость, запущенность по причине дефектов, доля посмертно учтенных онкобольных) объединенных в одну модель позволит выявить медицинские организации с низкой, средней и высокой интегральной оценкой. В дальнейшем мероприятия по улучшению качества диагностики, лечения и диспансерного наблюдения должны быть направлены в первую очередь на медицинские организации с низкой оценкой.

Цель исследования: оценить качество диагностики, лечения и диспансерного наблюдения больных раком предстательной железыв медицинских организациях Самарской области используя интегральную оценку.

Материалы и методы исследования: на базе популяционного ракового регистра ГБУЗ СОКОД создана программа для ЭВМ, позволяющая рассчитывать «Интегральную оценку качества диагностики, лечения и диспансерного наблюдения онкологических больных» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2019617649). Интегральная оценка состоит из показателей результативности и показателей дефектов. К показателям результативности отнесены: активная выявляемость; доля ЗНО, выявленных в 1-2 стадии; удельный вес онкобольных состоящих на учете 5 лет и более; доля онкобольных, умерших в течение 1 года с момента установки диагноза; показателя смертности от РПЖ и наблюдаемой выживаемости (5 летней) при РПЖ. В показатели дефектов вошли: доля ЗНО предстательной железы, выявленных в 4 стадии заболевания; показатель запущенности по причине дефектов; доля посмертноучтенных больных с РПЖ. При этом для каждого показателя результативности рассчитан среднеобластной показатель за предыдущий период наблюдения, который был принят за норму. В случае если «фактический показатель» превышал «норму», то в интегральной оценке проставлялось максимальное значение баллов. Если наоборот, то разница между фактическим показателем и нормой умножалась на единицу измерения. Получившееся значение вычиталось из максимального количества баллов. После проведения расчетов по каждом показателю, складывалась сумма баллов результативности (максимальное значение – 73 балла). Далее рассчитывались показатели дефектов, где фактические показатели перемножались на единицы измерения. После чего необходимо было сложить сумму баллов дефектов. Далее от суммы баллов результативности отнимали сумму баллов дефектов и делили на максимальное значение баллов - 73.Схематично модель подсчета интегральной оценки представлена ниже: "фактический балл результативности= максимальное количество баллов -" "(\"норма\" - \"фактический показатель\") * \"единица измерения" фактический балл дефектов= фактический балл * единицу измеренияинтегральная оценка = (сумма баллов результативности - сумма баллов дефектов)/ максимальное количество баллов результативности

Результаты исследования и их обсуждение. Интегральная оценка рассчитывалась для 26 центральных районных больниц, 5 центральных городских больниц, 16 медицинских организаций города Самары, 5 медицинских организаций города Тольятти и 4 Сызрани, за 2016, 2017, 2018 годы.

После расчета все медицинские организации были разделены на три группы: с низкой интегральной оценкой (оценка находится в диапазоне среднее значение- среднеквадратическое отклонение), средней интегральной оценкой (оценка находится в диапазоне среднее значение \pm среднеквадратическое отклонение) и высокой (среднее значение + среднеквадратическое отклонение).

По итогам 2016 года в группу медицинских организаций с высокой интегральной оценкой вошли: «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медикобиологического агенства (далее ПОМЦ ФМБА), городская больница (далее ГБ) 4, городская поликлиника (далее ГП) 9, медицинская санитарная часть (далее МСЧ) 5 г. Самары, ГП 1 г. Тольятти, Богатовская центральная районная больница (далее ЦРБ); средней интегральной оценкой: ГП 1, ГБ 7, ГП 15, ГБ 10, ГП 3, МСЧ 2, ГП 10, ГП 4, ГП 13, ГП 6, ГБ 6, ГП 14, ГБ 8 г. Самары, ГП 2, ГП 3, ГП 4 г. Тольятти, центральная городская больница (далее ЦГБ), ГБ 2 г. Сызрани, Отрадненская, Новокуйбышевская, Жигулевская ЦГБ, Сергиевская, Борская, Нефтегорская, Красноярская, Кинель-Черкасская, Безенчукская, Ставропольская, Большечерниговская, Похвистневская, Кинельская, Красноармейская, Исаклинская, Большеглушицкая, Приволжская, Шигонская, Челно-Вершинская, Волжская ЦРБ; низкой интегральной оценкой: ГП, ГБ 3 г. Сызрани, Чапаевская, Октябрьская ЦГБ, Клявлинская, Елховская, Сызранская, Пестравская, Хворостянская, Кошкинская, Шенталинская, Камышлинская ЦРБ.

В 2017 году высокая интегральная оценка зарегистрирована в: ГБ 4, ГП 15, г. Самары, ГП 1 г. Тольятти, ПОМЦ ФМБА; средняя: ГП 3, ГП 1, ГБ 6, ГП 4, ГП 13, МСЧ 5, ГП 14, ГП 6, ГБ 10, МСЧ 2, ГП 10, ГБ 7, ГП 9, ГП 2, ГП 3, ГП 4 г. Тольятти, ЦГБ, ГП, ГБ 2 г. Сызрани, Новокуйбышевская, Жигулевская, Отрадненская, Октябрьская, ЦГБ, Волжская, Сергиевская, Камышлинская, Шигонская, Кинель-Черкасская, Красноярская, Сызранская, Хворостянская, Нефтегорская, Кинельская, Челно-Вершинская, Богатовская, Красноармейская, Ставропольская, Большеглушицкая, Безенчукская, Борская, Клявлинскя, Шеталинская ЦРБ; низкая: ГБ 8 г. Самары, ГБ 3 г. Сызрани, Чапаевская ЦГБ, Похвистневская, Большечерниговская, Приволжская, Кошкинская, Елховская, Исаклинская, Пестравская ЦРБ.

В 2018 году в группу с высокой интегральной оценкой вошли: ГП 13, МСЧ 2, ГБ 10 г. Самары, ГП 1, ГП 4 г. Тольятти, Камышлинская ЦРБ; средней: ГБ 4, ГП 14, ГП 6, ГП 4, ГП 3, ГП 10, ГП 15, ГП 9, ГБ 8, ГБ 6, ГБ 7, ГП 1, МСЧ 5 г. Самары, ГП 2, ГП 3 г. Тольятти, ПОМЦ ФМБА, ЦГБ, ГБ 2, ГБ 3 г. Сызрани, Новокуйбышевская, Отрадненская, Жигулевская, Октябрьская ЦГБ, Борская, Красноярская, Сергиевская, Кинельская, Красноармейская, Волжская, Елховская, Большечерниговская, Безенчукская, Похвистневская, Сызранская, Богатовская, Кинель-Черкасская, Челно-Вершинская, Кошкинская, Нефтегорская, Ставропольская, Клявлинская, Большеглушицкая, Шигонская ЦРБ; низкой: ГП г. Сызрани, Чапаевская ЦГБ, Приволжская, Пестравская, Хворостянская, Шенталинская, Исаклинская ЦРБ.

Выводы. Таким образом, по итогам расчетов выделены медицинские организации, имеющие низкую интегральную оценкуза 1 год или весь период наблюдения: ГБ 8 г. Самары, ГП, ГБ 3 г. Сызрани, Чапаевская, Октябрьская ЦГБ, Приволжская, Пестравская, Хворостянская, Шенталинская, Исаклинская, Клявлинская. Елховская, Кошкинская, Сызранская, Камышлинская, Похвистневская, Большечерниговская ЦРБ. В указанных организациях необходимо провести более углубленное изучение причин низкого качества диагностики, лечения и диспансерного наблюдения больных раком предстательной железы и разработать мероприятия по устранению имеющихся недостатков.

Стадлер В.В., Муськин Р.Р., Кочетков А.О., Костин Д.С., Вострикова А.Д.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОРТАТИВНОГО ИНТУБОСКОПА МОДЕЛИ А41 ПРИ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Трудная интубация трахеи встречается в 3% случаях при онкохирургических операциях различных локализаций, а при оперативных вмешательствах по поводу опухолей головы и шеи возрастает до 10%. Одним из путей преодоления проблемы восстановления и поддержания проходимости «трудных дыхательных путей» нам представляется использование портативного итубоскопа модель А 41 (фирма MDH) с наружным диаметром 4 мм, дистальным изгибом с подвижным окуляром и батарейным источником света.

На этапе апробации и освоения данной техники интубация трахеи с использованием интубационного бронхоскопа нами осуществлялась в 22 случаях. Оценка риска «трудных дыхательных путей» производилась на основании объективного осмотра пациентки и модифицированной шкалы визуализации фарингеальных структур пациента по Mallampati. У 15 пациентов отмечали 2 класс, у 7-3 класс риска возникновения трудной интубации по Mallampati. В 78,3 % случаев интубация трахеи осуществлена с 1-й попытки, в 13,6 %—со 2-й попытки, а в 2 случаях интубация с использованием интубоскопа оказалась безуспешной и были применены альтернативные техники обеспечения проходимости дыхательных путей. Внедрение данной методики показало, что данные устройства имеют ценность в связи с возможностью визуально уточнить состояние верхних дыхательных путей за надгортанником, на уровне голосовой щели, выполнять оротрахеальную и назотрахеальную интубацию, санацию трахеобронхиального дерева, под непосредственным эндоскопическим контролем, а также осуществлять дополнительную оксигенацию при манипуляциях.

Мы считаем, что для успешного использования интубоскопа необходимо наличие компетентного ассистента для помощи в выполнении прямой ларингоскопии и приемов профилактики аспирационного синдрома.

Вывод. Апробированная нами методика интубации трахеи с помощью портативного интубоскопа модель А 41 показала высокую эффективность в случаях прогнозируемой и неожиданной трудной интубации трахеи.

Стадлер В.В., Артемьев А.В.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОНКОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ ГОЛОВЫ И ШЕИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

За последние десятилетия, во многом благодаря усовершенствованию анестезиологического пособия, расширились возможности и объемы хирургических вмешательств при опухолях головы и шеи. Проведение анестезии у данной категории больных, помимо своей специфичности должно учитывать и другие, зачастую имеющиеся отягощающие факторы (пожилой возраст пациентов, наличие сопутствующей патологии, большой объем и длительность операции). В нашем отделении накоплен большой опыт проведения анестезии при подобных операциях, который позволяет минимизировать риски и осложнения в работе анестезиолога, улучшить качество проведения анестезии, уменьшить нагрузку на стационар и увеличить оборот операционного стола. Обобщая накопленный материал, можно выделить несколько ключевых этапов в работе анестезиолога с подобными больными.

І. Поликлинический этап.

Врач-хирург отделения опухолей головы и шеи, проводящий первичный прием пациентов работает в непосредственном контакте с терапевтом и анестезиологом. В затруднительных случаях проводится совместный консилиум, назначаются дополнительные методы обследования и лечения больных на догоспитальном этапе.

- II. Предоперационный осмотр.
- Определяется риск предполагаемой трудной интубации (применяется шкала Маллампати, Кука, тироментальной дистанции, прямая ларингоскопия, осмотр врача-эндоскописта; при необходимости КТ и МРТ зоны поражения с оценкой анестезиологом результатов обследования для определения смещения/сдавления дыхательных путей, магистральных сосудов и крупных нервных стволов).
- В обязательном порядке проводится консультация терапевта, ЭКГ, ОАК, ОАМ, БАК, коагулограмма.
- При наличии сопутствующей патологии проводится консультации узких специалистов согласно нозологии (кардиолога, невропатолога, эндокринолога и др.), дополнительные методы инструментального и лабораторного обследования (ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, тропониновый тест, определение уровня натрийуретического пептида, КТ, ФБС, ФГДС, УЗДГ сосудов шеи и нижних конечностей и др.).
- При предполагаемом большом объеме оперативного вмешательства резервируется компоненты крови.
- У больных с опухолями головы и шеи определяется объем и характер энтерального питания. При его дефиците осуществляется коррекция инфузионной терапии и назначается парентеральное питание в течение нескольких дней.
 - III. Этапы оперативного вмешательства.
- Большое значение при операциях на голове и шеи имеет интубация трахеи. При заведомо высоком риске интубация проводится в присутствии врача-хирурга из отделения опухолей головы и шеи и врача-эндоскописта.
- В случаях с предполагаемой массивной кровопотерей заранее должна быть проведена катетеризация центральной вены. В наличии должны иметься средства для инфузионно-трансфузионной терапии, вазопрессоры и кардиотоники. При длительных оперативных вмешательствах более 6 часов (расширенно-комбинированные операции на органах головы и шеи с пластикой) проводится контроль диуреза, ОАК в динамике.

- В большинстве случаев при операциях на голове и шеи, операционное поле закрыто для анестезиолога, поэтому в обязательном порядке должен проводиться мониторинг артериального давления, пульса, сатурации кислорода, капнография. В особых случаях выполняется инвазивное измерение артериального и центрального венозного давления, а так же используются неинвазивные методы церебральная оксиметрия (Somanetics), определение сердечного выброса и индекса (NICO), уровня миорелаксации (TOF) и седации пациента (BIS).
- Обязательно наличие специального анестезиологического оборудования (воздуховоды, ларингеальные маски,видеоларингоскопы, ларингоскопы с изменяющим направление наконечником, проводники для интубации и реинтубации трахеи, гофрированные трубки и т.д.).
- При оперативных вмешательствах на органах головы и шеи затрагиваются области активных рефлексогенных зон. Чтобы избежать осложнений в результате манипуляций хирурга анестезиолог должен обеспечить адекватную глубину наркоза, в наличии должны находиться необходимое лекарственное и инструментальное обеспечение.
- Применение интраоперационного нейромониторинга в хирургии щитовидной и паращитовидных желез позволяет в режиме реального времени идентифицировать гортанные нервы для оценки их функции и уменьшения риска повреждения во время оперативного вмешательства и в раннем послеоперационном периоде.
- С целью увеличения оборота операционного стола, улучшения качества анестезии и течения раннего послеоперационного периода предпочтение отдается комбинации современных препаратов для проведения наркоза. Миорелаксация при вводном наркозе и для ее поддержания осуществляется рокуронием бромидом, имеющим специфический быстродействующий антидот-сугаммадекс («Брайдан»). Для вводного наркоза используется анестетик-пропофол, поддержание анестезии проводится современными ингаляционными анестетиками: севофлюраном 1,5-2,5 об%, десфлюраном 4-6 об% в режимеLow под контролем уровня сознания. Для обезболивания применяется фентанил, промедол.Нейровегетативная защит- мидозолам (дормикум), диазепам (сибазон, реланиум).

IV. Послеоперационный период.

- Все больные после оперативного вмешательства под общей анестезией подлежат переводу в палату пробуждения для контроля витальных функций в раннем послеоперационном периоде, а так же осложнений, характерных в хирургии опухолей головы и ше-и.Пациенты после объемных и травматичных оперативных вмешательств, с сопутствующей тяжелой соматической патологией переводятся в отделение реанимации и интенсивной терапии.
- В обязательном порядке у персонала, осуществляющего мониторинг больного в раннем послеоперационном периоде должны иметься специфические антидоты бензодиазепинов («Анексат») и миорелаксантов («Брайдан»).

Стадлер В.В., Кочетков А.О., Крюкова Э.Г., Костин Д.С., Вострикова А.Д.

ОПЫТ УСТАНОВКИ БРОНХОБЛОКАТОРА ПОД КОНТРОЛЕМ ВИДЕОЭНДОСКОПА A41

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Бронхоблокатор представляет собой баллон, который в сдутом состоянии проводится через однопросветную эндотрахеальную трубку и раздувается в просвете бронха с целью ателектазирования легкого или его доли при проведении торакальных операций.

Показания для постановки бронхоблокатора:

- 1. Необходимость отключить легкое для создания комфортных условий хирургу (ВАТС, доступ к корню легкого) 2х просветная трубка удобнее.
- 2. Полостное образование в легком защита здорового легкого от патологического отделяемого.
- 3. Негерметичность дыхательных путей. Преимущество бронхоблокатора возможность установки интраоперационно в случае экстренной ситуации.

Виды бронхоблокаторов:

- -Фогарти (без центрального канала для эвакуации воздуха и секрета из оперируемого легкого)
 - -Арндта (с петлей для закрепления к концу эндоскопа возможно смещение)
- -ez-blockers (быстрое и легкое введение, возможность проведения ИВЛ с любой стороны)
- -Коэна или VivaSight-EB (имеется центральный канал, не требуется фиксация к бронхоскопу)
- С целью минимизации осложнений, в отделении анестезиологии-реанимации ГБУЗ СОКОД разработан протокол постановки бронхоблокатора (на примере ez-blocker):
- 1.Интубация трахеи трубкой от 8 мм. Не заводить трубку глубоко (в инструкции -4 см до карины). Как только манжета зашла за голосовые складки необходимо остановиться. Глубокое введение трубки может быть причиной неудачи: при недостаточном расстоянии от конца трубки до карины усики не успевают расправиться и блокатор весь уходит в правый главный бронх.
- 2. Контроль ФБС детским бронхоскопом (3мм) после установки в положении на спине, после поворота повторный контроль.
- 3.Маркировка манжет: правая-левая и объема воздуха, необходимого для перекрытия просвета. Давление в манжете, которое рекомендовано 21-31 см.вод.ст. не работает, легкое раздувается. Обычно для герметизации необходимо 60 см.вод.ст. (по инструкции раздуть под контролем ФБС, зафиксировать объем воздуха, добавить 1-2 мл для гарантии герметичности).
- 4.После торакотомии открыть контур хирург рукой сдувает легкое, после спадения легкого раздувается манжета, подключается ИВЛ, начинается вентиляция второго легкого. Гипоксия развивается реже, чем при однолегочной вентиляции с помощью 2х просветной трубки.
- 5.Важно! При пульмонэктомии удалить блокатор перед отсечением бронха. Иначе блокатор окажется в шве.
 - 6. После удаления блокатора санация ТБД.

Возможные способы установки бронхоблокатора:

а) «вслепую» совместно с оперирующим хирургом (возможна травматизация тканей, удлинение времени операции)

- б) через видеоинтрубационную трубку VivaSight SL, с последующим on-line контролем положения на всех этапах операции (поворот на бок, выделение корня легкого, отсечение препарата)
 - в) установка под контролем ФБС.

В сентябре 2019 года в отделение анестезиологии-реанимации поступил на апробацию видеоэндоскоп A41, который отлично зарекомендовал себя при выполнении трудной назотрахеальной и оротрахеальной интубации. В следующем клиническом случае представлен опыт использования видеоэндоскопа для установки бронхоблокатора VivaSight-EB при выполнении видеоассистированной биопсии плевры справа.

Материалы и методы. Пациентка 3., 66 лет с диагнозом: Рак правой молочной железы рТ3N0M0, рмэ+пхт 6ц 2008 году. Прогрессия в 2011 году в виде мтс в п/операционный рубец, хирургическое иссечение и ДЛТ (СОД 44 Гр). В 2016 году прогрессия в виде мтс в легкие 2016 году — 6 циклов ХТ. В 2017 году прогрессия в виде мтс в позвоночник,плевру - 2 цикла ХТ 2-ой линии. В 2018 году - маркерный рост, продолженный рост мтс в плевру. Двусторонний гидроторакс. В процессе гормонотерапии 1-ой линии. Стабилизация процесса. 2 кл.гр. Прогрессия в 2019 году - mts в плевру справа, кости (грудные позвонки, ребра). Выпот в плевральных полостях. Лимфаденопатия левой надключичной области, susp. mts. Консультирована торакальным хирургом СОКОД. Дообследована в поликлинике СОКОД. Госпитализирована в торакальное отделение для хирургического лечения.

Операция: видеоассистированная биопсия плевры справа. Наркоз — ЭТН (эпидуральная анестезия не показана в связи с распространенностью процесса на грудные позвонки). Вес 70 кг. Рост 162 см.

Вводный наркоз осуществлялся пропофолом (1-2 мг/кг), с последующим переводом на ИВЛ кислородо-воздушной смесью (${\rm FiO_2}=0.5$) в режиме РС и поддержанием низкопоточной анестезией десфлюраном (МАК = 6,0). Мономиорелаксация обеспечивалась рокуронием (0,6 мг/кг). Перед интубацией трахеи и на начало операции вводился фентанил (1,5 мкг/кг). Проводился интраоперационный мониторинг глубины анестезии (ВІЅ мониторинг), параметров вентиляции (${\rm SpO_2}$, капнография, ДО, МВЛ, ЧДД), показателей гемодинамики (ЭКГ, ЧСС, пульс, неинвазивное АД) и уровня миорелаксации (${\rm TOF-watch}$) по показаниям.

Под контролем видеоэндоскопа А41 через однопросветную эндотрахеальную трубку 8.0 заведен бронхоблокатор VivaSight-EB в правый главный бронх. Раздувание манжеты до полной обтурации бронхиального просвета. Повторный ФБС контроль после поворота на левый бок и перед удалением бронхоблокатора. Торакоскопическая картина обтурационного ателектаза правого легкого. Длительность операции 40 минут. Перед послойным ушиванием мягких тканей бронхоблокатор удален. Раздувание легкого со стороны операции. Во время операции проводилась ИВЛ в режиме нормовентиляции (ДО 6-8 мл/кг, EtCO2 32-36 mmHg). В ходе анестезии снижения SpO2 (98-100%) не наблюдалось, гемодинамика стабильная. После экстубации в операционной пациентка переведена в палату пробуждения для дальнейшего наблюдения. Послеоперационный период без осложнений. Пациентка выписана на 18 сутки после операции.

Выводы. Установка бронхоблокатора под контролем видеоэндоскопии с успехом может применяться при выполнении торакальных операций. Главным преимуществом видеоэндоскопа по сравнению с видеоинтубационной эндотрахеальной трубкой VivaSight SL является возможность селективного заведения бронхоблокатора и выключения не всего легкого из вентиляции, а отдельно оперируемой доли. Это особенно важно у пациентов с предшествовавшими резекциями легкого или ограниченным легочным резервом в результате тяжелой сопутствующей патологии для сохранения адекватной оксигенации и профилактики гипоксии.

Станчина Ю.В.

ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПИГМЕНТНЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России» Кафедра факультетской хирургии и онкологии

Актуальность. Меланома кожи относится к наиболее агрессивным типам злокачественных опухолей человека, занимая лидирующее положение среди новообразований с непрогнозируемым течением, высоким уровнем смертности и низкой эффективностью терапии диссеминированных форм. Меланома, зачастую, маскируется под меланоцитарный невус, а беспигментные ее формы легко спутать с папилломой, внутридермальным невусом и другими доброкачественными новообразованиями кожи. Поэтому клинические признаки меланомы в начальных стадиях развития не дают оснований для проведения дифференциальной диагностики. Немаловажное значение в диагностике меланомы имеет опыт и квалификация врача первичного контакта — дерматолога или, даже, терапевта. Онкологам давно известно, что гиподиагностика приводит либо к неадекватной тактике ведения пациентов, либо влечет за собой лечебное воздействие на опухоль в неадекватном объеме, что может повлечь за собой диссеминацию процесса.

Цель работы: анализ тактики ведения больных с пигментными опухолями кожи на этапе доклинической диагностики с последующей оценкой результатов амбулаторного лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 82 больных, которым в различных поликлиниках Саратова за период с 1995 по 2015 годы выполнено амбулаторное удаление неверифицированных пигментных опухолей, впоследствии оказавшихся меланомой. Среди них преобладали женщины – 48 пациенток (58,5%). Чаще меланома встречалась в возрасте от 51 до 60 лет -31 пациенток (37,8%). Первичный очаг преимущественно локализовался на туловище у 37 пациентов (45,1%) и нижних конечностях у 31 (37,8%). У женщин преобладала локализация на нижних конечностях – 24 человека (50%), а у мужчин на туловище – 19 человек (55,8%). Преобладала узловая форма роста (у 57 человек-69,5%). Изъязвление поверхности отмечено у 16 больных (19,5%). Результаты. Ретроспективно проведенный анализ анамнеза пациентов показал, что чаще меланома возникала на фоне предшествующего пигментного невуса (68 человек - 83%), как врожденного (30 больных - 44%), так и приобретенного (38 пациентов - 56%). Среди причин, способствующих малигнизации пигментного образования, были выявлены: интенсивное и длительное воздействие солнечных лучей у 43 человек (52,4%), хроническая травма у 32 человек (39%), гормональные перестройки в организме на фоне полового созревания и беременности – у 6 больных (7,3%). Основным поводом для обращения к врачу был рост пигментной опухоли, выявленный у 78 больных (95,1%). Сроки от момента увеличения пигментного образования до обращения пациента к врачу составляли, в среднем, около одного года (у 52 человек - 62,2%). Чаще всего (76 человек - 92,6%) первым специалистом, которого посещали больные, оказывался хирург районной поликлиники, который производил удаление пигментного образования под местной анестезией без проведения предварительного цитологического исследования и консультации онколога. Гистологическое исследование удаленного образования выполнено лишь у 49 пациентов (64,5%).

Отсутствие морфологического заключения о характере патологического процесса у большинства пациентов привело не только к неверной тактике ведения и проведению лечения в неадекватном объеме, но и к ухудшению прогноза. После верификации меланомы все больные были направлены для диспансерного наблюдения в онкологический диспансер. При дальнейшем наблюдении за прооперированными пациентами установлено, что с

прогрессированием заболевания в клиники госпитализированы 66 пациентов (80,4%). Диссеминация проявилась в следующие сроки: до одного года у 42 больных (63,6%), от двух до пяти лет у 18 человек (27,3%), более пяти лет у 6 человек (9,1%). На момент госпитализации морфологически были доказаны метастазы в регионарные лимфатические узлы у 38 больных (46,3%), местный рецидив констатирован у 23 человек (28%), внутрикожные метастазы у 5 пациентов (6,1%). Чаще всего диссеминация отмечена при локализации меланомы на нижних конечностях и туловище (95,1% от общего числа).

Анализ отдаленных результатов показал, что всего умерло 22 человек из 82, что составило 26,8%. Летальный исход на первом году после лечения установлен у 9 человек, на втором году у четырех, на третьем году у двух; через пять лет умерло еще три пациента, через 8 лет — еще четыре. Среди умерших было 35,4% от общего числа женщин и 20,5% от общего числа мужчин. Самая неблагоприятная возрастная группа - 31-40 лет (умерло 70,2%) и старше 60 лет (умерло 41,5%). Наиболее часто опухоль локализовалась на нижних конечностях — 9 человек (41%). У 2/3 больных отмечено изъязвление очага. Все больные имели IY или Y уровень инвазии по Clarck, толщина опухоли более 1,5мм.

Следовательно, неправильная тактика врачей при амбулаторном обследовании больных с пигментными образованиями на коже привела к тому, что у 51,2% пациентов констатирована диссеминация процесса в первый год после удаления меланомы.

Для сравнения были проанализировали отдаленные результаты лечения 100 больных, направленных врачом поликлиники в онкологический стационар, где диагноз меланомы был верифицирован. Группа идентична в процентном соотношении по возрастнополовым признакам, локализации процесса, стадии. В этой группе, в отличие от амбулаторно оперированных, при дальнейшем наблюдении диссеминация (в основном метастазы в регионарные лимфатические узлы) была выявлена в 24% наблюдений, против 51,2% (р<0,01), а летальность составила 16% (против 26,8%) (р<0,05).

Выводы.

- 1. Амбулаторное удаление пигментных опухолей кожи, при полном отсутствии морфологической верификации, приводит к тому, что больше, чем у 50% больных в течение первого года с момента операции констатируются признаки диссеминации опухоли.
- 2. Каждому амбулаторно-поликлиническому врачу необходимо знание факторов риска и симптомов активизации доброкачественных пигментных образований.

Сухарева Е.А., Малкина Л.Г., Денисова Т.А.

ЗАДАЧИ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД ПО ОНКОЛОГИИ В СЕЛЬСКИЕ РАЙОНЫ ЦРБ

ГБУЗ СО «Ставропольская ЦРБ»

Неотъемлемая часть работы онколога поликлиники ЦРБ - осуществление онкологического компонента выездной бригады в сельские районы. Выездная бригада в составе врачей узких специальностей (онколог, хирург, невролог, эндокринолог, гинеколог, ЛОР, окулист, фтизиатр, эпидемиолог, нарколог) и медицинских сестер выезжает в сельские районы в соответствии с графиком, утвержденным главным врачом. За определенный отрезок времени выезды проводятся в села территориально расположенные в непосредственной близости друг от друга. Данный план поездок охватывает медицинские участки близлежащих сел и отдаленные неселенные пункты с небольшим количеством населения. Основная цель данных поездок - приближение доступности медицинской помощи сельским жителям, в том числе маломобильным. В рамках национального проекта «Здоровье» ЦРБ получен мобильный лабораторно-диагностический комплекс, оснащенный УЗИ аппаратом, ЭКГ, спирографом, лабораторным оборудованием для исследования общего анализа крови и мочи. Также в состав бригады входит персонал отделения медицинской профилактики.

В задачи онколога на выезде входит:

- 1. Прием пациентов:
- осмотр диспансерной группы онкобольных,
- осмотр диспансерной группы больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями.
- осмотр на дому онкобольных 4 кл гр, коррекция терапии больных с хроническим болевым синдромом,
- консультации пациентов с патологией, впервые выявленной, в смотровом кабинете, при прохождении флюорографического, маммографического, цитологического и ИФА-скрининга.
 - 2. Проверка ведения документации по онкологии на ОВОП и ФАПе:
- наличие паспорта участка, планов по онкоосмотру прикрепленного населения, флюорографического, маммографического, цитологического и ИФА-скринингов,
 - наличие и знание приказов и методических рекомендаций по онкологии,
- наличие и ведение журналов онкобольных (журнал онкобольных участка, журнал онкобольных 4 клинической группы),
- учет сведений и дообследования пациентов со скрининговых программ (из смотрового кабинета, после флюорографии, маммографии, по результатам ИФА-скрининга),
- наличие и своевременное заполнение форм № 30 и диспансерного журнала больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями,
- 3. Оказание организационно-методической помощи терапевтам, врачам общей практики, фельдшерам в оформлении документов на активно выявленных онкобольных и при разборе запущенных случаев.
- 4. Проведение лекций и обучающих семинаров среди медицинских работников и населения.

Дополнительное обучение медицинского персонала и сельского населения по вопросам онконастороженности проводит инструктор по гигиеническому воспитанию отделения медицинской профилактики.

Проведенная работа позволила при росте заболеваемости злокачественными новообразованиями с 416,4 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 455,3 в 2018 г. увеличить удельный вес активно выявленных онкобольных с 6,5% до 14,2%, повысить удельный вес выявленных больных 1-2 стадией заболевания с 61,8% до 63,1%, снизить одногодичную летальность с 24,8% до 23,2%.

Топоркова Г.В., Назарова А.О.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОЦЕДУРЫ КОРМЛЕНИЯ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ПАЦИЕНТА ПРИ НАРУШЕНИИ ГЛОТАНИЯ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Дисфагия — это нарушение акта глотания или затруднение при глотании возникает, когда какой-либо из элементов участвующих в этом процессе не выполняет свои функции правильно. Во многих случаях возникновение и развитие дисфагии происходит так медленно, что некоторые пациенты не уделяют достаточного внимания данному расстройству, которое со временем ухудшается. Поэтому настоятельно рекомендуется провести раннюю диагностику и начать лечение как можно раньше.

Кормление тяжелобольных при кажущейся банальности этой процедуры таит в себе серьезные угрозы для здоровья и даже самой жизни пациента. Опасности кормления состоит в возможности затекания пищевой массы из желудка в дыхательные пути. Кормление тяжелобольных с дефицитом самообслуживания входит медицинским персоналом Их помощниками являются работники из числа младшего медперсонала. Выполняя свою работу, медицинские сестры и младшие медицинские сестры по уходу за больными должны знать об опасностях кормления тяжелобольных и соблюдать необходимые меры безопасности. Так медсестра и санитарки, работающие с больными, у которых нарушен акт глотания должны уметь выявлять особенности нарушения акта глотания, а при выявление таких нарушений правильно кормить пациентов, что предполагает собой диету, а именно:

- 1. Твердую пищу лучше нарезать маленькими кусочками, которые удобны для жевания и легко усваиваются.
- 2. Не давать всю пищу только в протертом состоянии. Кишечник станет работать хуже, и от такой еды меньше удовольствия.
- 3. Йогурты, соки, фруктовые пюре можно замораживать и давать в виде мороженого так их проще глотать.
- 4. Если у больного зубные протезы предпочтительно употреблять супы, каши и пюреобразные блюда – не будут натирать десны под протезами

Однако стоит придерживаться и таких правил как: избегать

- 1. Очень холодных/горячих блюд и напитков предпочтительно, чтобы пища была очень теплой, но не горячей.
 - 2. Продуктов, вызывающих повышенное газообразование.
- 3. Контролировать и ограничивать употребление избыточно жирных, копченых, острых, соленых продуктов, газированных напитков, переданных родственниками пациента.

Немаловажную роль следует отводить правильному положению пациента в постели при кормлении. Необходимо приподнять головной конец кровати при наличии многофункциональной кровати, либо подложить под голову и спину пациента делительную подушку, тем самым помочь пациенту занять положении Фаулера. Не стоит забывать об уходе за полостью рта во время кормления и после. Если вовремя или после глотания у больного появился кашель или прерывистое дыхание, или потеря голоса, если он не может сглотнуть слюну, а пища выпадает у него изо рта - все это говорит о возможном нарушении глотания еще до начала тестирования.

Тестирование больного при нарушении глотания проводиться в два этапа. На первом этапе медицинская сестра определяет, в сознание ли больной и способен ли он контролировать положение головы, если его приподнять на подушке. Если он не реагирует на обращение и/или не контролирует положение головы, в дальнейшем тестирование не проводят.

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

Продолжая первый этап теста, ухаживающий персонал выясняет, свободно ли дышит пациент, может ли покашлять, сглотнуть слюну, облизать языком губы. Если у больного есть затруднение дыхания, хриплый голос, он не может покашлять и сглотнуть слюну, не может облизать губы, то медицинская сестра, проводившая скрининг, уже на первом этапе должна заподозрить нарушение глотания и сообщить об этом врачу, чтобы его осмотрел невролог и дал рекомендации по кормлению.

На втором этапе медицинская сестра дает больному одну чайную ложку воды. Если он без труда проглатывает ее, дают вторую и затем третью ложку, внимательно наблюдая за больным. Если никаких проблем при глотании небольших порций воды нет, больному предлагают выпить полстакана воды. Если и это не вызвало затруднений, пациент может получать питание в соответствие с назначенным столом.

Если же при попытке проглотить первую вода вытекает у больного изо рта, если он поперхивается, начинает кашлять, у него появляется охриплость голоса, одышка, следует прекратить тест, ничего не давать через рот и сообщить об этом врачу.

Каждая медсестра, которая имеет дело с тяжелыми больными, должна уметь проводить это несложное тестирование нарушение глотания и знать краткое обозначение НЧР, означающее, что больному ничего нельзя давать через рот.

Торопова Н.Е., Закамова Е.В., Тетерина Ю.Ю.

ОСОБЕННОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ МУТАЦИЯМ ГЕНОВ BRCA

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В 1990 г. был открыт первый ген, ассоциированный с раком молочной железы (РМЖ) BRCA1, а четырьмя годами позже — второй ген, BRCA2. Аббревиатура BRCA происходит из сокращений 2-х слов: BReast CAncer. BRCA1 и BRCA2 кодируют непохожие друг на друга белки, но оба продукта этих генов играют ключевую роль в поддержании целостности генома, в частности, в процессах репарации ДНК. Гены BRCA1и BRCA2 являются классическими опухолевыми супрессорами, регулируют репарацию разрывов ДНК. Ген BRCA1, кроме того, отвечает за транскрипцию, регулирует клеточный цикл, подавляет пролиферацию эстроген-зависимых клеток. В клетках с дефектными генами BRCA возникает генетическая нестабильность и хромосомные аномалии, предопределяющие развитие новообразований (Lengauer P. et al., 1998; Welcsh B. et al., 2000; Imyanitov E. 2003; Копнин Б.П., 2004). Мутации BRCA2 могут носить нетолько генеративный, но и соматический характер и выявляться на поздних стадиях спорадического рака яичников (РЯ). У больных РМЖ и РЯ при ранних стадиях заболевания встречаемость мутации генов BRCA1/2 составляет 10%; при распространенных — 15%. Герминальные мутации BRCA1 и BRCA2 не определяют весь спектр наследственных форм рака органов женской репродуктивной системы. У 20-55% больных с другими семейными синдромами эти гены не выявляются. Обнаружены низкопенетрантные гены, такие как РТЕЛ, ТР53, ATM, CHEK2, NBN, BLM, FANC, NBS1, BRIP1, PALB2, RAD50, FGFR, MLH1, MSH2, МЅН6, ответственные за развитие наследственных онкологических синдромов в 5—15% случаев (Любченко Л.Н. и др., 2011; Поспехова Н.И., 2011; Окуленко Л.В. 2012; Кочеткова Е.О., Дегемерзанова Н.К., 2017). В последнее время исследователи установили свыше 70 новых вариантов генов, кроме BRCA, которые в той или иной степени связаны с повышенным риском возникновения рака молочной железы, яичников и простаты. Среди них: KRAS, NRAS, BRAF, ERBB2, PTEN, CTNNB1, PIK3CA, ARIDIA и PP2RIA и др. Наследственный рак молочной железы является самой частой разновидностью семейных опухолевых заболеваний. Семейную историю накопления РМЖ и опухолей женской репродуктивной системы отмечают 25% заболевших женщин. Доля наследственно-обусловленного РМЖ колеблется от 5 до 10%, что составляет 69150-138000 случаев. «Классические» разновидности наследственного РМЖ ассоциированы с высоким риском рака яичника (РЯ), поэтому в медицинской литературе обычно используется термин «синдром РМЖ/РЯ» (breast-ovarian cancer syndrome).

Цель исследования. Проанализировать особенности РМЖ и РЯ у больных с мутациями BRCA.

Материалы и методы. Мутации BRCA исследовали методом PCR-RT. Обследовали 1604 женщин с отягощенным семейным анамнезом (OCA), больных с доброкачественными образованиями (узловая мастопатия: фиброзно-узловая, диффузно-узловая, кистозно-узловая) (1133 пациентки), больных РМЖ (471 пациентка) и больные с платиночувствительным рецидивом РЯ (80 пациенток).

Результаты. Мутации были обнаружены у 59 из 1604 женщин (3,7%). В группе женщин с отягощенным наследственным анамнезом и доброкачественными образованиями молочной железы мутации встречались реже (0,6%), а в группе больных РМЖ - чаще (10,4%), в группе больных с платиночувствительным рецидивом РЯ еще чаще (16,25%). Средний возраст больных РМЖ с mut BRCA1 составил 42,6 лет, среди носительниц мутантного гена - 70% - больные РМЖ - до 40 лет; 75% больных имели триплет негативный РМЖ (ТНРМЖ). 35% (17/49) больных РМЖ с mut BRCA1 имели первично-множествен-

ный рак (ПМР), метахронный, включая контралатеральный РМЖ и синхронный билатеральный РМЖ с мультифокальным ростом. У 85,7% (42/49) больных ТНРМЖ обнаружена инсерция 5382insC.

Подавляющая часть обнаруженных мутаций BRCA, как и следовало ожидать, – это инсерция 5382 (86,8%). Мутация с заменой цистеина на глицин в 61 кодоне 300T>G (С61G) часто встречается во многих странах со славянским населением. В группе больных РМЖ эта мутация была обнаружена у 6% пациенток. Делецию 4153delA, распространенную в РФ и странах восточной Европы, мы обнаружили у 8% больных. Делеция 185, типичная для евреев Ашкенази, не обнаружили. В исследуемой группе больных РЯ, средний возраст которых составил 57 лет, мутации в гене BRCA1 обнаружены у 13 (16,25%) больных РЯ. Средний возраст больных РЯ с mut BRCA1 был существенно ниже - 42,7 лет, из них 38,4% женщин - моложе 50 лет. У 69,2% больных с мутацией BRCA диагностирован РЯ, вовлекающий оба яичника с метастазами (9/13). 61,5% больных с мутацией BRCA имели низкодифференцированную и/или недифференцированную аденокарциному. 27% больных РЯ исследуемой группы с ОСА имели мутации гена BRCA1, что свидетельствует о необходимости обследования молодых женщин с ОСА на наличие герминальных мутаций. Вместе с тем, по крайней мере, 38% больных BRCA-ассоциированным РЯ не отмечали семейную отягощенность, а 20% больных РЯ с диким типом BRCA имели отягощенный семейный анамнез. Последние - кандидаты на исследование других герминальных мутаций и лучше всего методом секвенирования. У больных РЯ чаще всего встречалась инсерция 5382insC (61,5%). Делеция 4153delA обнаружена в 23% случаев. По данным литературы инсерция 5382 и мутация 4153delA являются причиной почти 86% семейного рака яичников в России. Мутации 300T>G (C61G) и 185delAG встречались с частотой по 7.75%.

Заключение. Характерные особенности BRCA1-ассоциированного РМЖ и РЯ: молодой возраст больных; билатеральный рак РМЖ или РМЖ и рак яичника, высокая частота ПМР; РМЖ характеризуется отсутствием гормональных рецепторов, отсутствием HER2, т.е. ТНРМЖ (Базальный фенотип). Высокая степень злокачественности. BRCA1 — ассоциированный ТНРМЖ — крайне агрессивная форма опухоли с высоким уровнем метастазирования, среди отдаленных метастазов наиболее вероятно метастазирование в головной мозг и легкие, менее вероятно - в кости и печень. BRCA1-ассоциированный РЯ в 80% случаев — серозная аденокарцинома, которая диагностируется в среднем возрасте — 48 лет. По данным литературы BRCA1 ассоциированный рак яичниковможет иметь более благоприятный прогноз, чем спорадический рак яичников.

Торопова Н.Е., Подусова Т.Н., Ярыгина А.В., Закамова Е.В., Фролова Е.В., Мальцева Н.В., Коломина С.В., Горина А.О., Печорская Е.А.

ПЕРВЫЙ ЭТАП ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТА В РАБОТУ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ГБУЗ СОКОД

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Перестройка работы лабораторной службы в соответствии с национальными и международными стандартами – требование времени. Все возрастающая роль лабораторных исследований на всех этапах диагностики, лечения и консультирования больных ставит задачи повышения эффективности и согласованности функционирования всех лабораторных процессов. Еще в 2013 г. на Общероссийской научно-практической конференции «Эффективная лабораторная медицина: методы и средства анализа, способы организации и стандарты практики», прошедшей в рамках форума «Национальные дни лабораторной медицины России – 2013», Willem Huisman - председатель Комитета по аккредитации и регулированию Европейской федерации лабораторной медицины сказал: «Медицинская лаборатория предоставляет информацию для диагноза, предупреждения и лечения болезни. Она не только сообщает точные данные, но также предоставляет консультативные услуги по всем аспектам, включая рекомендации о дальнейших исследованиях. Так определено в стандарте ИСО 15189:2012 «Медицинские лаборатории - Частные требования к качеству и компетентности».

По нашему мнению, одной из приоритетных задач является разработка и внедрение новых организационных моделей управления в соответствии с национальными и международными стандартами: ГОСТ Р ИСО 15190-2007, ГОСТ Р 53022.1-2008, ГОСТ Р 53022.2-2008, ГОСТ Р 53022.3-2008, ГОСТ Р 53022.4-2008; ISO 9001-2015, ISO 15189 – 2015, и др.

Основная часть. В состав отдела клинических лабораторных исследований входит пять подразделений: клинико-биохимическая лаборатория, лаборатория клинической микробиологии, иммунологическая лаборатория, лаборатория цитологии и молекулярной генетики опухолей, группа лабораторного контроля. Самостоятельный статус каждой из лабораторий усиливает мотивацию персонала к профессиональному развитию в рамках субспециальности, повышает заинтересованность сотрудников в развитии технологий по направлениям своей деятельности. Вместе с тем, лаборатории подчинены общим принципам организации работы лабораторной службы: единый порядок приема, сортировки и регистрации биоматериала; единые требования санэпидрежима и охраны труда; единый порядок заявок реагентов и их учета; единый подход в организации контроля качества исследований; единая лабораторная информационная система, единый порядок обслуживания всех отделений лечебно-диагностических подразделений онкодиспансера, возможность проведения диагностических и контрольно-терапевтических исследований без непосредственного присутствия пациента и т.д., единая система менеджмента качества (СМК). Лаборатории объединяет возможность использования новейших технологий разных лабораторных направлений для уточнения и подтверждения лабораторных результатов у онкологических больных, вызывающих сомнение или трудности интерпретации. Такой подход позволяет получить объективные данные в случае сложных исследований, поскольку они подтверждаются результатами работы с использованием разных технологий. Лаборатории отдела тесно взаимодействуют между собой и лечебно-диагностическими отделениями онкодиспансера. В отделе выполняется широкий спектр высокоинформативных лабораторных исследований, позволяющих проводить морфологическую верификацию злокачественности новообразования, определять метастатический потенциал опухоли, оценивать степень резистентности опухоли к химиотерапии, выбирать адекватную тактику лечения, включая персонифицированную терапию, контролировать лечебные мероприятия.

Работа в отделе организована с учетом требований нормативных документов и миссией ГБУЗ СОКОД «Постоянно развиваясь, непрерывно обеспечивать качественную медицинскую помощь на уровне мировых стандартов». Задачи отдела клинических лабораторных исследований тесно связаны с ключевыми проектами ГБУЗ СОКОД в области системы менеджмента качества (СМК). Система менеджмента качества в ОКЛИ построена по принципу PDCA «Планируй – Делай – Проверяй – Действуй» (цикл Деминга, или цикл непрерывного улучшения качества) с мониторингом удовлетворенности коллег (клиницистов) и пациентов. Нами была разработана Политика ОКЛИ в области качества и эффективности и Руководство по качеству и компетентности ОКЛИ ГБУЗ СОКОД, в 2018 году - второй пересмотр. Система менеджмента качества позволяет осуществлять эффективное взаимодействие процессов в лабораториях ОКЛИ; четко определять ответственность и полномочия персонала, идентифицировать слабые места, определять причины ошибок; мотивировать сотрудников, повышать производительность труда; постоянно повышать квалификацию персонала. СМК отдела является совокупностью организационных мероприятий, методик, процессов и ресурсов, необходимых для осуществления общего руководства качеством лабораторных услуг ОКЛИ ГБУЗ СОКОД.

В лабораториях ОКЛИ применяются следующие основные принципы СМК:

- 1. Ориентация на потребителя (пациент / врач-клиницист). Выполняются не только текущие запросы, но и рассматриваются будущие запросы и ожидания.
- 2. Лидерство руководителя. Непрерывное улучшение деятельности является основным смыслом системы СМК, поэтому руководитель ОКЛИ и заведующие лабораториями нацеливают всех сотрудников на поиск и реализацию возможностей для постоянного совершенствования лабораторных процессов.
- 3. Взаимодействие работников. При четком взаимодействии компетентных, наделенных полномочиями сотрудников, повышается способность создавать качественную лабораторную услугу.
- 4. Процессный подход. Любая деятельность в лабораториях ОКЛИ рассматривается как система взаимосвязанных процессов, которая функционирует с оптимальным использованием технических и человеческих ресурсов для обеспечения требуемого качества оказываемых лабораторных услуг. Внедрен каталог нежелательных событий и реестр рисков, позволяющий определять факторы, которые могут привести к отклонению от запланированных результатов процесса. Это дает возможность разрабатывать корректирующие мероприятия для уменьшения вероятности возникновения причины риска.
- 5. Улучшение. Постоянное совершенствование: внедрение инновационных технологий, использование лучшей лабораторной практики.

В ОКЛИ на сегодняшний день разработаны и внедрены более 300 документов, в том числе: стандартных операционных процедур (СОП), документов, устанавливающих порядок управления записями, несоответствиями, лабораторной информацией, оборудованием, корректирующими и предупреждающими действиями, проведением внутренних аудитов. Произведена стандартизация и систематизация записей. Прописаны регламенты по взаимодействию с персоналом других подразделений, приему и идентификации биологического материала, обеспечению безопасности работы и т.д.

В 2018 году международные эксперты организации ТЕМОS, оценивая при аккредитации качество оказания помощи иностранным пациентам в ГБУЗ СОКОД, дали отличную оценку лабораторной службе. Основные направления деятельности группы лабораторного контроля (ГЛК) — контроль за реализацией системы менеджмента качества в ОКЛИ на базе требований ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования», ГОСТ Р ИСО 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетенции» и других нормативных и регламентирующих документов. Сотрудники ГЛК имеют специальную подготовку и сертификаты в области менеджмента качества, разработки и внедрения СМК, проведения внутренних аудитов. Сотрудники ГЛК организуют и контролируют процедуры ежедневного внутрилабораторного и внешнего (Фе-

дерального и международного) контроля качества для количественных и неколичественных методов.

Заключение. Основной концепцией развития ГБУЗ СОКОД, как и российского здравоохранения в целом, является создание национальной пациентоориентированной системы, объединяющей все имеющиеся медицинские и немедицинские ресурсы, работающей в рамках единых требований к качеству, доступности медицинской помощи и квалификации медицинских работников, а также реализующей государственные гарантии бесплатного оказания медицинской помощи населению. Работа в отделе клинических лабораторных исследований выстроена в рамках общей концепции ГБУЗ СОКОД. Основные задачи лабораторной службы - внедрение инновационных лабораторных технологий и новых организационных моделей управления лабораторными процессами. Выполнение этих задач поможет обеспечить безопасное лабораторное сопровождение медицинской помощи, которое состоит в получении достоверных результатов лабораторных исследований, правильно отражающих количественные или качественные характеристики объекта исследования.

Трубин А.Ю., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Боряев А.Н., Евсеев Д.С., Никулина И.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Не смотря на некоторые различия в классификации, мышечно-неинвазивный высокодифференцированный переходноклеточный рак мочевого пузыря (МНИРМП), относится к опухолям с низким уровнем риска, если размер единичной опухоли менее 3см и нет сопутствующей CIS (Клинические рекомендации EAU, AUA, 2018).

Цель. Оценить онкологическую эффективность различных видов комбинированного лечения мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря высокой степени дифференцировки

Материалы и методы. В исследование вошли клинические данные 305 больных раком мочевого пузыря рТ1N0M0G1. Для оценки клинической эффективности того или иного метода лечения изучались частота рецидивирования, показатели общей и безрецидивной выживаемости пациентов в исследуемых группах. Для сравнения статистических показателей в группах исследования применялся лог-ранговый критерий.

Результаты. У больных МНИРМП стадии рТ1N0M0G1 (n=83), которым после ТУР с однократным введением Доксорубицина 50мг проводилась адъювантная БЦЖ-терапия (группа 1), рецидив был диагностирован в 8 случаях (9,7%), а после ТУР только с однократным ранним введением Доксорубицина (группа 2; n=87) - у 15 больных (17,2%). В тоже время, в группе 3 (контроль; динамическое наблюдение после ТУР; n=135), неинвазивный уротелиальный рак G1 рецидивировал в 14,1% случаев (у 19 больных). В процессе анализа отдаленных онкологических результатов, было выявлено, что лучшая 5-летняя безрецидивная выживаемость при раке мочевого пузыря pT1N0M0G1 была среди пациентов получавших адъювантную БЦЖ-терапию (группа 1) (89,1±4,2%). Однако, при сравнении с соответствующими показателями в группах 2 и 3, достоверных различий выявлено не было (77,8 \pm 5,1% и 77,2 \pm 5,2%, в группах 3 и 2, соответственно; р $_{\rm БЦЖ-ДH}$ =0,18, р $_{\rm ВПХ-}$ $_{\mathrm{T-ДH}}$ =0,65, $\mathrm{p}_{\mathrm{БПЖ-ВПХТ}}$ =0,71). Общая выживаемость в группе БЦЖ-терапии составила 93,5±3,1%, в группе ВПХТ 82,3±5,8%, а в группе ДН - 71,7±4,7%. Были отмечены достоверно лучшие показатели после проведения адъювантной БЦЖ-терапии по сравнению с контрольной группой и однократным введением Доксорубицина 50мг: рыждин =0,002, $p_{\text{ВПХТ-ДН}} = 0,77, p_{\text{БЦЖ-ВПХТ}} = 0,002.$

Выводы. Таким образом, при мышечно-неинвазивном раке мочевого пузыря стадии pT1N0M0G1, лучший профиль отдалённых онкологических результатов были среди пациентов получавших адъювантную БЦЖ-терапию (группа 1). Учитывая то, что при сравнении показателей безрецидивной выживаемости в группах достоверность различий была низкой, при наличии противопоказаний к данному виду адъювантного лечения, а также к раннему введению химиопрепарата, возможна тактика динамического наблюдения.

Трубин А.Ю., Воздвиженский М.О., Горбачев Н.А., Горбачев А.Л., Низамова Р.С.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА АДЬЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МЫШЕЧНО-НЕИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: рак мочевого пузыря (РМП) характеризуется большим удельным весом неинвазивных форм заболевания. Однако, не смотря на возможность полного удаления таких опухолей, при неадекватном выборе адъювантного лечения, вероятность рецидивирования данного вида опухолей повышается.

Цель: Разработать алгоритм выбора адъювантного лечения у больных мышечно-неинвазивным раком мочевого пузыря (МНИРМП) с учетом факторов риска.

Материалы и методы: Проведен анализ данных 511 больных МНИРМП, получавших специальное лечение в ГБУЗ СОКОД с 2010 по 2013г. Критерии включения: морфологически верифицированный, первичный, МНИРМП стадии рТаТ1N0M0G1-3. В исследовании сформировано 3 группы сравнения. Первую группу составили больные МНИРМП (n = 169), которым в течение 24 часов после ТУР проводилась однократная ранняя инстилляция химиопрепарата Доксорубицин дозой 50 мг. Ко второй группе относили больных МНИРМП (n = 168), которым после ТУРМП проводилась только однократная ранняя инстилляция Доксорубицина 50 мг. В третью группу (контроль) вошли больные неинвазивным РМП (n = 174), в отношении которых после ТУР дальнейшее специальное лечение не проводилось. Для оценки клинической эффективности того или иного метода лечения изучались частота рецидивирования и средний безрецидивный период, показатели общей и безрецидивной выживаемости пациентов в исследуемых группах. Критический уровень значимости (р) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты: На основании полученных результатов нами был сформулирован алгоритм выбора лечения у больных МНИРМП. После ТУРМП, на основании данных цистоскопии и гистологического исследования проводится стратификация риска - согласно Клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов 2018г. При МНИРМП низкого риска возможна тактика динамического наблюдения после хирургического удаления опухоли, а выполнение БЦЖ-терапии нецелесообразно (p1-3 = 0,3, p1-2 = 0,06, p2-3 = 0,7). При неинвазивном раке мочевого пузыря промежуточного риска показана ТУР мочевого пузыря и раннее введение химиопрепарата с последующей адъювантной иммунотерапией (p1-3 = 0,001, p1-2 = 0,005, p2-3 = 0,196).

Вывод: Алгоритм выбора адъювантного лечения больных МНИРМП с учетом группы риска, разработанный на большом количестве наблюдений, позволяет снизить вероятность рецидива.

Трубин А.Ю., Низамова Р.С., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Фольц А.В., Борзенкова Е.В., Горбачев Н.А.

ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОТЕРАПИИ БЦЖ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

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 EAU, AUA, 2019).

Материалы и методы. В исследование вошло 370 больных МНИРМП, среди которых единичные опухолевые очаги наблюдались у 296 пациентов (80%), а мультифокальное поражение отмечалось у 74 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 инстилляция химиопрепарата, Доксорубицин дозой 50 мг с последующей адъювантной иммунотерапией БЦЖ; группа 2 — пациенты с МНИРМП, которым после ТУРМП проводилась только однократная ранняя инстилляция Доксорубицина 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 многКомерная 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 (OP - 1,62; 95% (1,02-2,60); p = 0,003). Кроме того, меньший относительный риск рецидива имели пациенты, которым проводилась адъювантная иммунотерапия БЦЖ (OP - 0.48; 95% (0.24-0.94); p = 0.002). 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) (87,0±5,2%). При сравнении с соответствующими показателями в группе контроля и группе 2 ($66.9\pm4.8\%$ и $76.9\pm4.5\%$, соответственно) были получены следующие значения достоверности по лог-ранговому тесту: p1-3 = 0,01, p2-3 = 0,04, p1-2 = 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) (76,2±12,2%). Соответствующие показатели в группах 3 (контроль) и 2 составили $60.9\pm10.2\%$ и $67.6\pm7.7\%$, соответственно. Однако, при оценке лог-рангового критерия в изучаемой когорте высокая степень достоверной вероятности была выявлена только для БЦЖ-терапии (p1-3 = 0.005, p2-3 = 0.66, p1-2 = 0.03).

Выводы. Таким образом, наиболее эффективной тактикой лечения при единичных и множественных неинвазивных опухолях мочевого пузыря выступила ТУРМП с однократным ранним введением Доксорубицина 50 мг и последующей адъювантной иммунотерапией.

Фесенко Д.В., Соловов В.А., Ганьжов В.О., Матяш Я.С.

ИММУНОТЕРАПИЯ МЫШЕЧНО-НЕИВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак мочевого пузыря (РМП) составляет по данным ВОЗ около 4% от всех злокачественных новообразований или 70% всех опухолей мочевого тракта. Ежегодно в мире регистрируется более 200000 новых случаев РМП. Среди онкоурологических заболеваний РМП занимает 2 место после рака предстательной железы. На долю поверхностных (мышечно-неинвазивных) опухолей приходится 70-80% всех случаев рака мочевого пузыря: опухоль локализуется в пределах слизисто-подслизистого слоя (Та,Т1,Тis), отсутствует поражение регионарных лимфатических узлов.

Основным методом лечения мышечно-неинвазивного РМП является оперативный — трансуретральная резекция мочевого пузыря (ТУР). Однако, высокая частота рецидивирования до 75% заставили искать дополнительные терапевтические подходы. В настоящее время «золотым стандартом» лечения поверхностного рака мочевого пузыря является ТУР мочевого пузыря в сочетании с адъювантной внутрипузырной иммунотерапией.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность лечения мышечно-неинвазивного РМП внутрипузырной иммунотерапии вакциной БЦЖ.

Материалы и метод. За 2011-2019 годы в СОКОД иммунотерапия была проведена 1000 пациентам. Критерии включения: стадия Та, Т1 N0 Мо (умеренный и высокий риск рецидива); первичные и рецидивные опухоли (больные, перенёсшие различные виды предшествующей противоопухолевой терапии, как хирургической, так и внутрипузырной); солитарные и множественные опухоли; любая степень злокачественности

Результаты исследования. Медиана времени наблюдения после иммунотерапии составила 71 (3-108) месяц. После иммунотерапии каждые три месяца выполняли цистоскопию, при высоком риске рецидива под флуоресцентным контролем. Рецидив возник у 90 (9,0%) пациента. Осложнения: у 7,3% пациентов отмечалась гипертермия, у 0,5% дизурия, и у 0,9% пациентов гематурия. В целом после 3-летнего наблюдения 91 % пациентов не имели данных за прогрессию и рецидив.

Заключение. Таким образом, наши исследования показали, что внутрипузырная иммунотерапия вакциной БЦЖ является высокоэффективной для профилактики развития рецидива мышечно-неинвазивного РПЖ.

Фролова Е.В., Воронцова О.К., Торопова Н.Е., Пшеничникова М.В.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ КЛЕТОК КРОВИ ПРИ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Миелодиспластический синдром (МДС) — гетерогенная группа заболеваний системы крови, развивающихся из стволовых кроветворных клеток, обусловленных нарушением работы костного мозга по воспроизведению одного или более типов клеток: эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов. МДС характеризуется неэффективным гемопоэзом и риском трансформации в острые миелоидные лейкозы. Клиническое течение заболевания определяется наличием цитопенического синдрома, его выраженностью, и связанными с ним геморрагическими или инфекционными осложнениями. К цитопениям относятся анемия, нейтропения (гранулоцитопения) и тромбоцитопения. МДС присущи морфологические признаки дисгемопоэза в одном или более ростках кроветворения:

- Дизэритропоэз анизоцитоз, пойкилоцитоз, нормобласты, эритроциты с тельцами Жолли, базофильной пунктацией, двухъядерные эритробласты с уродливой формой ядра, с межъядерными мостиками, многоядерные эритробласты.
- Дисгранулоцитопоэз изменение ядер нейтрофилов: гиперсегментация, уменьшение размера клетки, псевдопельгеризация (нарушение сегментации ядра по типу аномалии Пельгера ядро нейтрофила округлой формы с плотным хроматином, укороченные, утолщенные ядра палочкоядерных нейтрофилов), кольцевидные ядра, отсутствие или снижение числа гранул в цитоплазме, вакуолизация цитоплазмы нейтрофила
- Дисмегакариоцитопоэз микромегакариоциты, одноядерные формы с вакуолизированной цитоплазмой или без нее, множество мелких ядер в мегакариоците.

Актуальность. Наличие миелодиспластического синдрома у онкологических больных осложняет течение основного заболевания, ухудшает прогноз для жизни, вызывает осложнения, в большинстве случаев заканчивающиеся летальным исходом. На ранних стадиях МДС часто клинически не проявляется и диагностируется случайно во время лабораторных исследований крови. Диагноз МДС преимущественно морфологический, основанный на изучении мазков периферической крови, определенных изменениях в клетках крови и костного мозга.

Цель исследования. Показать возможности лабораторных методов исследования для ранней диагностики миелодиспластического синдрома у онкологических больных.

Материалы и методы. Детально изучены препараты периферической крови и проанализированы истории болезни 51 больного с подозрением на миелодиспластический синдром, у которых при микроскопическом исследовании периферической крови были выявлены выраженные морфологические признаки дисгранулоцитопоэза, в возрасте 32-80 лет (средний возраст 60,9 лет), мужского и женского пола, получавших лечение в стационарных отделениях ГУЗ СОКОД по поводу злокачественных новообразований различной локализации. 26 % пациентов прошли курс полихимиотерапии, 15,6 % - лучевую терапию, 48,2 %-комплексное лечение, 10,2 %- гормонотерапию. У всех пациентов проводился развернутый анализ крови с изучением мазка периферической крови под микроскопом (для морфологической оценки клеточного состава крови).

Результаты. У 90,2% больных выявлена анемия; в 46,1% случаев наблюдались морфологические признаки дисэритропоэза с выходом в периферическое русло эритробластов (2,6%).

По нашим наблюдениям дисгранулоцитопоэз чаще встречался в 70,7 % случаев у пациентов с диагнозом рак ободочной кишки (28,9%), причем лейкопения была у 7,3% больных, лейкоцитоз – у 18,6 больных, в 44,8% - лейкоцитоз, сопровождавшийся сдвигом вле-

во до юных форм и появлением в периферической крови бластных форм (2,6%), наличием токсической зернистости нейтрофилов (58,8%). Вероятнее всего, это связано с большим объемом оперативного вмешательства в брюшной полости и наличием инфекционных осложнений (у 71% пациентов), в том числе у 36,8% пациентов развился перитонит. Тромбоцитопения диагностирована у 58,5% пациентов. Это объясняет наличие петехий, кровоизлияний, кровотечений и нарушений свертываемости в сторону гипокоагуляции у данных пациентов. Кроме того, у 56,1% больных имеет место бицитопения (анемия, сочетанная с тромбоцитопенией). Летальный исход мы наблюдали в 44,7% случаев на фоне панцитопении и дисгемопоэза во всех трех ростках кроветворения.

Выводы. Все эти данные свидетельствуют о нарушении работы костного мозга, что приводит к дефекту нормальной дифференцировки клеток различных ростков кроветворения и их качественным аномалиям и развивается неэффективный гемопоэз, что в конечном счете и проявляется анемией, гранулоцитопенией и тромбоцитопенией в различных сочетаниях и сопровождается морфологическими изменениями клеточного состава периферической крови.

Заключение. Неспособность костного мозга вырабатывать здоровые зрелые клетки возникает постепенно, и поэтому течение МДС может быть многолетним. Однако для многих пациентов данный синдром может стать смертельной болезнью из-за возникающих осложнений, таких как, инфекции и кровотечения. Поэтому ранняя постановка диагноза является необходимой для прогноза (шанса выздоровления) и выбора метода лечения.

Фролова Е.В., Макарова И.В., Пшеничникова М.В., Нефедова Е.Н., Торопова Н.Е.

ЛАКТАТ КАК БЫСТРЫЙ И КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ГИПОКСИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Критические (неотложные) состояния - условный термин, объединяющий различные острые заболевания, которые угрожают жизни больного и требуют экстренных лечебных мероприятий. Клиническая оценка критических пациентов осложняется тем, что клинические признаки тканевой гипоперфузии (гипоксии) могут быть не очевидными на ранних, обратимых стадиях шока. Наиболее быстрым и клинически значимым диагностическим и прогностическим маркером гипоксии является лактат. Уровни лактата могут повышаться у гемодинамически стабильных пациентов, что позволяет определить состояние «скрытого» шока, связанного с увеличением смертности.

Актуальность. Лактат — это продукт клеточного метаболизма, конечный продукт анаэробного гликолиза. В условиях покоя основной источник лактата в плазме — эритроциты. В норме при физической нагрузке лактат выходит из мышц, превращается в пируват в печени или метабилизируется мозговой тканью и сердцем. Увеличение концентрации лактата отражает степень ишемии тканей. Повышается лактат в крови при тканевой гипоксии из-за снижения перфузии ткани кровью или уменьшения напряжения кислорода в крови при целом ряде состояний, таких как сепсис, кардиогенный шок, полиорганная недостаточность, кислородное голодание, гипоксия мозга, дисфункция почек и печени, острая дыхательная и сердечная недостаточность и т.д.

Цели и задачи исследования. Показать клинико-диагностическую значимость определения лактата в оценке тяжести критических состояний у пациентов ГБУЗ СОКОД.

Материалы и методы. Проведен анализ 100 историй болезни пациентов, получавших лечение в хирургических отделениях по поводу злокачественных новообразований различных локализаций и находившихся в послеоперационный период в отделении реанимации и интенсивной терапии в критическом состоянии. Всем больным выполняли определение уровня лактата. Средний возраст пациентов составлял 60 лет. Среди пациентов женщины -38%, мужчины -62%.

Результаты. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от клинически значимого уровня лактата при критических состояниях. В первую группу вошли пациенты с уровнем лактата 3,5 - 4,5 ммоль/л; во вторую группу – пациенты с уровнем лактата 4,5 — 8,0 ммоль/л; в третью группу вошли пациенты с уровнем лактата выше 8,0 ммоль/л. В первую группу с умеренно увеличенными значениями лактата вошли 80 % больных (80 человек); во вторую группу со значительно увеличенными значениями вошли 9 % пациентов 9 человек); в третью группу с критическими значениями лактата вошли 11 % пациентов (11 человек). Летальный исход наступил у трех пациентов во второй группе (33,3%) и у 8 пациентов в третьей группе (72,7%), в первой группе смертельных исходов не было.

У пациентов со значительным увеличением и критическим значением уровня лактата смерть наступала на фоне полиорганной недостаточности, в том числе на фоне почечной и печеночной дисфункции (в 50 % случаев), острой дыхательной и сердечной недостаточности с выраженными нарушениями гемодинамики (в 30 % случаев), в 5 % случаев уровень лактата увеличивался до критических цифр без явных признаков нарушения гемодинамики; на фоне сепсиса летальный исход наступал в 15 % случаев.

Заключение. Установление причины гиперлактатемии имеет решающее значение для выбора стратегии лечения, а раннее проведение терапии приводит к снижению смерт-

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

ности у пациентов, находящихся в критическом состоянии. Определение уровней лактата может служить в качестве инструмента для скрининга пациентов с тканевой гипоперфузией еще до развития клинических признаков. Измерение уровня лактата крови должно быть частью оценки любого больного в критическом состоянии.

Выводы. Доказана роль уровня лактата крови у больных, находящихся в критическом состоянии, в качестве показателя кислородной гипоксии тканей, показателя эффективности проводимой терапии, прогностического признака неблагоприятного исхода. Повышение концентрации лактата в крови ассоциировано с повышением уровня смертности.

Хаметов Р.З., Ищеряков С.Н., Кашкаров И.Л., Корсаков Ю.В.

СОБСТВЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ 3-Й СТУПЕНИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ТАРГИН®» ПРИ ПРОВЕДЕДЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Препарат Таргин. Агонист-антагонист опиоидных рецепторов. Анальгетик. Действующие вещества: налоксона гидрохлорид (naloxone) и оксикодон (охусоdone).ми Дозировки 2,5+5 мг, 5+10 мг, 10+20 мг, 20+40 мг. Налоксон и оксикодон обладают сродством к к-(каппа-), µ- (мю-) и δ- (дельта-) опиоидным рецепторам в головном и спинном мозге, периферических органах (например, кишечнике). Оксикодон выполняет функцию агониста опиоидных рецепторов и действует как обезболивающее, путем связывания с эндогенными опиоидными рецепторами в ЦНС. Налоксон, напротив, полный антагонист, действующий на все типы опиоидных рецепторов. Из-за выраженного пресистемного метаболизма (эффекта "первого прохождения"), биодоступность налоксона при приеме внутрь составляет менее 3%, поэтому клинически значимое системное действие маловероятно. Благодаря локальному конкурентному антагонизму в отношении эффекта оксикодона на опиоидные рецепторы в кишечнике, налоксон уменьшает выраженность нарушений функций кишечника, типичных при лечении опиоидами.

Оксикодона гидрохлорид. Всасывание: после приема внутрь оксикодон проявляет высокую абсолютную биодоступность, которая достигает 87%. Распределение: после всасывания оксикодон распределяется по всему организму. Около 45% связывается с белками плазмы. Оксикодон проникает через плацентарный барьер и обнаруживается в грудном молоке. Метаболизм: Оксикодон метаболизируется в кишечнике и печени с образованием нороксикодона, оксиморфона и различных метаболитов в виде глюкуронидов. В образовании нороксикодона, оксиморфона и нороксиморфона участвуют изоферменты системы цитохрома Р450. Хинидин уменьшает образование оксиморфона у человека без существенного влияния на фармакодинамические эффекты оксикодона. Вклад метаболитов в общий фармакодинамический эффект незначителен. Выведение: оксикодон и его метаболиты выводятся почками и через кишечник.

Налоксона гидрохлорид. Всасывание: при приеме внутрь налоксон имеет очень низкую системную биодоступность — менее 3%. Распределение: налоксон проникает через плацентарный барьер. Неизвестно, проникает ли налоксон в грудное молоко. Метаболизм и выведение: метаболизируется в печени и выводится почками. Основными метаболитами являются налоксона глюкуронид, 6β-налоксол и его глюкуронид.

Фармакокинетические свойства оксикодона, входящего в состав препарата Таргин, соответствуют свойствам оксикодона в лекарственной форме таблетки пролонгированного высвобождения, принимаемого вместе с таблетками налоксона пролонгированного высвобождения. Все дозировки препарата Таргин взаимозаменяемы. В целом, при приеме пищи с высоким содержанием жира по сравнению с приемом натощак, биодоступность и C_{max} оксикодона в плазме возрастают в среднем на 16% и 30% соответственно. Тем не менее, таблетки Таргин можно принимать вне зависимости от приема пищи.

Чтобы не нарушать свойства препарата с пролонгированным высвобождением, таблетки следует проглатывать целиком, не разламывая, не разжевывая и не измельчая. При разламывании, разжевывании или измельчении таблетки с пролонгированным высвобождением активные вещества выделяются быстрее, что может привести к абсорбции потенциально смертельной дозы оксикодона, а также к выраженному повышению системной экспозиции налоксона. Кроме того, после интраназального применения эффективная (антагонистическая) концентрация налоксона в плазме крови будет сохраняться в течение нескольких часов. Оба свойства действуют как защитные в отношении злоупотребления таблетками с пролонгированным высвобождением налоксона/оксикодона. Умышленное парентеральное введение лекарственных препаратов, предназначенных для приема внутрь, может приводить к развитию серьезных нежелательных лекарственных реакций, в т.ч. со смертельным исходом. Показания: тяжелый болевой синдром у взрослых, требующий применения опиоидных анальгетиков. В состав препарата входит налоксон, который может уменьшить проявления опиоидиндуцированного запора посредством блокирования действия оксикодона на опиоидные рецепторы кишечника.

Таргин следует принимать 2 раза в сутки, в индивидуально подобранной дозе. Таблетки с пролонгированным высвобождением можно принимать как с пищей, так и без нее с достаточным количеством жидкости. Таблетку следует проглатывать целиком, не разламывая, не разжевывая и не измельчая. Дозу препарата подбирают с учетом интенсивности болевого синдрома и чувствительности пациента. Если не предписано иначе, препарат Таргин назначается следующим образом:

Стандартная начальная доза для пациентов, ранее не принимавших опиоиды, составляет 10 мг/5 мг оксикодона гидрохлорида/налоксона гидрохлорида соответственно, каждые 12 ч. Пациентам, которые принимали опиоиды ранее, могут потребоваться более высокие дозы в зависимости от длительности предыдущей терапии.

Препарат Таргин в дозировке 5 мг/2.5 мг предназначен для подбора дозы в начале лечения с учетом индивидуальной чувствительности пациента. Максимальная суточная доза препарата Таргин составляет 160 мг оксикодона гидрохлорида и 80 мг налоксона гидрохлорида. Максимальную суточную дозу следует назначать только тем пациентам, которые уже получали стабильную суточную дозу препарата Таргин и которым потребовалось ее повышение. При принятии решения об увеличении дозы препарата особое внимание нужно уделять пациентам с нарушенной функцией почек и печеночной недостаточностью легкой степени тяжести.

После окончания лечения препаратом Таргин и последующего назначения пациенту другого опиоида возможно нарушение функции ЖКТ.

Для купирования острой боли некоторым пациентам, регулярно принимающим препарат Таргин, требуется дополнительный быстро действующий анальгетик. Поскольку Таргин представлен в лекарственной форме с пролонгированным высвобождением, препарат не предназначен для лечения острого болевого синдрома. Для купирования острой боли следует назначать быстро действующие анальгетики в дозе, приблизительно равной 1/6 дневной дозы оксикодона гидрохлорида. При необходимости более двух дополнительных приемов быстродействующего анальгетика, рекомендуется рассмотреть возможность повышения дозы препарата Таргин. Повышение дозы препарата Таргин должно быть постепенным – каждые 1–2 дня при двукратном приеме доза препарата может быть увеличена на 5 мг/2.5 мг, а при необходимости и на 10 мг/5 мг оксикодона гидрохлорида/налоксона гидрохлорида соответственно, до тех пор, пора не будет достигнута стабильная терапевтическая доза. Цель пошагового увеличения дозы - достижение необходимой для каждого пациента дозы препарата при приеме 2 раза/сут, которая обеспечит достаточное обезболивание при минимальной потребности в дополнительном быстродействующем анальгетике.

При лечении неонкологических пациентов терапевтическая доза препарата Таргин, как правило, не превышает 40 мг/20 мг оксикодона гидрохлорида/налоксона гидрохлорида, однако может потребоваться и более высокая доза.

Применение препарата Таргин не должно быть дольше, чем это абсолютно необходимо. Если пациенту требуется длительный курс обезболивающей терапии с учетом вида и тяжести заболевания, следует организовать тщательное и регулярное наблюдение для решения вопроса о необходимости, в целом, и интенсивности планируемого лечения. Если лечение опиоидами более не показано, дозу препарата следует снижать постепенно.

Целью. нашего исследования явилось изучение эффективности применение препарата Таргин в лечение хронического болевого синдрома и использование наркотических, и ненаркотических анальгетиков для прорывных болях до полного купирования болевого синдрома.

Материалы и методы. В исследование участвовали пациенты 30 человек, получавших наркотический анальгетик Таргин при хроническом болевом синдроме. Больные все взяты под патронаж отделения паллиативной помощи онкологическим больным ГБУЗ СОКОД с выездной бригадой на дом. Консультации проводились на дому и в условиях отделения паллиативной помощи онкологическим больным ГБУЗ СОКОД. Из данной группы у 11 человек самообслуживание было не ограничено, проводилась паллативная полио- и монохимиотерапия, иммунотерапия, гормальная терапия в синхронном виде. В группе были женщины и мужчины, по 15 человек, соответственно, были исключены больные с жалобами на периодическую или частую рвоту, затрудненное прохождение твердой и жидкой пищи. Больным с канцероматозом и с синдромом частичной окклюзии при распространенных опухолях ЖКТ препарат не назначался. Оценивалась сопутствующая патология больных, при угнетение дыхания с гипоксией и/или гиперкапнией;тяжелая хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ); легочное сердце;тяжелая бронхиальная астма; неопиоидная паралитическая кишечная непроходимость; печеночная недостаточность средней и тяжелой степени тяжести препарат не назначался.

Препарат Таргин в индивидуально подобранной дозе предназначен для фиксированного двукратного приема в день. В то время как для большинства пациентов фиксированный утренний и вечерний прием препарата (каждые 12 ч) обеспечивает достаточный анальгезирующий эффект, для части пациентов необходим индивидуальный неравномерный график приема препарата, построенный с учетом остаточных болевых ощущений. Необходимо, в целом, подобрать минимальную эффективную дозу препарата.

Назначался препарат с малых дозировок с 2.5 мг+5.0 мг и увеличивался до максимальных дозировок. Осуществлялся постоянный контроль за больным, повторные выезды к больным для коррекции дозировки и каждодневный мониторинг по телефону (вербальный контакт с больным и родственниками), при необходимости уменьшалась дозировка или увеличилась в зависимости от болевого синдрома больных. Оценивался болевой синдрома у больных по Школе интенсивности боли от 0 до 10 баллов, после этого проводилась коррекция дозировки препарата. Препарат самостоятельно не назначался, так как его действие пролонгированное, назначались ненаркотические препараты (метамизол натрия) и наркотические препараты (Опиоидный анальгетик, агонист опиоидных рецепторов) (морфин гидрохлорид 10 мг/ 0.5 мл или 10 мг/1.0 мл в зависиомости от прорыва боли). В 3-х случаях был самостоятельный отказ от приема препарата Таргин, ввиду его малой эффективности в 2-х случаях, и в одном случает из-за тошноты и неукротимой рвотой. Итого 27 пациентов получили препарат Таргин в полном объеме до конца нашего исследования. Больные удовлетворительно переносили препарат, осложнений и особенностей не было, не было запоров, стул был самостоятельный и в редких случаях после клизмы, в слабительных препаратах больные не нуждались.

Выводы. Таргин зарегистрирован с 25.02.2015 и вошел в государственный реестр лекарственных средств, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. В Самарской области данный препарат уже 1.5 года, но врачи из поликлиник общего звена бояться и теряются его назначать, так как привыкли назначать препараты в инъекционной форме 3-й ступени обезболивания или трансдермальный пластырь. Мы на своем собственном опыте получили результаты, которые свидетельствуют, о том, что препарат является пролонгированным, и его лучше использовать в сочетании с препаратами ненаркотического или наркотического характера, инъекционные при прорывных болях для полного купирования болевого синдрома по требованию больного, так без данных препаратов Таргин малоэффективен. Больные спокойно воспринимали информацию про Таргин, так как если речь идет о 3-й ступени обезболивания особенно Морфи-

Самарский областной клинический онкологический диспансер "Новые технологии в онкологии", 2019 год

не гидрохлориде, то воспринимают с большим негативом и наслышаны об осложнениях и побочных действиях. Мы, считаем что главное добиться результатов по купирования больеого синдрома больных и улучшение качество жизни наших больных, пусть даже не на самое большое время, каждому хочется, чтобы его близкий прожил хоть и один день без мучений и страданий.

Хобта Р.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Злокачественные глиомы головного мозга составляют 2% всех злокачественных опухолей человека. Целью нашего исследования являлись разработка и использование протоколов комплексного лечения — операция+лучевая терапия+химиотерапия.

Материал и методы: В исследование включены больные с анапластическими астроцитомами, анапластическими олигодендроглиомами, и глиобластомами. Все эти больные оперированы в нейрохирургическом отделении ГБУЗ СОКОД города Самара. Общее состояние всех больных 60 и более баллов по шкале Карновского. Объём хирургического удаления был по возможности радикальным. Лучевое лечение начиналось на 15-20 день после операции. Полная доза облучения — 60 гр. Разовая доза 20гр. Повторная лучевая терапия применялась спустя 2-3 года в случае продолженного роста. Системную химиотерапию одним из 5 протоколов начинали после окончания облучения.

Результаты исследования. Оценка результатов показала, что наиболее чувствительными к комплексному лечению являются анапластические олигодендроглиомы при лечении кармустином. Результаты лечения анапластической олигоастроцитомы несколько хуже. Более успешного лечения анапластических астроцитом можно достичь с помощью темодала или темозоламида или ломустином. Лечение глиобластом менее успешно.

Выводы. Для улучшения результатов коплексного лечения злокачественных глиом необходимо применять новые препараты и методы

Черная Т.К., Зуева Ю.Н.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ОТДЕЛЕНИЯХ ГБУЗ СОКОД

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Лекарственная безопасность - мультидисциплинарное (по разным направлениям медицины и фармации) непрерывное отслеживание, распознавание и реагирование на потенциальную или реальную проблему, возникающую в ответ на применение фармакологического средства.

Тема лекарственной безопасности является одной из приоритетных направлений современной медицины и фармации. Её актуальность определяется динамическим ростом фарминдустрии, обеспечивающим создание и продвижение на рынок огромного количества новых медикаментов.

Сознавая значимость проблемы лекарственной безопасности, специалисты в области качества медицинской помощи сформулировали простые требования лекарственной безопасности: лекарственна помощь, должна быть организована таким образом, чтобы нужный больной получил нужное лекарство, в нужной форме и нужной дозировке. Препарат должен быть введен предписанным образом и в соответствующее время; кроме того необходимо контролировать влияние медикаментов на состояние пациента.

Для того чтобы обеспечить перечисленные меры безопасности, медицинская сестра отделения на всех этапах работы с медикаментами проводит их многоступенчатый контроль, который сводится к выполнению следующих требований:

- любую лекарственную процедуру начинает с идентификации пациента.
- проверяет надпись на этикетке упаковки, когда берет ее из шкафа с лекарствами (1 уровень лекарственного контроля).
- проверяет надпись на этикетке упаковке, когда берет ее, чтобы достать ампулу (2 уровень контроля).
 - проверяет надпись на ампуле перед тем, как набрать шприц (3 уровень контроля).

Проверка надписей на этикетках и ампулах доведена до автоматизма. Медицинские сестры отделения имеют соответствующую настороженность. Считается, что такая настороженность и многоступенчатый контроль препаратов помогут не допустить ошибки. Лекарственной безопасности в Самарском областном онкологическом диспансере уделяется очень большое значение. Ведь при малейшей ошибке при работе с препаратами могут случиться не обратимые последствия.

Для каждого медицинского работника необходимо знать правила лекарственной безопасности. Одной из причин осложнений лекарственной терапии является нарушение правил хранения и контроля медикаментов. Получив медикаменты, перед выкладыванием в шкаф или холодильник медицинская сестра отделения проводит контроль этих медикаментов:

- Проверяет целостность упаковки, надписи на упаковках (наименование препарата, концентрацию, номер партии, срок годности).
 - Проверяет внешний вид жидкостей (помутнение, изменения цвета, наличие осадка).
- Наличие аннотации в упаковке. Медицинская сестра знакомится с ними, уточняет условия хранения, суточные и разовые дозы, способ введения препарата.

Контроль хранящихся медикаментов в отделении проводится регулярно в конце месяца (проверяются сроки годности). Каждая медицинская сестра знает:

- 1) Сроки годности лекарственных средств проверяются 30,31 числа каждого месяца.
- 2) Подпись заведующего отделением в листах назначения за наркотическими средствами ежедневно. В отделении строго соблюдаются правила лекарственной безопасности, так как персонал не забывает о своих прямых обязанностях.

Ядовитые, сильнодействующие препараты и лекарственные препараты, имеющие похожие названия и/или внешний вид хранятся отдельно в шкафу под замком. Прочие лекарственные препараты хранятся в шкафах наглядно по способу введения. Лекарственные препараты оставляют во вторичной упаковке, сохраняя номер партии и срок годности.

Еще одна неотъемлемая часть лекарственной безопасности - это нормативные документы. На посту у медицинской сестры отделения находится журнал учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, у старшей медицинской сестры также есть журналы предметно- количественного учета дорогостоящих лекарственных препаратов, лекарственных препаратов, полученных для клинических исследований, по договорам пожертвования и по целевым программам и медицинских изделий.

Лечащий врач, проводя регулярный осмотр пациентов в стационаре, записывает в «Медицинскую карту стационарного больного» необходимые данному пациенту лекарственные средства, их дозы, кратность приема и путь введения. Лист назначений заполняется лечащим врачом данного пациента в электронном виде в АИС «ИМЦ: «Стационар». Медицинские сестры отделения ежедневно делают выборку назначений из листа назначений в журнал учета процедур, также эти сведения они подают старшей медицинской сестре отделения. В дальнейшем в лист назначений могут быть введены изменения, это может быть в том случае, если во время лечения требуется ввести дополнительный препарат.

Выписывание лекарственных средств для отделения.

Лекарственные средства для пациентов, находящихся на лечении в стационаре выписываются в аптеке на основании заявок от старшей медицинской сестры в ИС «Парус» в электронном виде. В отделении должен находиться десятидневный запас необходимых лекарственных препаратов.

Правила хранения лекарственных средств в отделении.

Лекарственные средства делят на группы в зависимости от способа введения. Стерильные растворы, изготовленные в аптеке имеют голубую этикетку, для наружного употребления - желтую, для внутреннего - белую.

Все стерильные растворы в ампулах, флаконах хранят в процедурном кабинете в шкафу, либо в холодильнике, так как некоторые лекарственные препараты допускается хранить при определенной температуре. Температура, при которой должен храниться лекарственный препарат, указана на упаковке. Также чтобы в полной мере соблюсти лекарственную безопасность медицинские сестры отделения знают условия хранения лекарственных препаратов, поступающих в отделение со склада старшей медицинской сестры. Для этого в процедурном кабинете установлено достаточное количество шкафов для хранения медикаментов, фармацевтические холодильники, в котором хранятся препараты с определенной температурой (от +2 до +8 °C): хранятся цоликлоны, вакцины, сыворотки, инсулин, белковые препараты и температурой (от +12 до +15C): хранятся лекарственные средства — настои и мази.

Сильнодействующие лекарственные средства храниться в сейфе. Ключи от сейфа находятся у старшей медицинской сестры, а в дежурное время — у ответственной медицинской сестры. Так же, в отделении, налажен строгий контроль за условиями хранения и сроками годности лекарственных препаратов. Дата изготовления и срок годности препарата указаны на упаковке. Контроль за сроками годности осуществляет старшая медицинская сестра и средний медицинский персонал отделения. Признаками непригодности лекарственных средств являются: помутнение, выпадение осадка, изменение цвета, появление неприятного запаха, а так же истечение срока годности. Сестринский персонал не имеет права:

- менять форму лекарственных средств и их упаковку;
- объединять лекарственные средства из разных упаковок в одну;
- заменять и исправлять надписи на этикетке с лекарственным средством;
- хранить лекарственные средства без этикеток.

Учет лекарственных средств в отделении.

Все лекарственные препараты, использованные в отделении, подлежат строгому учету. Лекарственные препараты используются строго в соответствии с назначением врача. Контроль за движением лекарственных средств в отделении осуществляет старшая медсестра отделения, которая ведет учета израсходованных препаратов в информационной системе «Парус».

Отдельному учету подлежат препараты утвержденные приказом главного врача по предметно-количественному учету. Для этого заводятся специальные журналы. Все листы в этих журналах пронумеровываются, прошнуровываются, свободные концы шнура закле-иваются на последнем листе журнала бумажным листом, где расписывается главный врач диспансера и заведующий отделением, ставится круглая печать учреждения. Для учета каждого лекарственного средства в журнале выделяют отдельный лист. Заполняются эти журналы по определенной форме. Учет расходования лекарственных средств ведет старшая медицинская сестра отделения.

Если пациент не имеет всей необходимой информации, это может привести к несоблюдению режима лекарственной терапии. Поэтому медицинской сестре необходимо контролировать режим введения лекарственных средств. Шубина Ю.Н.

МНОГОФАКТОРНОСТЬ РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Интерес к проблеме минеральных и костных нарушений определяется, с одной стороны, прогностической значимостью этой патологии, а с другой – тем, что большинство факторов минерального и костного обмена являются потенциально модифицируемыми. Повышенный уровень паратгормона – ги-перпаратиреоз (др. фиброзно-кистозная остеодистрофия, болезнь Реклингха-узена)- заболевание довольно частое (1:1000 человек), женщины болеют ча-ще в 2-3 раза. Гиперпаратиреоз приводит к замещению красного костного мозга (где должны созревать эритроциты) фиброзной тканью. Классической гистологической картиной, характерной для высокой активности паращито-видных желез, являются признаки высокой скорости обмена с перитрабеку-лярным фиброзом, наличие активных остеокластов и повышение числа мно-гоядерных остеокластов, так называемая «беспорядочная кость», увеличен-ный объем трабекулярной кости и сниженный объем кортикальной. Наибо-лее важным воздействием ПТГ на почки является его способность уменьшать реабсорбцию фосфора, увеличивая фосфатурию. Одновременно ПТГ несколь ко увеличивает суммарную реабсорбцию кальция в почечных канальцах, сни-жая, соответственно, клиренс кальция с мочой, а также уменьшает канальце-вую реабсорбцию натрия и его бикарбоната, что объясняет развитие ацидоза при гиперпаратиреозе.

Повышение паратгормона может быть вызвано многими причинами. При первичном гиперпаратиреозе повышение паратгормона вызвано поражением самих паращитовидных желез (аденома, карцинома, гиперплазия паращито-видных желез). При вторичном гиперпаратиреозе повышение уровня парат-гормона является ответной реакцией на хронический дефицит витамина D, кальция и повышенное содержание фосфора в крови. Подобное состояние может возникать при заболеваниях почек (почечная недостаточность, почечный рахит, тубулопатия); проблемах с кишечником, а точнее, при нарушении всасывания кальция (синдром мальабсорбции); болезнях костей (сенильная или старческая остеомаляция, болезнь Педжета); при миеломной болезни; хронической недостаточности витамина Третичный гиперпаратиреоз характеризуется образованием аденомы па-ращитовидной железы, не являющейся первичным очагом, как это было опи-сано при первичном гиперпаратиреозе. В этом случае аденома развивается в ответ на длительное повышение паратгормона, которое возможно при забо-леваниях вторичного гиперпаратиреоза. Если такое повышение длится долго, то в итоге в железе вырастает аденома, которая начинает также самостоятель но вырабатывать паратгормон. Также имеется такое понятие, как псевдоги-перпаратиреоз (паратгормон повышается за счет его синтеза опухолями дру-гих органов).

Принцип двухэтапного исследования паращитовидных желез методом сцинтиграфии основан на том, что клетки большинства паратиреоидных аде-ном содержат большое количество митохондрий, что приводит к дополни-тельному поглощению и замедленному вымыванию Тс-99m-МИБИ из пара-тиреоаденомы по сравнению с окружающими тканями щитовидной железы. Ложноположительные результаты можно получить при тиреоидите Хашимо-то, метастатической карциноме и лимфоме. Метод оказывается нечувстви-тельным в диагностике гиперплазии и аденом размером менее 300 мг. Более низкая чувствительность (32-81%) прослеживается при вторичном гиперпа-ратиреозе и при постоперативных случаях (в среднем 45%). Самая высокая чувствительность имеет место при выявлении первичных аденом до опера-тивного вмешательства. Как показывает практика, паратиреомы могут выявляться при пограничных значениях ПТГ, а при вторичном гиперпаратиреозе и многократном превышении нормальных цифр ПТГ — результаты обследования будут отрицательными, даже при исследовании в томографическом режиме.

Щеглов А.Л., Яннаева Ю.Г.

РОЛЬ ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА В ПРЕДЛУЧЕВОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Традиционно в радиотерапии используется компьютерная томография для предлучевой топометрической подготовки и дозиметрического планирования. Разметка проводится на компьютерном томографе Ligth Speed General Electric с последующим формированием плана лечения в программе Eclypse. При проведении разметки шаг томографа 1,25мм. Компьютерная томография предоставляет отличный контраст костной ткани, но очень ограниченный контраст мягких тканей, что зачастую приводит к неопределенностям в контурировании мишени и нормальных органов, не позволяет чётко дифференцировать изменения вещества головного мозга, отделить образование и зону перифокального отёка, небольшие образования, на фоне послеоперационных изменений. Более детально структуры мозга позволяет увидеть КТ с контрастированием или МРТ головного мозга. Магнитно-резонансная томография является неинвазивной и безопасной методикой медицинской визуализации, которая обладает превосходным контрастом мягких тканей, возможностью физиологической и функциональной характеризации злокачественных новообразований. Однако, возможности визуализации костной ткани магнитно-резонансной томографии ограничены. Так же дека стола МРТ отличается от деки стола линейного ускорителя и отсутствует возможность применять подставки и фиксирующие устройства. Поэтому для создания правильного плана лечения необходимо опираться именно на МРТ или КТ с контрастированием. Программа Eclypse имеет программное приложение Fusion, которое предназначено для пространственного выравнивания и визуализации наборов изображений полученных в результате применения различных методик исследования (КТ, МРТ, ПЭТ), или полученных одним и тем же методом в разное время. В результате этого разные серии оказываются связаны между собой. При этом структуры, которые нечётко видны на разметочном КТ, можно оконтурить на сериях, с которыми произведён fusion, а их контуры отобразятся на разметочной КТ и 3D-модели. Наиболее точно совмещение КТ и MPT изображений происходит при максимально чётко очерченной зоне интереса и выборе приоритетной структуры, по которой будет идти совмещение изображений «Bones» (кости), которые предварительно оконтуриваются на КТ-разметке.

Fusion производят либо с недавно произведённой MPT, либо со специально выполненной MPT разметкой. Для неё применяют одну серию BRAVO с контрастированием в аксиальной проекции с толщиной среза 1,2мм и шагом 0мм между срезами. Это позволяет получить очень чёткую картину в аксиальной проекции, а так же построить корональные и сагитальные срезы высокой чёткости, и соответственно максимально точно выделить GTV и сформировать мишень для облучения.

Всем пациентам, имеющим поражение головного мозга, при прохождении лучевой терапии на этапе предлучевой подготовки изготавливается индивидуальное фиксирующее устройство из термопластического материала, благодаря которой соблюдается повторяемость укладки во время всех лечебных сеансов, кроме того вынесение изоцентров на маску комфортно для пациента и гарантировано сохраняет метки на всё время лечения. Их изготовление является функциональной обязанностью рентген-кабинета.

В 2018 году в 1-ом и 3-ем радиотерапевтических отделениях ГБУЗ СОКОД было пролечено 98 пациентов со злокачественными новообразованиями головного мозга, 13 пациентов с образованиями мозговых оболочек, 121 с метастатическим поражением мозга, 7 с метастатическим поражением костей черепа, 3 пациента с другими доброкачественными образованиями (аденома гипофиза, невринома VIII пары черепно-мозговых нервов, артериовенозной мальформацией). Всего 242 человека.

Из 98 пациентов со злокачественными опухолями головного мозга fusion не был использован только у 1 пациента (1%), у 58 (59,2%) для fusion была использована диагностическая MPT, у 37 (37,8%) MPT-разметка, у 2 (2%) ПЭТ-КТ.

Из 13 пациентов с поражением оболочек головного мозга 1(7,7%) fusion не использовался, у 6 (46,2%) использована диагностическая МРТ, у 6 (46,2%) МРТ-разметка. Из 3 пациентов с доброкачественными образованиями (невринома, артериовенозная мальформация, аденома гипофиза) у 1 (33,3%) использована диагностическая МРТ и у 2 (66,6%) МРТ-разметка. Всем 7 пациентам с метастатическим поражением костей черепа была проведена конформная лучевая терапия с формированием плана лечения по разметочной КТ без применения fusion.

Из 121 пациента с метастатическим поражением мозга у 4 (3,3%) был проведён fusion с диагностическим MPT, у 1 (0,8%) с MPT-разметкой, у 1 (0,8%) с контрастной КТ, у 15 (12,4%) была проведена конформная лучевая терапия без применения fusion. У подавляющего большинства (100 человек или 82,6%) в качестве разметки была использована рентгентопометрия на симуляторе Acuity. Достоинством метода является быстрота. От начала предлучевой подготовки до начала лечения проходит не более 1 часа. К недостаткам относится невозможность учесть дозу, приходящуюся на критические органы.

Выводы. Современная лучевая терапия образований головного мозга невозможна, без синтеза данных полученных различными методами лучевой диагностики. Только в этом случае возможна адекватная конформная лучевая терапия с применением таких методик, как «модуляции интенсивности радиационного пучка» (IMRT), значительно снизить лучевую нагрузку на критические органы, повысить качество жизни пациентов. Это требует от врача-рентгенолога знаний всех методов лучевой диагностики.

Щеглов А.Л., Колосова И.Н.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СТЕАТОНЕКРОЗА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Жировой некроз относится к неферментативным некрозам, для которых специфично очаговое отмирание жирового компонента молочных желёз. По современным данным жировой некроз составляет 0,6% случаев всех узловых образований молочных желёз. В МКБ-10 имеет код N64.1.

К развитию этого патологического состояния могут приводить различные повреждающие факторы: инъекции маслянистых и жировых веществ в молочную железу, травма молочной железы, воспаление, самопроизвольный жировой некроз, например при резком похудании.

Повреждающий фактор приводит к локальному нарушению кровообращения. Из-за нехватки крови в ишемизированном участке клетки жировой ткани начинают отмирать и постепенно замещаются соединительной тканью — так происходит формирование рубцовых изменений. В дальнейшем, на участке жирового некроза молочной железы могут откладываться соли кальция, вызывая обызвествление (петрификацию) очага омертвения. От степени размера пораженного участка тканей груди, некроз бывает: малым, средним и обширным.

В маммологии известно несколько стадий развития заболевания. На начальной стадии в области нарушения кровообращения формируется некротический очаг (паранекроз). Эта стадия обратима. Вторая стадия (некробиоз) в очаге поражения происходит окончательная гибель клеток. Узел уплотняется, вокруг формируются грануляции, отграничивающие поражённый участок. Третья — аутолиз, на этом этапе может произойти инфицирование участка и развитие абсцесса или флегмоны.

В большинстве случаев некроз протекает бессимптомно, а его наличие обнаруживается случайно во время планового обследования.

Приводим динамическое наблюдение интересного клинического случая. Пациентка А, (742942)1953г.р. впервые обратилась в ГБУЗ СОКОД 05.03.18 с жалобами на наличие пальпируемых образований в верхне-внутренних квадрантах обеих молочных желёз после бытовой травмы. При осмотре молочные железы симметричны, при пальпации структура неоднородная, выделений из сосков нет. С обеих сторон пальпировались крупные плотные образования более 7см в верхне-внутренних квадрантах.

При маммографии 22.03.18 в проекции пальпируемых образований в верхне-внутренних квадрантах обеих молочных желёз определялось утолщение кожи до 5мм, массивные нечёткие фиброзные тяжи, образующие мелкопетлистый рисунок. ACR-2 тип строения молочной железы.

При УЗИ молочных желёз 22.03.18 в верхних квадрантах правой молочной железы определялась массивная зона инфильтрации жировой плотности по типу стеатонекроза, субтотально занимающая указанные квадранты. На фоне инфильтрации визуализировались единичные кисты до 3х4мм. В правой молочной железе в верхне-внутреннем квадранте аналогичная зона с инфильтрацией жировой плотности, занимающая квадрант субтотально, на этом фоне анэхогенное образование с ровным, чётким контуром неоднородной структуры 36х70мм. Заключение: Массивный стеатонекроз обеих молочных желёз с кистозной дегенерацией. Выполнена пункция образования левой молочной железы 36х70мм под УЗИ контролем. Получен жир и бесструктурное вещество.

Повторное обращение 05.04.19 пациентка обратилась с жалобами на периодический дискомфорт в молочных железах. При осмотре молочные железы правильной формы, симметричные, выделений из сосков нет. При пальпации структура диффузно тяжистая. В

левой молочной железе в верхне-внтутреннем квадранте выявлено пальпируемое образование до 4см в диаметре, подвижное, с ровными чёткими контурами.

При УЗИ 26.04.19 в верхне-внутреннем квадранте левой молочной железы определяется образование жировой плотности с ровным чётким контуром, неоднородной структуры 37х21х22мм с анэхогенными участками. Выполнена пункция под контролем УЗИ, получен жир и бесструктурное вещество. На маммограммах 22.04.19 кожа не изменена. Структура желёз представлена преимущественно жировой тканью, незначительно выражен фиброз в виде тонких тяжей. В верхне-внутреннем квадранте левой молочной железы определяется овальная тень 4,2х3,7см по типу «перстня с печаткой» с просветлением в верхней части, тонкой уплотнённой стенкой толщиной 0,2см с ровными контурами, наружный контур местами нечёткий, в нижней части образования имеется плотная часть овальной формы 2,8х1,9см с единичными вкраплениями извести.

Таким образом, мы видим, что при первом обращении рентгенологически узел в молочной железе не выявлялся. Однако, картина имела черты сходные с маститом и отёчно-инфильтративной формой рака. Через год в структуре желёз преобладала жировая ткань, фиброзные изменения стали в виде тонких тяжей, на месте участка с массивными нечёткими фиброзными тяжами, образующими мелкопетлистый рисунок, сформировалась массивная неоднородная тень с просветлением и участками обызвествления.

Выводы: Стеатонекроз имеет полиморфную картину. На маммограммах наиболее характерно чёткое образование низкой плотности, неоднородной структуры с множественными жировыми фрагментами и частично кальцинированной капсулой. Но так же может проявляться как участок затемнения неправильной формы с тяжистыми контурами, неоднородной структуры за счет включений кальцинатов по типу «битого камня», «оправы линзы». В этом случае он должен дифференцироваться от рака. Так же в начальном периоде может иметь черты сходные с маститом. В анамнезе часто имеет место травма молочной железы. Необходимо проведение биопсии. Окончательный вывод в сложных случаях возможен только после гистологического исследования.

Щёголева М.Г., Исхакова Г.Н., Ляс Н.В., Машукаева А.С., Шапиро С.А.

ПРЕВЕНТИВНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА ПРИ НЕКАРДИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРОМЕЖУТОЧНОГО И ВЫСОКОГО РИСКА У ОНКОТОРАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Основная дискуссия при некардиальных операциях промежуточного и высокого риска концентрируется вокруг вопроса о необходимости превентивной реваскуляризации миокарда.

Новая редакция рекомендаций ЕОК по оценке и коррекции риска принята в 2014г. Европейским конгрессом кардиологов в Барселоне. Кроме цели предоперационной оценки кардиального риска, было провозглашено следующее: как снижают периоперационный риск коронарная реваскуляризация: стенты и продолжительность двойной дезагрегантной терапии. В новой редакции рекомендаций показания для превентивной реваскуляризации миокарда были расширены. Для оценки риска интра- и послеоперационного инфаркта миокарда была разработана новая модель прогнозирования (NSQIP). В отличие от индекса риска Lee, модель NSQIP не имеет системы баллов, а предоставляет расчетную вероятность ИМ/сердечного приступа для конкретного пациента и является вспомогательным инструментом в оценке прогноза и могут помочь врачу избрать правильную тактику. Выявлены пять предикторов периоперационного инфаркта миокарда: тип хирургического вмешательства, функциональный статус пациента, по-вышенный креатинин (>130 мкмоль/л или 1,5 мг/дл), возраст и класс по градации американского общества анестезиологов.

Отдельные пациенты с патологией сердца, подвергающиеся некардиальным операциям высокого риска, требуют оценки консилиумом в составе анестезиолога, кардиолога, хирурга(2a, C), терапевта.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. Пациентка А.. 1950г.р. Плановая госпитализация в торакальное отделения СОКОД для проведения хирургического лечения 31.10.2017г.с диагнозом: Опухоль плевры слева (без верификации) 1а кл.гр. Жалобы при поступлении: на давящие боли в области сердца при физической нагрузке (подъем по лестнице в метро, купирующиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца). Стационарное лечение и обследование в отделении кардиологии №1 УКБ Первого МГМУ им. Сеченова г.Москва с 25.09. 17г. по 06. 10. 17г. с целью планового обследования и лечения диагностированной желудочковой экстрасистолии. ЭХО КГ: ФИ 60%. ЭКГ -мониторирование : частая экстрасистолия и пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии . Зарегистрирован 1 нагрузочный эпизод депрессии STв отв. V5 до 1.0 - 1.2 мм.

Коронарография: Сбалансированный тип кровоснабжения. Ствол левой КА интактен. ПМЖА- стенозы 40%, дискретный стеноз 80 %в среднем сегменте. При обследовании в отделении при рентгенографии органов грудной клетки диагностировано новообразование в левом легком. КТ грудной полости, по результатом которого диагностирована опухоль плевры слева (фиброма?). 26.10.2017г. обратилась в поликлинику СОКОД, обследована, верификации процесса в плевре не получено, по данным контрольной КТ грудной полости - Опухоль плевры слева, больше данных за фиброму.

Диагноз: ИБС. Стенокардия ФК 2. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий: дискретный 80 % стеноз в среднем сегменте ПМЖА, множественные стенозы в среднем отделе ПМЖА до 40 % (коронарография 03. 10. 2017г.). Гипертоническая болезнь2 ст., риск ССО 4. .Нарушения ритма: частая желудочковая экстрасистолия, пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии. Атеросклероз аорты с вовлечением аортального

клапана. ГЭРБ, рефлюкс- эзофагит. Остеоартроз с преимущественным поражением межфаланговых суставов кистей. Сколиоз грудного отдела позвоночника. Грыжи Шморля.

Консилиумом в составе анестезиолога, кардиолога, хирурга (2a, C), терапевта: Рекомендовано консультация кардиохирурга для решения вопроса в плане тактики ведения больной. Кардиохирург СОККД: Рекомендовано: на первом этапе выполнить стентирование коронарных артерий, на втором этапе лечение новообразования плевры.

Экстренная госпитализация в СОККД в ноябре 2017г. с диагнозом: ИБС. Нестабильная стенокардия высокий риск со стабилизацией. Коронарография provisional- стентирование ПМЖВ - ДА 02.11.2017г.(радикальная реваскуляризация). Коронарография 03. 11. 2017г. Гипертоническая болезнь III ст., риск 4. Желудочковая экстрасистолия 4а градации по Ryan. H1. NYHA II ф.кл.

После выполненной радикальной реваскуляризации миокарда пациентка выписана с положительной динамикой для дальнейшего оперативного лечения в СОКОД.

05.02.2018г. повторно госпитализирована в торакальное отделение ГБУЗ СОКОД на хирургическое лечение. 25.01.2018г. КТ контроль по месту жительства - отрицательная динамика. Выполнена видеоассистированная атипичная резекция верхней доли левого легкого (ВАТС слева). Нейрофиброма верхней доли левого легкого Послеоперационный период без осложнений. Проводилась противовоспалительная, обезболивающая терапия. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде. Выписана и ДН онколога по месту жительства.

Вывод: Превентивная реваскуляризация миокарда может быть рекомендована больным, имеющим стойкие признаки ишемии перед плановыми некардиальными операциями.

Юсупов Р.Н., Егорова А.Г., Сомов А.Н., Шабардина А.С., Орлов А.Е.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ БРЕМЯ ЗНО ПОЛОСТИ РТА В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2003-2016ГГ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Рак полости рта является достаточно распространенным среди злокачественных новообразований (ЗНО). В 2016г. в РФ было зарегистрировано 9253 ЗНО полости рта, в том числе 6427 (69,5%) у мужчин и 2826 у женщин (30,5%). Эффективным методом борьбы с раком полости рта является первичная профилактика, позволяющая предотвратить до 1/3 заболеваний.

С целью научного обоснования мероприятий по первичной профилактике рака были изучены тенденции заболеваемости ЗНО полости рта в регионах Самарской области в период с 2003 по 2016гг. При этом был выполнен анализ динамики заболеваемости, в ходе которого изучена причина роста показателя, обусловленная либо изменением возрастной структуры населения, либо повышением риска заболеть.

В 2016 году в Самарской области было зарегистрировано 207 ЗНО полости рта, против 127 в 2003 году. Их удельный вес в структуре заболеваемости ЗНО возрос с 1,1% до 1,3%. «Грубый» показатель заболеваемости увеличился с 3,9 до 6,5 на 100 тыс. нас., или в 2,3 раза, в том числе среди мужчин – с 5,8 до 8,8, или на 61,6%, а среди женщин – с 2,4 до 4,5, или на 71,8%. Абсолютный прирост заболеваемости составил 2,5 на 100 тыс. нас. При этом в структуре причин прироста доля воздействия факторов риска составила 71,8%, а доля, связанная с накоплением в популяции пожилых людей - только 18,9%. Достоверно выше среднеобластного значения (84,3 \pm 6,0; p=0,95,t=2) прирост показателя заболеваемости ЗНО полости рта, связанный с воздействием факторов риска, оказался в Борском (100%), Камышлинском (100%), Елховском (92,7%), Большеглушицком (92,5%), Хворостянском (91,0%), районах области, а также в городе Чапаевск (98,6%).

Выводы. Таким образом, прирост заболеваемости ЗНО полости рта в Самарской области связан с преимущественным воздействием факторов риска, борьба с которыми должна быть организована в первую очередь в 6 регионах области. При этом на общегосударственном уровне должны проводиться мероприятия по ограничению табакокурения, употребления алкоголя и вакцинопрофилактика против вируса папилломы человека тип 16. Индивидуальными мерами профилактики должны стать эффективная санация и гигиена полости рта, а также своевременное лечение воспалительных и предраковых заболеваний полости рта.

Яблокова А.С., Трубин А.Ю., Никулина И.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЫШЕЧНО-НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. По рекомендациям ЕАУ, группа промежуточного риска включает в себя, в том числе, случаи мышечно-неинвазивного переходно-клеточного рака мочевого пузыря (МНИРМП) G2, при наличии единичных образований, независимо от размера, а также множественные опухоли G2 до 3 см.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность различных подходов к лечению умеренно-дифференцированного МНИРМП в отделении онкоурологии СОКОД.

Материалы и методы. В работе использованы данные 158 больных МНИРМП, у которых по данным гистологического исследования был верифицирован умеренно-дифференцированный уротелиальный рак (группа 1 — ТУР, однократное раннее введение Доксорубицина 50мг, иммунотерапия БЦЖ; группа 2 — ТУР с однократной ВПХТ Доксорубицином 50мг; группа 3 — контроль, динамическое наблюдение после ТУР). Для оценки клинической эффективности того или иного метода лечения изучались показатели общей и безрецидивной выживаемости пациентов. Отображение данных выживаемости выполнялось с помощью кривых Каплана-Мейера. Критический уровень значимости (р) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты исследования. Вероятность прожить без рецидива 5 лет среди пациентов с МНИРМП рТаТ1N0M0G2 была наибольшей после адъювантной БЦЖ-терапии (группа 1) ($80.8\pm10.5\%$), что достоверно отличалось от соответствующих показателей груп-пы 3 ($53.1\pm6.2\%$; р1-3 = 0,01) и группы 2 ($62.3\pm6.2\%$; р1-2 = 0,01). При сравнении результатов в подгруппах 2 и 3 достоверной разницы выявлено не было (р = 0,27). Показатель 5-летней общей выживаемости больных после адъювантной БЦЖ-терапии составил 93,9±4,2%, что было достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($63.3\pm6.3\%$; р = 0,01) и группой однократного раннего вве-дения химиопрепарата после ТУР ($65.5\pm5.4\%$; р = 0,01). Отметим, что в группах ДН и ВПХТ различия результатов носили случайный характер (р2-3 = 0,77).

Выводы. Таким образом, при умеренно-дифференцированном МНИРМП отдаленные результаты лечения были лучше среди пациентов, получавших после ТУР с однократным ранним введением химиопрепарата адъювантную БЦЖ-терапию (группа 1). На это указывали лучшие показатели 5-летней безрецидивной и общей выживаемости, а также меньшее количество рецидивов и большая длительность безрецидивного периода.

Ярыгина А.В., Горина А.О., Закамова Е.В., Торопова Н.Е.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ МЕНЕДЖЕМЕНТА КАЧЕСТВА ISO 9001. АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕСООТВЕТСТВИЙ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КОРРЕКТИРУЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Применение системы менеджмента качества (СМК) является стратегическим решением для организации, которое может помочь улучшить результаты ее деятельности и обеспечить прочную основу для инициатив, ориентированных на устойчивое развитие. Потенциальными преимуществами для организации от применения СМК являются: способность стабильно предоставлять продукцию и услуги, которые удовлетворяют требования потребителей и применимые законодательные и нормативные правовые требования; создание возможностей для повышения удовлетворенности потребителей; направление усилий на риски и возможности, связанные со средой и целями организации. Выполнение медицинской лабораторией требований стандарта ИСО 9001 означает, что лаборатория соответствует как требованиям технической компетентности, так и требованиям СМК, что необходимо для получения надежных лабораторных результатов. Сотрудники медицинских лабораторий, руководствуясь ИСО 9001-2015, должны использовать риск — ориентированное мышление, направлять усилия на риски и возможности, которые создают основу для повышения результативности СМК, достижения результатов и предотвращения неблагоприятных последствий.

Цель исследования. Провести анализ причин несоответствий, выявленных в лабораториях отдела клинических лабораторных исследований. Оценить результативность корректирующих действий.

Результаты исследования. За период с января по декабрь 2018 года в лабораториях отдела клинических лабораторных исследований было выявлено 51 несоответствие. Среди всех несоответствий, выявленных в лабораториях отдела клинических лабораторных исследований: 43 % - неправильное определение группы крови в отделениях стационара, повлекшее расхождение результатов в лаборатории и отделении стационара; 41% несоответствий - неправильная маркировка биоматериала и сопроводительной документации в отделениях ГБУЗ СОКОД и других ЛПУ; доля ошибок программного обеспечения, дрейф оптики, загрязнение оптической системы автоматических анализаторов, нестабильность электроники составила 12%; 4% несоответствий - поступление биоматериала из отделений ГБУЗ СОКОД в емкостях, не соответствующих ГОСТ Р 53079.4-20008, ИСО Р 15189. Анализ причин несоответствий показал, что 88% из них выявлены на преаналитическом этапе в клинических отделениях ГБУЗ СОКОД и других ЛПУ. Выявленные несоответствия увеличивают риск нарушения сроков получения результатов лабораторных исследований. 12 % несоответствий приходится на долю аналитического этапа лабораторного процесса и связаны с техническим функционированием анализаторов, что может приводить к риску недостоверности результатов лабораторных исследований.

Проводимые корректирующие действия позволили снизить количество несоответствий. Количество ошибок определения группы крови и резус-фактора пациента в отделениях ГБУЗ СОКОД сократилось в 2,8 раза (в 2017 – 62 случая, в 2018 году – 22 случая), количество случаев неправильной маркировки биоматериала и сопроводительной документацией в отделениях ГБУЗ СОКОД и других ЛПУ сократилось в 4,5 раза (в 2017 – 96 случаев, в 2018 году – 21 случай). В настоящее время продолжается работа в системе менеджмента качества, которая направлена на постоянное улучшение деятельности отдела клинических лабораторных исследований Самарского онкологического диспансера.

Выводы. Благодаря внедрению корректирующих мероприятий достигнуты значительные результаты по снижению количества несоответствий.

СОДЕРЖАНИЕ

Каприн А.Д., Ратманов М.А., Колсанов А.В., Орлов А.Е., Золотарева Т.Г. О ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Аляпкина Е.А. СЕСТРИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ТОРАКАЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ГБУЗ СОКОД
Арутюнян Е.А., Синева Т.В. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (ОПУХОЛИ НАРУЖНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ)
Бахарева А.О., Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Махонин А.А. НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ГОРТАННОГО ОТДЕЛА ГЛОТКИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
Богданова К.Р., Исхаков Р.Н., Попова Т.Ф. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ ЗА ПЕРИОД С 2007 ПО 2017 Г.Г.
Буянов А.С., Стадлер В.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЛОКАД РЕС I, II И SAPB ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Воздвиженский М.А., Трубин А.Ю., Горбачев Н.А., Горбачев А.Л., Евсеев Д.С., Исаргапов Р.М. 5-ЛЕТНЯЯ БЕЗРЕЦИДИВНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ НЕМЫШЕЧНО- ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	20
Евсеев Д.С., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Боряев А.Н., Фольц А.В., Трубин А.Ю., Исаргапов Р.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ	
Жидкова А.Д., Муаллем Е.Г., Скокова Г.Н., Бурлаков А.С. ОСОБЕННОСТИ ВЗЯТИЯ БИОМАТЕРИАЛА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КИСЛОТОУСТОЙЧИВЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ	
Золотарева Т.Г. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ПОЧКИ	
Золотарева Т.Г. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ПОЧКИ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ИЛИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА	
Ищеряков С.Н., Хаметов Р.З. ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ГБУЗ СО «СТАВРОПОЛЬСКАЯ ЦРБ»	
Ищеряков С.Н., Хаметов Р.З. ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ГБУЗ СО « ПРИВОЛЖСКАЯ ЦРБ»	
Каганов О.И., Блинов Н.В., Фролов С.А., Козлов А.М., Самойлов К.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА	
Каганов О.И., Орлов А.Е., Козлов С.В., Гукасян И.М., Бостриков А.В, Махонин А.А., Яннаева Ю.Г., Щеглов А.Л. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ГОРТАНИ	43
Каганов О.И., Постников М.А., Габриелян А.Г., Кириллова В.П., Ахмадиева Е.О., Баранов Р.А. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА	44
Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П., Ламонов М.С., Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л. НОВЫЙ СПОСОБ ПЕРВИЧНОЙ ОДНОЭТАПНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ ЛИПОФИЛИНГА	
Кайдаш Ю.А., Яннаева Ю.Г., Бострков А. В. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ УСКОРЕННОГО ЧАСТИЧНОГО ОБЛУЧЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (АВРІ) И РЕЖИМА ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ОБЛУЧЕНИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Карасев И.А., Юричев И.Н., Малихов А.Г., Туманян А.О., Малихова О.А. КОЛОРЕКТАЛЬНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	
Каюмова Ю.Р. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАЗОВ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА	
Ковалев К.П., Валах Е.А. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ	51

Козлов С.В., Ищеряков С.Н., Чекулаев Р.А., Хаметов Р.З. ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДСТВЕННИКАМ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	- 1
Козлов С.В., Круглова П.Л., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Копылов А.В. РЕЗУЛЬТАТ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	54 55
Козлов С.В., Неретин Е.Ю. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУЛЬТИЦЕНТРОВОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ В ФОРМАТЕ МАСТЕР-КЛАСС	
Козлов С.В., Савельев В.Н., Ламонов М.С., Ткачев М.В., Борисов А.П., Катюшин А.А., Балык И.В. ПОРАЖЕНИЕ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Козлова О.А., Орлов А.Е., Козлов С.В., Золотарева Т.Г., Сомов А.Н. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА НАСЕЛЕНИЯ Г.О. САМАРЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАКУ ТОЛСТОЙ КИШКИ	
Коломина С.В., Закамова Е.В., Торопова Н.Е., Рылеева М.А. ОШИБКИ НА ВНЕЛАБОРАТОРНОМ ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ИММУНОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ГБУЗ СОКОД	
Котельников Г.П., Колсанов А.В., Николаенко А.Н., Попов Н.В., Иванов В.В., Щербовских А.Е. РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ СУСТАВОВ КИСТИ С ПОМОЩЬЮ СЕЛЕКТИВНОГО ЛАЗЕРНОГО СПЕКАНИЯ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	
Кузнецова Т.К. Аблекова О.Н. ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СЕРОПАПИЛЛЯРНЫХ ЦИСТАДЕНОМ И РАКА ЯИЧНИКОВ	
Лебедько Е.В., Шывырева Е.Б. , Стадлер В.В., Вострикова А.Д. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАРИНГОСКОПА ИНТУБАЦИОННОГО AIRTAG AVANT В ГБУЗ СОКОД	
Липатова Е.Н., Азова М.А., Торопова Н.Е. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ ДЕМОДЕКОЗЕ В ПРАКТИКЕ ОНКОЦИТОЛОГА	
Лукьянова И.В., Парфенова Н.Ю.,Куликова С.А. СОПРОВОДИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	
Майданник А.Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В АДАПТАЦИИ ПАПИЕНТА ПОСЛЕ НЕФРОСТОМИИ	
Макаева А.А., Баландина А.В., Пикалова М.В. ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СОЛИДНО-ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНОЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОПУХОЛЬ ФРАНЦА)	
Макаева А.А., Гончаров М.А., Леонтьевский И.А. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ	. ·
Малихова О.А., Карасев И.А., Малихов А.Г., Туманян А.О., Верещак В.В., Круглова И.И. ЗУБЧАТЫЕ АДЕНОМЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ С УЧЕТОМ КЛИНИКО - МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК	76
	70

Манукян А.А., Пряников А.С, Хобта Р.В. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЛАНИРОВАНИЯ И ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ НАВИГАЦИИ «АВТОПЛАН» В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	70
Махонин А.А., Габриелян А.Г., Осокин О.В., Нестеров А.Н., Керосиров А.П., Нагорнов А.Н. ВИДЕОЭНДОЛАРИНГЕАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ	.,
Меркулова С.М., Вострякова А.Д., Вишняков В.А., Лозовая С.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ УРОВНЯ НЕЙРОМЫШЕЧНОГО БЛОКА	
Мишуткина Т. Г., Пантелеев Д. А. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ (ОНКОУРОЛОГИЯ)	
Морошкина Г.П, Торопова Н.Е. ОСОБЕННОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БЕСПИГМЕНТНОЙ МЕЛАНОМЫ	
Неретин Е.Ю., Козлов С.В. ОЦЕНКА КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПО ВОПРОСУ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ В ФОРМАТЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ	
Неретин Е.Ю., Козлов С.В., Яблокова А.С. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ПОЧКИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2004-2018 ГОДЫ	
Никитина А.О., Азова М.А., Торопова Н.Е. ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫПОТНЫХ ЖИДКОСТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ	, -
Никитина А.О., Торопова Н.Е., Трухова Л.В., Морошкина Г.П. ИММУНОЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ МЕТАСТАЗОВ МЕЛАНОМЫ ИЗ НЕВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ	,.
Николаенко А.Н., Хобта Р.В., Иванов В.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ	,
Николаенко А.Н., Хобта Р.В., Иванов В.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ	
Новосадова Т.О., Манькова Е.А. ПАЦИЕНТ - ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТА	
Окунева И.В., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Козлова О.А. ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В Г.О.САМАРА	
Орлов А.Е., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П., Ламонов М.С., Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л. МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РАСЧЕТА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Орлов А.Е., Каганов О.И., Габриелян А.Г., Постников М.А., Кириллова В.П., Шурыгина О.В. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ	
Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И., Постников М.А., Воздвиженский М.О., Осокин О.В., Махонин А.А., Габриелян А.Г. ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОБОСНОВАНИЕ ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	108

Орлов А.Е., Подусова Т.Н., Вакулич Е.А., Павлов В.В., Прошина О.А., Калугина С.Ю. ДЕЛОВОЕ СОВЕРШЕНСТВО ГБУЗ СОКОД НА ОСНОВЕ ПОСТРОЕНИЯ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА
Орлов А.Е., Золотарева Т.Г., Юданова А.А., Ромаданова С.В., Белова Т.Г., Царева Е.А. ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ РК-ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Павлинова И.Н., Федулова И.В. РОЛЬ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РУК В ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
Печорская Е.А., Торопова Н.Е. ПЕРСПЕКТИВА РАЗВИТИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ИТОГИ ЗАСЕДАНИЯ ПРОФИЛЬНОЙ КОМИССИИ МЗ РФ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА»
Пирогов С.С., Кувшинов Ю.П., Малихова О.А., Круглова И.И., Захарова Т.И., Чистякова О.В. НОВЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА
Родионова В.А., Козлов С.В., Капп Е.В. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ТОРАКАЛЬНОГО ПАЦИЕНТА
Росборуф А.Г., Аблекова О.Н. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ МИКРОКАРЦИНОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Савельев В.Н., Козлов С.В., Борисов А.П., Катюшин А.А., Балык И.В., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Александрова Е.Г. МИОПЛАСТИКА ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛИМФОРЕИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Савельева И.Ю., Гончаров М.А., Письменная А.Д., Кудинова Н.Н. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА НОСОГЛОТКИ
Сапожников В.А., Хобта Р.В., Меркулов В.Н. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ
Селезнева А.В., Баканова Ю.Г., Югина О.В. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЛЁГКОГО С ПРИМЕНЕНИЕМ ИГХ-ИССЛЕДОВАНИЯ
Селезнева А.В., Югина О.В. ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПАТОЛОГОАНАТОМА
Сивохина Т.А., Бурмистрова С.А., Лаврентьева Е.Б., Савченко Г.В., Суховилова Е.В. КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Сивохина Т.А., Бурмистрова С.А., Рыбакова Н.Г., Лаврентьева Е.Б., Суховилова Е.В. ТИБИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ
Синева Т.В. ПРОФИЛАКТИКА РИСКОВ ПАДЕНИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ КАЧЕСТВЕННОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ
Соловов В.А., Ганьжов В.О., Матяш Я.С. РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Соловов В. А., Ганьжов В.О., Матяш Я.С., Фесенко Д.В., Кобелев С.М. ФОКУСИРОВАННАЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	136
Сомов А.Н., Орлов А.Е., Козлов С.В., Егорова А.Г., Юсупов Р.Н., Липина Ю.В., Шабардина А.С., Козлова О.А. ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ	
Стадлер В.В., Муськин Р.Р., Кочетков А.О., Костин Д.С., Вострикова А.Д. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОРТАТИВНОГО ИНТУБОСКОПА МОДЕЛИ А41 ПРИ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ	
Стадлер В.В., Артемьев А.В. ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОНКОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ ГОЛОВЫ И ШЕИ	
Стадлер В.В., Кочетков А.О., Крюкова Э.Г., Костин Д.С., Вострикова А.Д. ОПЫТ УСТАНОВКИ БРОНХОБЛОКАТОРА ПОД КОНТРОЛЕМ ВИДЕОЭНДОСКОПА А41	
Станчина Ю.В. ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПИГМЕНТНЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	
Сухарева Е.А., Малкина Л.Г., Денисова Т.А. ЗАДАЧИ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД ПО ОНКОЛОГИИ В СЕЛЬСКИЕ РАЙОНЫ ЦРБ	
Топоркова Г.В., Назарова А.О. БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОЦЕДУРЫ КОРМЛЕНИЯ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ПАЦИЕНТА ПРИ НАРУШЕНИИ ГЛОТАНИЯ	
Торопова Н.Е., Закамова Е.В., Тетерина Ю.Ю. ОСОБЕННОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ МУТАЦИЯМ ГЕНОВ BRCA	
Торопова Н.Е., Подусова Т.Н., Ярыгина А.В., Закамова Е.В., Фролова Е.В., Мальцева Н.В., Коломина С.В., Горина А.О., Печорская Е.А. ПЕРВЫЙ ЭТАП ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТА В РАБОТУ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ГБУЗ СОКОД	
Трубин А.Ю., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Боряев А.Н., Евсеев Д.С., Никулина И.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ	
Трубин А.Ю., Воздвиженский М.О., Горбачев Н.А., Горбачев А.Л., Низамова Р.С. АЛГОРИТМ ВЫБОРА АДЬЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МЫШЕЧНО- НЕИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	
Трубин А.Ю., Низамова Р.С., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Фольц А.В., Борзенкова Е.В., Горбачев Н.А. ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОТЕРАПИИ БЦЖ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	
Фесенко Д.В., Соловов В.А., Ганьжов В.О., Матяш Я.С. ИММУНОТЕРАПИЯ МЫШЕЧНО-НЕИВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	
Фролова Е.В., Воронцова О.К., Торопова Н.Е., Пшеничникова М.В. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ КЛЕТОК КРОВИ ПРИ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	157

	•	·	" ^	A 4 A
LIVITACE NO MINAUROR (, SINDIAUROR)		огический шиспапсер "Новгі	е технологии в онкологии", 2	пти глп
Camapernin Collactinon	NJIVINI TECKVINI ONKOJIK	лический диспапсер повы	IC ICANOJICI NIN B CHROJICI NIN , Z	ото год

Фролова Е.В., Макарова И.В., Пшеничникова М.В., Нефедова Е.Н., Торопова Н.Е. ЛАКТАТ КАК БЫСТРЫЙ И КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ГИПОКСИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ	160
Хаметов Р.З., Ищеряков С.Н., Кашкаров И.Л., Корсаков Ю.В. СОБСТВЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ 3-Й СТУПЕНИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ТАРГИН [®] » ПРИ ПРОВЕДЕДЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	
Хобта Р.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
Черная Т.К., Зуева Ю.Н. ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ОТДЕЛЕНИЯХ ГБУЗ СОКОД	
Шубина Ю.Н. МНОГОФАКТОРНОСТЬ РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА	
Щеглов А.Л., Яннаева Ю.Г. РОЛЬ ВРАЧА-РЕНТГЕНОЛОГА В ПРЕДЛУЧЕВОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
Щеглов А.Л., Колосова И.Н. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СТЕАТОНЕКРОЗА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ	
Щёголева М.Г., Исхакова Г.Н., Ляс Н.В., Машукаева А.С., Шапиро С.А. ПРЕВЕНТИВНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА ПРИ НЕКАРДИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРОМЕЖУТОЧНОГО И ВЫСОКОГО РИСКА У ОНКОТОРАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
	O
	13 K
	179

