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
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
1-2 ДЕКАБРЯ 2022 ГОДА

САМАРА

УДК 616-006
ББК 55.6

Научная редакционная коллегия:
Академик РАН, доктор медицинских наук, профессор Г.П. Котельников
Профессор РАН, доктор медицинских наук, профессор А.В. Колсанов
доктор медицинских наук А.Е. Орлов
доктор медицинских наук О.И. Каганов
доктор медицинских наук, профессор С.В. Козлов
доктор медицинских наук М.О. Воздвиженский
кандидат медицинских наук Т.Г. Золотарева

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ: Сборник материалов ежегодной научно-практической конференции с международным участием. – Самара, 2022. - 191 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, 2022
ООО «Акцент», 2022

ОРГАНИЗАЦИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ВЫЕЗДНОЙ ПАТРОНАЖНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Акамова Э.М., Золотарева Т.Г.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. По данным ESPEN течение онкологических заболеваний от 46% до 88% случаев сопровождается недостаточностью питания. Восполнение такой недостаточности за счет пищевых продуктов не дает возможности быстрого восстановления энергетической потребности у онкологического больного. Более актуальным стал подбор специализированного питания.

Цель исследования. Определение возможности быстрого восполнения энергетической, белковой недостаточности у онкологического амбулаторного пациента с использованием сиппингов и продукции для зондового питания.

Материалы и метод. В отделение выездной патронажной паллиативной помощи онкологическим больным СОКОД есть опыт использования сиппингов, продукции для стомированных больных, сухих питательных смесей. Из списка пациентов, курируемых выездной патронажной службой, до 80% пациентов нуждаются в постоянном постороннем уходе. В отделении разработан нутритивный статус пациента в условиях работы выездной патронажной службы, при котором определяется его временная или постоянная нуждаемость в специализированном питании. Расчет ИМТ (индекса массы тела) – не считаем, как основной параметр нутритивного статуса. Так как около 30 % пациентов при осмотре имеют параметры увеличения веса за счет накопления жидкостей в полостях (асцит, плеврит) и лимфостаза, объемного опухолевого роста, снижения веса за счет проводимых оперативных вмешательств резекции, ампутации.

Вцелом учитывались параметры:
- пол с определением объема предплечья у мужчины и женщины;
- вес, его снижение за последний месяц;
- снижение аппетита, диспептические нарушения (тошнота, рвота, диарея, капростаз на фоне приема опиоидов);
- наличие стом по кишечной трубке;
- оценка белковой недостаточности по объему общего белка/ альбумина в крови; протеинурия у быстро теряющего вес пациента.

В отделении проведен анализ пациентов, нуждающихся в нутритивной поддержки разных категорий, всего 40 человек, из которых выделены:

1 группа - пациенты, получающие химиотерапию: 1а группа пациенты с проявлениями мальабсорбции 1б группа пациенты с потерей веса за последний месяц от 5 кг и выше. 1в группа пациенты с токсическими проявлениями (нефропатии, гастропатиии, гепатотоксичностью), с инверсией вкуса на фоне противоопухолевой терапии;

2 группа - пациенты после проводимой лучевой терапии: нуждаемость в проведении нутритивной поддержки была определена для всех пациентов, учитывая наличие травмирующего компонента при проведении лучевой терапии;

3 группа - пациенты до и после проводимого оперативного лечения;

4 группа пациентов с наличием объемного опухолевого роста , в том числе с наличием распада опухоли.

В итоге такого разделения по нутритивным статусам выработана тактика подбора сиппингов для 4 групп пациентов: А. Основная часть пациентов с целью восполнение белка: на фоне кахексии с назначением стероидных гормонов на фоне быстрой потери. Б. Пациенты после проводимой лучевой терапии, оперативного вмешательства. В. Пациенты с проявлениями мальабсорбции как последствие химиотерапевтического лечения, лучевой терапии. Г. Пациенты, нуждающихся в дезинтоксикационной терапии после проводимой химиотерапии, на фоне токсических проявлений распада опухоли, обменных нарушений.

В каждую группу было включено по 10 пациентов.

Результаты исследования: В «А» группе в 50% случаев (у 5 пациентов из 10 наблюдалось улучшение аппетита, стабилизация веса; в «Б» группе - в 80% случаев (у 8 пациентов из 10 отмечена быстрая реабилитация, регенерация тканей, переход на следующий этап лечения в сочетании с симптоматической терапией; в «В» группе в 40% случаев (у 4 из 10 человек) получена удовлетворительная эффективность при использовании комбинации сиппинга с умеренным содержанием белка и жиров, отсутствием пищевых волокон в сочетании с ферментами. Значительное снижение сроков достижения положительного эффекта получили при использовании сочетания глутамина и ферментов. В «Г» группе в 60% (у 6 пациентов из 10) удалось корректировать токсические изменения на фоне инфузионной, дезинтоксикационной терапии в сочетании с глутамином.

Выводы. Результаты проводимой нутритивной поддержки улучшают выживаемость у инкурабельного больного и открывают ресурсы для возможности проведения специализированного паллиативного лечения (химиотерапии, лучевой терапии).

НАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ СЦИНТИГРАФИИ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ МЕЛАНОМЕ

Артемьев Р.В., Липина Ю.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Сторожевой лимфатический узел – это лимфатический узел в регионарном бассейне, который является первым барьером на пути продвижения опухолевых клеток от первичного очага. Исследование СЛУ при злокачественных образованиях наружной локализации - на данный момент активно развивающаяся область радионуклидной диагностики, является востребованным и актуальным исследованием в онкологических учреждениях по всему миру. В Самарской области за 2021 г. выявлено 280 случаев первичных меланом. На диспансерном учете состоят 2592 пациента. В структуре общей заболеваемости меланома занимает 15 место.

Цель исследования. Улучшить качество стадирования и лечения больных с меланомой путём применения сканирования сторожевых лимфатических узлов.

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

Результаты исследования. В 2021 г. был начальный опыт исследования сторожевых лимфатических узлов у пациентов с меланомой кожи. Всего было исследовано 2 пациента с первичной меланомой кожи. Способ введения радиофармпрепарата «Нанотоп»: перитуморально подкожно активностью 40-60МБк. Для подкожного или субареолярного введения необходима небольшая доза изотопа, что приводит к меньшему лучевому влиянию от места введения на область расположения сигнальных лимфоузлов, то есть более точной радиолокализации. У одного пациента при отсроченном исследовании через 2 часа слабо визуализировались пути лимфооттока с нечёткой регистрацией сигнальных лимфоузлов в проекции правой передне-подмышечной области и ближе к средостению. У второго пациента на статических сцинтиграммах в передней и задней проекциях, выполненных через 60 минут после внутрикожного перитуморального введения РФП, визуализировались области инъекций, дополнительно на границе левой поясничной и верхне-ягодичной областей отмечаются 2 очага гиперфиксации РФП – сигнальные лимфатические узлы. На отсроченных сцинтиграммах верхней половины туловища, выполненных через 2 часа, визуализировалась группа ЛУ в проекции левой подмышечной области. При выполнении последующей биопсии сторожевых лимфатических узлов и гистологическом исследовании - выделенные лимфатические узлы без метастазов, с признаками реактивной гиперплазии, липоматоза.

Выводы. В структуре всех выполняемых исследований в ОРД за 2021-2022 гг. сцинтиграфия СЛУ составляет около 70 исследований и начинает выходить на третье место, после сцинтиграфии костей скелета и щитовидной железы. Планируется дальнейшее внедрение данного метода в практику отделений для улучшения качества стадирования и лечения больных с злокачественными новообразованиями наружной локализации.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭКСЦИЗИОННЫХ КОЛЕЦ TREC И KREC ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Е. Аскаров[1], А.В. Султанбаев[1,3] , Ш.И. Мусин[1], К.В. Меньшиков[1,2], Э.Р. Батырова[3], А.А. Фатихова [1], Ф.С. Билалов[3], И.А. Меньшикова[2], Н.И. Султанбаева[1], Д.А. Кудлай[4,5]

1. *ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РБ, г. Уфа, Россия*
2. *ФГБОУ «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа, Россия*
3. *ГБУЗ «Республиканский медико-генетический центр» МЗ РБ, г. Уфа, Россия*
4. *Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва*
5. *ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, Москва*

Актуальность. Эксцизионные кольца реаранжировки Т-клеточного рецептора (TREC) и к-делеционного элемента (KREC) представляют собой внехромосомные структуры ДНК, образующиеся в процессе V(D)J-рекомбинации. Снижение количества TREC и KREC ниже возрастных значений может быть проявлением иммунодефицитных состояний, причиной которых могут являться онкологические и гематологические заболевания а также терапия иммуносупрессивными препаратами. У онкологических пациентов в зависимости от мутационной нагрузки и, как следствие, антигенной нагрузки опухоли наблюдается разнообразие антигенного профиля Т- и В-клеток. С целью изучения количественных показатели TREC и KREC у пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО) в ГАУЗ РКОД МЗ РБ открыт протокол «ИО-001» одноцентрового нерандомизированного открытого клинического исследования, который был одобрен локальным этическим комитетом. Все пациенты, принявшие участие в исследовании, дали письменное согласие на участие.

Цель исследования. Изучить изменение уровня эксцизионных колец (TREC, KREC) при раке молочной железы (РМЖ).

Материалы и метод. Для исследования произведен забор крови у пациенток со злокачественными новообразованиями молочной железы в основной группе и у здоровых лиц различного возраста в контрольной группе. Проведен анализ показателей TREC и KREC 16 здоровым женщинам и 63 пациенткам с РМЖ. Медиана возраста здоровых пациентов 31,5 года (Q_1-Q_3: 28,3- 47 года), возраста пациентов со ЗНО молочной железы 53 года (Q_1-Q_3: 46-64 года). Количественная оценка TREC и KREC выполнена методом ПЦР в реальном времени набором реагентов «ИММУНО-БИТ» (ООО «АБВ-тест») в соответствии с инструкцией к набору. Экстракцию ДНК из цельной крови проводили с помощью комплекта реагентов «АмплиПрайм РИБО-преп» (ООО «НекстБио»).

Результаты исследования. По данным анализа у здоровых женщин уровень TREC 89,7 /10^5 PBMC (Q_1-Q_3: 18,1-124,4), уровень KREC 369,2 /10^5 (Q_1-Q_3: 169,3- 678,3). Тогда как у пациенток с РМЖ уровень TREC 9,5 /10^5 PBMC (Q_1-Q_3: 2,5- 32,7), уровень KREC 201,7 /10^5 (Q_1-Q_3:73,2-516,3). При сравнении показателя TREC и KREC у пациенток со ЗНО и здоровых пациентов установлены статистически значимые различия уровня TREC (p=0,001), различия уровня KREC не выявлено (p=0,182). Уровень TREC у здоровой популяции была существенно выше, чем среди пациенток со ЗНО молочной железы (медиана TREC составили 89,7 и 9,5).

Выводы. Полученные данные демонстрируют существенные изменения лимфопоэза Т-клеток у пациентов с РМЖ. Количественное определение TREC и KREC позволяет оценивать состояние Т- и В-клеточного звена иммунной системы у пациентов с РМЖ. Полученные данные позволяют планировать дальнейшие исследования иммунитета при ЗНО и их прогностическую значимость

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РАКА ТЕЛА И ШЕЙКИ МАТКИ ПО ДАННЫМ МРТ С БОЛЮСНЫМ КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ

Баландина А.В., Филимонов Е.Ю., Каганов О.И.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Цель исследования. Оценка эффективности МРТ в уточненной диагностике распространенности рака тела и шейки матки. Разработка критериев оценки местной распространенности опухолевого процесса, поражения лимфатических узлов, окружающих мягких тканей и органов.

Материалы и метод. В исследование вошла группа из 17 пациентов с верифицированным раком тела и шейки матки. Для уточнения распространенности процесса было проведено исследование до и после внутривенного введения контрастного вещества (парамагнетик – омнискан в дозировке 20 мл). Все исследования проводились на магнитно-резонансном томографе Optima MR 450w, напряженностью магнитного поля 1,5Тл.

Результаты исследования. Как показала оценка результатов исследований, достоверность полученных при МР-исследований данных не зависит от подготовки пациентка. Толщина среза составила 4мм, с межсрезовым интервалом 0 мм (т.е. промежутки между срезами отсутствовали). Опухоли, не выходящие за пределы миометрия были выявлены у 3 (18% пациентов). Опухоли с инвазией в окружающую клетчатку выявлены у 8 (47% пациентов). Опухоли, с инвазией в стенку сигмовидной и прямой кишки, стенку мочевого пузыря и мезоректальную фасцию выявлены у 4 (23% пациентов). Поражение шейки матки у 2 (12% пациентов). Любое исследование начиналось с последовательности Т2-ВИ в аксиальной плоскости, для определения локализации процесса, затем в сагиттальной плоскости для определения протяженности поражения. Исследование в коронарной плоскости применялось в обязательном порядке, для уточнения распространенности процесса. Так же по данным Т2 ориентированное по 3 проекциям позволило оценить дифференцировку слоев тела и шейки матки. Исследование в Т1-ВИ в аксиальной плоскости до и после контрастного усиления применялось для оценки состояния фасций, лимфоузлов. Данные программы диффузионно-взвешенных изображений позволило оценить степень понижения клеточной диффузии в зоне интереса. Т1-ВИ после введения контрастного вещества применялось в виде болюсного контрастирования, что помогало в полной мере оценить степень контрастирования опухоли и прилежащих анатомических структур. Далее выполнялось Т1-ВИ Fat Sat (с подавлением сигнала от жира). Производилась оценка подвздошных сосудов, подвздошных (наружных и внутренних) и паховых лимфоузлов. Опухолевое поражение отграниченное миометрием демонстириует гипоинтенсивный сигнал в Т2-ВИ и Т1-ВИ (до введения контрастного вещества). После введения контрастного вещества отмечается выраженное усиление в опухолевом узле и вовлеченных в процесс анатомических структур. Признаками инвазии в окружающие ткани и органы являются: участок измененного уровня сигнала в стенке матки, без четкой границы, отсутствие жировой прослойки с рядом распложенными прилежащими органами (мочевой пузырь, стенка ректосигмоидного отдела толстой кишки). Патологические изменения в регионарных лимфоузлах выявлены у 12 (70% пациентов). Исследования были выполнены в полном объеме. Учитывались 3 размера патологически измененных лимфоузлов (2 в наибольшем сечении и 1 размер в сагиттальной плоскости). На постконтрастных Т1-ВИ сканах проводилась оценка интенсивности и негомогенности накопления контрастного вещества в лимфоузлах. Критерием метастатического поражения были размеры более 10мм в коротком сечении, неровные, нечеткие контуры, негомогенная структура.

Выводы. МРТ с болюсным контрастным усилением на высокопольных магнитно-резонансных томографах (1,5 Тл и более) является высокоинформативным, неинвазивным методом предоперационной диагностики и дальнейшей тактики ведения, распространенности процесса рака тела и шейки матки.

РАБОТА ВРАЧА-ОНКОЛОГА КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ №1 В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ НАГРУЗКИ

Бельская Е.Г.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. С марта 2022 г. в связи с улучшением эпидемиологической ситуации в Самарской области были сняты некоторые ограничения, установленные в период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. В регионе возобновилось оказание первичной медико-санитарной помощи, проведение профосмотров и диспансеризаций. Вследствие этого наблюдается увеличение числа пациентов, направляемых в онкодиспансер, что в свою очередь приводит к необходимости ускорить рабочий процесс приема пациента, не ухудшив при этом качество предоставляемых услуг. По официальной статистике среднее количество посещений некоторых врачей КО№1 за одну рабочую смену в 2021 г. составило 34,26 чел., а в 2022 г. – 46,11 чел.

Цель исследования – формирование алгоритма действий врача-онколога консультативного отделения в условиях повышенной нагрузки.

Материалы и метод. Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи: сокращение времени приема пациента без ухудшения качества выполняемого осмотра, соблюдение сроков обследования первичного пациента, предотвращение конфликтных ситуаций

На основе нескольких приемов из собственного опыта нами был установлен следующий порядок действий:

1. Пригласить пациента на прием, идентифицировать личность человека.
2. При согласии пациента проходить осмотр в присутствии сопровождающего, допустить его нахождение в кабинете.
3. Провести опрос и осмотр пациента, ознакомиться с документами, выданными пациенту в ЛПУ по месту жительства, заполнить шаблон первичного приема.
4. Ознакомить пациента с предварительным диагнозом и обсудить индивидуальный план обследования. Уточнить у пациента всё ли понятно, согласен ли с планом обследования, достаточно ли у него времени для принятия обдуманного решения. В случае отказа пациента от обследования оформить письменный отказ, подготовить выписку в ЛПУ по месту жительства, а иногда и извещение о больном IA клинической группы.
5. Направить в регистратуру для получения талонов на рекомендованные обследования.
6. На повторном приеме ознакомиться с результатами обследования, уточнить диагноз, поставить на учёт, обсудить возможное лечение, согласовать дату консилиума.
7. Проведение консилиума. Это позволяет минимизировать диагностические ошибки и выработать оптимальный план лечения пациента согласно клиническим рекомендациям.
8. Подготовка выписки для ЛПУ по месту жительства пациента.

Выводы. В результате четкого выполнения данного алгоритма удается сократить время приема в среднем до 10 минут, не уменьшая объем осмотра и опроса пациента. Данные этапы приема очень важны, особенно для первичных пациентов, так как именно во время них формируется мнение не только о враче, но и об учреждении в целом.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Бикинеева М.М., Мальцева Н.В., Рыбалко И.С., Печорская Е.А., Торопова Н.Е.
ГБУЗ «Самарский областной онкологический диспансер»

Актуальность. Одной из важных проблем современной медицины является неуклонный рост числа инфекционных заболеваний, вызванных резистентными штаммами микроорганизмов, и снижение эффективности АМП (антимикробных препаратов), используемых для их лечения. Согласно Национальной Концепции профилактики ИСМП (инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи) эпидемиологическая безопасность организации лечебно-диагностического процесса является неотъемлемым требованием оказания качественной медицинской помощи. Мониторинг чувствительности штаммов в популяции бактерий является важнейшим элементом медицинской практики.

ИСМП, вызываемые полирезистентными бактериями, признаны глобальной проблемой, существующей во всех странах. Результаты исследований, проведенных в Российской Федерации в последние годы, показали, что в этиологической структуре ИСМП к ведущим возбудителям относятся Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, а также Enterococcus faecalis и Enterococcus faecium. Перечисленные микроорганизмы входят в Европейскую систему надзора за антибиотикорезистентностью (EARS-Net). К наиболее проблемным возбудителям с позиций выбора адекватной терапии относят штаммы S.aureus (MRSA), штаммы K.pneumoniae и E.coli, устойчивые к ЦРС (цефалоспорины расширенного спектра действия) и карбапенемам, штаммы P.aeruginosa и A.baumannii, резистентные к карбапенемам, штаммы E.faecalis и E.faecium, устойчивые к ванкомицину.

Микробиологический мониторинг является неотъемлемой частью организации системы инфекционного контроля, позволяющей следить за циркуляцией возбудителей ИСМП, изменениями в их структуре, тенденциями развития устойчивости АМП, а также выявлять эпидемиологические связи, что особенно важно при расследовании вспышек и случаев внутрибольничного заражения [Кафтырева Л.А., Зуева Л.П.].

В настоящее время необходимость организации микробиологического мониторинга в учреждениях здравоохранения регламентирована СанПиНом 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

Микробиологический мониторинг необходим для решения ряда задач:

– этиологической расшифровки ИСМП, выявления госпитальных штаммов микроорганизмов и разработки стратегии и тактики борьбы с ними;

– динамической оценки и корректировки проводимой антимикробной терапии на основе организации рационального взаимодействия лечащих врачей и сотрудников лаборатории;

– выявления бактерионосителей возбудителей ИСМП среди медицинского персонала и факторов передачи возбудителя в ходе лечебно-диагностического процесса, микробиологической оценки качества проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на основе организации рационального взаимодействия госпитальных эпидемиологов и сотрудников лаборатории;

– своевременной коррекции лекарственного формуляра на основе организации рационального взаимодействия клинических фармакологов, сотрудников лаборатории и госпитальных эпидемиологов;

– раннего активного выявления пациентов, подвергнутых риску инфицирования и заболевания ИСМП.

Цель исследования. Провести локальный микробиологический мониторинг приоритетных патогенов, их уровня атибиотикорезистентности для оптимизации лечения бактериальных осложнений у онкологических больных.

Материалы и методы. Бактериологические исследования по идентификации возбудителей и определение устойчивости к антибиотикам проводили на автоматизированных микробиологических анализаторах WalkAway 40 производства Dade Behring (США) и Vitek2 производства BioMerieux (Франция) с использованием специальных панелей производства Beckman Coulter и BioMerieux, содержащих необходимый набор антибиотиков.

Результаты исследования. При исследовании 1392 клинических проб биоматериала от больных было выделено 924 культуры.

Микробиологический мониторинг выявил приоритетное этиологическое значение бактериальных осложнений патогенов 6 видов: Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis. Среди штаммов, выделенных за период наблюдения, 67,6% представлены этими видами микробов. Им принадлежит ведущая роль в формировании микробной экологии отделений онкологического стационара.

В структуре патогенов доминируют Escherichia coli - 42% (257 штамма) и Klebsiella pneumoniae – 26% (162 штамма), на долю Pseudomonas aeruginosa приходится 9% (56 штаммов), Staphylococcus aureus – 10,7% (67 штаммов) , Enterococcus faecalis- 8% (50 штаммов), Acinetobacter baumannii 5,3% (33 штамма)

Объектом мониторинга антибиотикорезистентности являлись приоритетные патогены.

Уровень резистентности Escherichia coli в отношении цефепима, цефтазидима, цефотаксима составляет 22,5 %, ампициллина – 64 %, имипенема, меропенема – 0,4%. Уровень резистентности изолятов Klebsiella pneumoniae в отношении цефепима цефтазидима, цефотаксима составляет 14 %, ампициллина – 86%, имипенема, меропенема – 0,8 %.

Уровень резистентности Pseudomonas aeruginosa в отношении цефепима – 3 %, цефтазидима – 2,8 %, имипенема – 2,8%.

Уровень резистентности Acinetobacter baumannii в отношении цефтазидима – 78,7%, имипенема, меропенема– 63,6%.

Уровень резистентности Staphylococcus aureus в отношении ампициллина составляет 66%, цефокситина – 13,2 %, линезолида - 0 %, ванкомицина -1,8 %.

Уровень резистентности Enterococcus faecalis в отношении ампициллина и ванкомицина составляет 0%.

Выводы. 1. Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis являются приоритетными патогенами у больных с инфекционными осложнениями. 2. Продолжить работу по оперативному анализу видовой структуры микроорганизмов, выделенных от пациентов, медицинского персонала, а также из объектов внешней среды лечебного учреждения; по оцениванию профилей резистентности микроорганизмов к АМП с целью раннего выявления госпитальных штаммов и вспышек внутрибольничных инфекций.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ДИАГНОЗОМ МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ ГР+ HER2 - РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Вагина П.С., Пушкарева Т.М.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: рак молочной железы входит в пятерку самых распространенных злокачественных опухолей в РФ среди женщин. Смертность от рака молочной железы в РФ, как и во всем мире, высокая.

Цель исследования: оценить эффективность лечения и применения фулвестранта и CDK4/6 в лечении метастатического рака молочной железы

Материалы и методы: пациентка 42 лет, с 1ой стадией заболевания рака молочной железы, у которой выявлена прогрессия через 5 лет на фоне приема Тамоксифена.

Результаты исследования: 17.03.2014г. Консультация маммолога + УЗИ: При плановом онкологическом осмотре в ЛПУ ПМП выявлено образование в левой молочной железе. Направлена на УЗИ: в левой молочной железе в центральной части гипоэхогенное образование 10х11 мм. Выполнена пункционная биопсия. Регионарные лимфоузлы не увеличены. ПГИ: Инфильтрирующий дольковый рак ИГХ: HER2- 0, ER- 7, PR- 7, Ki67- >30%. Люминальный В, Нег2 - негативный. 18.03.2014г. УЗИ ОБП и ЗП и ОМТ: Аномальная форма желчного пузыря 18.03.2014г. R-грудной клетки: без активной патологии. 18.03.2014г. Врачебный консилиум (ГБУЗ «СОКОД») Диагноз: Рак правой молочной железы T1N0M0 Рекомендовано: Радикальная мастэктомия по Маддену с пластикой экспандером. Гормонотерапия Тамоксифеном 20мг длительно. Замена эспандера на эндопротез левой молочной железы. Эндопротезирование правой молочной железы. С 04.2014 прием Тамоксифена 20 мг. Диспансерное наблюдение онколога по месту жительства. Контрольные обследования в ГБУЗ СОКОД по плану. УЗИ молочных желез от 03.07.2019: Susp. mts в надключичные лимфатические узлы слева. Состояние после мастэктомии слева с последующей пластикой эндопротезом. Пункционная биопсия л\узла под уз-контролем. цитологическое заключение – от 05.07.2019 Комплексы рака железисто-солидного строения на фоне бесструктурного жироподобного вещества. 12.08.2019 эксцизионая биопсия л\у левой надключичной области ДКБ. 18.09.2019 лапароскопическое удаление придатков. ПГИ от 22.08.2019 В 12 из 12 л/у - метастазы рака молочной железы (учитывая данные анамнеза) ИГХ от 03.09.2019 Estrogen Progesterone 6 Her-2/Neu 0Ki 67 до 25%.

ПЭТ-КТ от 08.10.2019: ПЭТ\КТ картина метастатического поражения лимфоузлов надключичных, подмышечных, парастернальных и межреберного справа с повышенной метаболической активностью. Рекомендована гормонотерапия ингибиторами ароматазы.

ПЭТ-КТ от 28.01.2020: ПЭТ\КТ картина увеличенных лимфоузлов парастернальных справа, без метаболической активности. Подмышечные и надключичные л\у справа без патологической метаболической активности. В сравнении с 08.10.2019 отмечается снижение метаболической активности в описанных лимфоузлах. Продолжает прием ингибиторов Ароматазы. ПЭТ-КТ от 06.05.2020: метаболически активные мтс в над\, подключичные и парастернальные л\у справа. Отрицательная динамика в сравнении с 28.01.2020. (увеличение размеров и активности).

ПЭТ-КТ от 20.08.2020г : ПЭТ-КТ картина метаболически активных мтс в над-, подключичные, подмышечные, парастернальные л\у справа; в сравнении с данными от 06.05.2020 имеет место снижение уровня метаболической активности. По решению ВК № 5677 от 01.09.2020 показана терапия CDk4/6 + фулвестрант. С 02.09.2020 по настоящее время проведено 25 циклов Рибоциклиб 600мг/сут + фулвестрант ПЭТ-КТ от 11.04.2022: в сравнении с ПЭТ-КТ от 21.12.2021г отмечается аденопатия со стабильной фиксацией РФП в над- и подключичных, подмышечных л\у справа, парастеранальных л\у. Новых очагов не выявлено. Лечение переносит без осложнений. В начале лечения отмечалась лейкопения 1ст.

Выводы. благодаря данной схеме терапии удалось стабилировать опухолевый процесс на 25 месяцев. Нежелательных явлений пациентка не отмечает.

ПРОБЛЕМЫ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АНТИЭМЕТОГЕННОЙ ТЕРАПИИ И ЭСКАЛАЦИЯ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Видяева А. В., Каганов О.И., Косталанова Ю. В., Исхакова Г.Н.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Кардиотоксичность – термин, включающий в себя перечень разнообразных нежелательных явлений, возникающих со стороны сердечно-сосудистой системы, при лечении определенными группами лекарственных препаратов. К кардиотоксичности относится не только появление дисфункции левого желудочка, но и аритмии, поражения сосудов и клапанов сердца. Данные явления могут возникнуть как во время лечения, так и по его завершении. По результатам эпидемиологических исследований, у пациентов онкологического профиля из 3 клинической группы, с течением времени, риск развития патологий сердечно-сосудистой системы в значительной мере превышает риски рецидива онкопатологии.

Общепринятым фактом является то, что противоопухолевые препараты (антрациклины, ингибиторы HER2 и др.) являются причиной дозозависимого лекарственно-индуцированного удлинения интервала QT. Удлинение интервала QT– фактор риска и независимый предиктор развития жизнеугрожающих желудочковых аритмий, например, полиморфной желудочковой тахикардии, а также причина внезапной асистолии у пациентов с наличием структурной патологии сердца.

Более чем 40% пациентов с онкологическими заболеваниями, поступающих в клинический центр Сеченовского университета, имеют тяжелую конкурирующую коморбидную патологию.

По данным клинических исследований от 16 до 36% пациентов с онкологическими заболеваниями исходно имеют патологии сердечно-сосудистой системы, например, блокады ножек пучка Гиса, синусовая брадикардия, фибрилляция предсердий, постинфарктный кардиосклероз, ишемическая болезнь сердца. Те жеисследования показали, что у пациентов с электролитными нарушениями, вызванными нарушением питания, частыми тошнотой и рвотой, так же отмечается риск удлинения интервала QT.

В современной клинической химиотерапевтической практике проводится индивидуальный мониторинг показателей сердечной деятельности перед каждым циклом химио- и/или таргетной терапии, включающий в себя как сбор анамнеза, так и инструментальные методы (ЭКГ, ЭХО-КГ). Однако следует учитывать наличие коморбидности и того, что пациент может получать в течение длительного времени лекарственные препараты, также негативно влияющие на сердечно-сосудистую систему. Например, широко используемый в симптоматической терапии тошноты и рвоты препарат ондансетрон. По своему фармакологическому действию данный лекарственный препарат относится к противорвотным средствам, по конкурентному типу высокоселективно блокирующим центральные (хеморецепторы триггерной зоны, рвотный центр) и периферические серотониновые 5-HT_3-рецепторы. Тошнота и рвота развиваются при возбуждении рвотного центра при воздействии нейротрансмиттеров на его рецепторы или при поступлении в него импульсов от хеморецепторов триггерной зоны. Известно, что химическими веществами, активизирующими рвотный центр, являются серотонин, дофамин гистамин, нейрокинин-1, ацетилхолин. К побочным действиям ондансетрона со стороны сердечно-сосудистой системы относится тахикардия, брадикардия, АВ блокада II степени. Блокаторы 5-HT_3-рецепторов также блокируют hERG-каналы сердца, влияя на реполяризацию миокарда. На показателях ЭКГ это визуализируется как изменения интервалов PR, комплексов QRS и особенно удлинение интервалов QT.

Необходимо отметить, что Палоносетрон не вызывает удлинение интервалов QT, являясь при этом 5-НТЗ-антагонистом, и, следовательно, может рассматриваться к назначению у пациентов с высоким риском развития кардиоваскулярных осложнений.

Апрепитант является противорвотным средством, селективным высокоафинным антагонистом рецепторов субстанции Р/нейрокинина-1 (NK_1), и низкоафинным к рецепторам серотонина, дофамина, кортикостероидов. Как правило, применим в комбинации с другими противорвотными препаратами, с целью пролонгации и выраженности антиэметогенного эффекта. Убедительные данные РКИ по взаимосвязи применения Апрепитанта и кардиоваскулярных рисках в настоящее время отсутствуют.

Прием препарата, способствующего вероятному увеличению интервала QT, на фоне проводимой противоопухолевой терапии, которая сама по себе кардиотоксична, в большинстве случаев, является спорным моментом в кардиоонкологии. Комбинация QT-пролонгирующих препаратов в значительной мере повышает риски возникновения или усугубления уже имеющейся сердечно-сосудистой патологии. Вероятно, в симптоматической терапии более целесообразным являлось бы назначение тех препаратов, которые лишены подобных нежелательных эффектов. Следовательно, риски развития кардиотоксичности будут ожидаемо ниже. В условиях невозможности отказа от комбинации кардиотоксичных препаратов в целях минимизации нежелательных эффектов, целесообразно рассмотреть совместное назначение кардиопротективных лекарственных средств с целью профилактики возникновения клинических проявлений сердечно-сосудистой недостаточности, а не по факту их возникновения.

Таким образом, нежелательные явления лекарственных препаратов, используемых при симптоматической терапии, не означают рекомендации к отказу в их применении. Однако следует учитывать риски их возникновения и возможности назначения кардиопротективных лекарственных средств.

Выводы. Кардиоонкология является относительно новой отраслью медицины и частью повседневной клинической практики, которая нацелена на профилактику и лечение осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы у пациентов с онкопатологиями. Ведение пациентов с онкологическими заболеваниями требует мультидисциплинарного подхода, широкого информирования врачей общей практики, терапевтов, кардиологов и прочих специалистов, об особенностях взаимодействия различных лекарственных препаратов с учетом получаемого пациентами специального противоопухолевого лечения. Необходимо учитывать, что профилактика и лечение проявлений кардиотоксичности должны соблюдаться при ведении всех пациентов, в частности – пациентов онкологического профиля.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (T3a-bN0M0) ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Воздвиженский М.О., Исаргапов Р.М., Горбачев А.Л., Фольц А.В., Борзенкова Е.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В 2020г. в РФ выявлено 38223 случаев впервые в жизни установленных диагнозов рак предстательной железы, в Самарской области 1292 пациентов. Доля впервые выявленных пациентов с клинической стадией Т3 в РФ составляет 18 %, в Самарской области 19 %. Клиническая стадия Т3 является критерием включения в группу высокого риска прогрессирования. Данная когорта пациентов подвержена более агрессивному течению заболевания в отношении онкологического прогноза .

Цель исследования. Изучение отдаленных результатов лечения раком предстательной железы (T3a-bN0M0).

Материалы и метод. В исследование включено 107 пациентов с диагнозом рак предстательной железы pT3a-bN0M0. Это 2 группы пациентов подвергнутые хирургическому методу в объеме радикальная простатэктомия лечения с адъювантной лучевой терапией и без адъювантного лечения. Проведено сравнение изучаемых групп пациентов по показателям выживаемости с помощью метода Каплана-Мейера с их сравнением по логранговому тесту. Для прогнозирования рецидива применяли множественную логистическую регрессию.

Результаты исследования. При сравнении общей выживаемости относительный риск группы пациентов с наличием двух факторов риска по сравнению с наличием одного фактора составил 0,77 (95% ДИ 0,30-2,00; p=0,592), с наличием трех факторов риска по сравнению с наличием одного фактора составил 3,89 (95% ДИ 1,28-11,80; p=0,016). При сравнении опухолево-специфической выживаемости относительный риск группы пациентов с наличием двух факторов риска по сравнению с группой пациентов с наличием одного фактора составил 1,98 (95% ДИ 0,49-8,02; p=0,340), с наличием трех факторов риска по сравнению с наличием одного фактора составил 14,07 (95% ДИ 3,48-56,84; p<0,001). При сравнении безрецидивной выживаемости относительный риск группы пациентов с наличием двух факторов риска по сравнению с группой пациентов с наличием одного фактора составил 2,25 (95% ДИ 1,05-4,81; p=0,038), с наличием трех факторов риска по сравнению с наличием одного фактора составил 20,29 (95% ДИ 7,00-58,84; p<0,001). При сравнении подгрупп с диффузным экстрапростатическим распространением опухоли, а так же с инвазией в семенные пузырьки показатели выживаемости выше в группе с применением лучевой терапии (p<0,05). При сравнении подгрупп с фокальным экстрапростатическим распространением опухоли статистической разницы не выявлено (p>0,05). Полученные данные о влиянии метода лечения, количества факторов риска прогрессирования и локализации экстрапростатической инвазии позволили разработать прогностическую шкалу развития биохимического рецидива.

Выводы. ROC-анализ показал, что наиболее высокая сумма чувствительности и специфичности получается при пороговой вероятности 0,3. Чувствительность Se=74%, а специфичность Sp=70%. Два фактора риска увеличивают возникновение биохимического рецидива с ОШ=3,39 (1,16–9,87), а три риска - с ОШ=18,74 (1,68–208,83). Вносит свой вклад и диффузная инвазия, которая также увеличивает риск прогрессии, ОШ=3,50 (1,14–10,77). Применение лучевой терапии наоборот уменьшает данный риск, отношение шансов в случае ее применения меньше единицы, ОШ=0,21 (0,07–0,65).

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Воздвиженский М.О., Каганов О.И., Щукин В.Ю., Александрова Е.Г.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак тела матки занимает лидирующие позиции в структуре онкологических заболеваний женской репродуктивной системы. Ряд исследователей утверждают, что рост распространённости рака эндометрия отмечаемый в развитых странах, обусловлен увеличением заболеваемости раком эндометрия I типа, для которого ожирение является основным фактором риска. В 60% случаев данное заболевание возникает у пациенток с метаболическим синдромом, который на сегодняшний день включает в себя абдоминальное ожирение, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию и артериальную гипертензию. Однако, избыточная масса тела остается проблемой для хирургического лечения данного заболевания, так как лапаротомный доступ сопряжен с высоким риском возникновения осложнений.

Цель исследования. Анализ послеоперационных осложнений после симультанной панникулэктомии с лапароскопической гистерэктомией у пациенток при раке эндометрия с морбидным ожирением

Материалы и метод. На базе отделения онкогинекологии Самарского областного клинического онкологического диспансера за период с 2020 по 2022гг. было выполнено 32 симультанные операции в объеме панникулэктомии и лапароскопической гистерэктомии. Критериями включения в исследование были: IA-IB стадии, ИМТ > 40 кг/м2, наличие абдоминального ожирения, отсутствие распространения опухоли на шейку матки и признаков метастатического поражения регионарных лимфоузлов по данным МРТ и УЗИ, ECOG 0.

Результаты исследования. Всем пациенткам была выполнена операция в запланированном объеме. Конверсий не было ни в одном случае. В проведенном исследовании было обнаружено, что наиболее частым послеоперационным осложнением у данной категории пациенток являлись рецидивирующие серомы послеоперационного шва, которые были диагностированы в 75% случаев. В 18,5% случаев послеоперационный период сопровождался серозным воспалением послеоперационной раны. Данная группа пациентов нуждалась в подборе антибактериальной терапии, дренировании серомы. В 12,5% случаев было диагностировано кровотечение из послеоперационной раны с формированием гематомы. Гнойно-септических осложнений, повторных оперативных вмешательств не было. На основании вышеизложенного в соответствии с международной классификацией Clavien-Dindo лечение раневой инфекции рассматривается, как I степень хирургических осложнений.

Выводы. Таким образом, при планировании данного симультанного хирургического лечения следует помнить о возможном высоком риске длительного заживления послеоперационной раны. Однако, эта методика позволяет выполнить гистерэктомию у пациенток с морбидным ожирением с минимальным числом осложнений, которые не влияют на сроки начала адъювантной лучевой терапии.

МЕТОД ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Воздвиженский М.О., Козлов А.М., Фролов С.А.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Метод трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ) позволяет выполнять подслизистую резекцию стелющихся аденом на расстоянии до 15 см от анального края, а в пределах внебрюшинного отдела прямой кишки - трансмуральную вплоть до циркулярной резекции. Благодаря использованию высокопрецизионной техники, возможно удалить опухоль в пределах интактного слоя кишечной стенки: выполнить подслизистое иссечение, если изменения затрагивают лишь слизистую оболочку, или полностенно иссечь фрагмент пораженной кишечной стенки при начальных формах рака прямой кишки.

Материалы и метод. С 2013 г. в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере на базе абдоминального отделения выполнено 37 ТЭМ операций. Размер опухоли составил от 8 до 45 мм, расстояние от анальной складки от 2 до 15 см. Среди пациентов было 23 женщин и 14 мужчин в возрасте 26 – 76 лет. У 24 пациентов диагностированы доброкачественные опухоли – аденомы с очаговой дисплазией 2-3 степени. У 13 пациентов подтвержден диагноз рака прямой кишки (в 5 случаях средне-, в 6 - высокодифференцированные аденокарциномы, в 2 – нейроэндокринная карцинома G1). Глубина инвазии в 10 случаях составила Т1, в двух случая х – Т2, в 1 случае Т3, которому в последующем был назначен курс адъювантной лучевой терапии. Через 6 месяцев у пациента был диагностирован рецидив, выполнена брюшно–промежностная экстирпация прямой кишки, в настоящее время безрецидивный период составляет 6 лет.

Все вмешательства выполнялись на эндовидеохирургической стойке с использованием специализированного ректоскопа с набором инструментов для эндоскопических манипуляций. Оперативное вмешательство включало следующие этапы: ревизия; маркировка линии резекции; удаление опухоли в пределах здоровых тканей; ушивание раны в поперечном направлении (в случае распространения раны до адвентиции).

Результаты исследования. У 2 пациентов в послеоперационном периоде возникли кровотечения из прямой кишки. Консервативная терапия оказалась неэффективной, потребовалось повторное трансанальное эндоскопическое вмешательство, остановка кровотечения.

У одной пациентки во время трансанальной эндоскопической резекции произошла перфорация стенки прямой кишки на 15 см от ануса на противобрыжеечном крае. Дефект был ушит лапароскопическим доступом. Пациентка выписана на 7 сутки в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Данная методика является более радикальной, чем эндоскопическая петлевая электроэксцизия, и сопровождается меньшим числом осложнений по сравнению с трансанальным иссечением опухолей. Отработка технологии ТЭМ позволяет использовать данный метод в лечении начальных (Т1-Т2) форм рака прямой кишки.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА ПЛАСТИКИ ГЛОТКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

Воздвиженский М.О., Махонин А.А., Козлов С.В., Синотин А.И.,
Габриелян А.Г., Сагдеев Р.Р.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность. В структуре заболеваемости всех злокачественных опухолей рак гортани занимает 11 место и 3-ее среди опухолей головы и шеи. Ежегодно в РФ регистрируются более пяти тысяч новых случаев заболеваний раком гортани, в 75 % случаев пациенты с III-IV стадией. В Самарской области ежегодно регистрируются более 130 первичных случаев раком гортани. Основным методом лечения местно-распространенного рака гортани является комбинированный: ларингэктомия с последующей лучевой терапией. Одним из важных этапов хирургического лечения гортани является реконструкция глотки и последующая реабилитация, позволяющая восстановить пищепроводящие пути.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных местно-распространенным раком гортани путем применения нового способа пластики глотки.

Материалы и метод. Проведено планированное проспективное исследование 56 пациентов местно-распространенным раком гортани III-IV стадии мужского пола в возрасте от 45 до 73 лет, которым проведены ларингэктомии. В основной группе 33 пациентам проводились ларингэктомии с пластикой глотки новым способом (Патент РФ №2744311). В контрольной группе 23 больным выполнены ларингэктомии с “Y”образным ушиванием глотки. Критерием включения пациентов: рак гортани III-IV стадии, отсутствие регионарных и отделенных метастазов, пациенты без предшествующей лучевой терапии. Для выполнения пластикой глотки новым способом применялись: атравматические нити и сшивающий аппарат (УО60).

Результаты исследования. Длительность операции в основной группе 83, 05 ± 5,47 минут и 100,25±8,40 минут в контрольной. Процент осложнений у группы больных, которым выполнена пластика новым способом значимо ниже по сравнению с контрольной группой, 20% и 45% соответственно. Процент формирования фарингостом у пациентов в раннем послеоперационном периоде составила в основной группе 12% и 30% в контрольной. Длительность пребывания в стационаре в основной группе составила 15,45 ± 2,35 дней, 21,65±2,34 дней в контрольной.

Выводы. Ближайшие результаты хирургического лечения (процент осложнений, длительность пребывания в стационаре, длительность операции) в основной и контрольной группе значимо отличаются, в пользу нового способа пластики глотки, по этой причине возможно широкое применение его при лечении больных с местно-распространенным раком гортани.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ С ДАННЫМИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Волков В.М., Скобельцов Д.А.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В целом рак щитовидной железы (РЩЖ) встречается довольно редко, диагностируется не более 10–20 случаев на 100 000 населения в год, РЩЖ составляет примерно 0,5–3% от всех онкологических заболеваний. Женщины болеют примерно в 2–3 раза чаще, чем мужчины, но у мужчин обычно хуже прогноз. В отличие от многих других типов рака, опухоли щитовидной железы часто встречаются в молодом возрасте. Например, это самый распространенный тип рака среди женщин 20–35 лет. Каждый пятидесятый больной — ребенок или подросток. По данным американских экспертов, в последние годы распространенность заболевания растет примерно на 5% в год. Считается, что это во многом связано с улучшением диагностики - врачи стали чаще обнаруживать заболевание. РЩЖ относительно хорошо поддается лечению. В среднем пятилетняя выживаемость составляет 98%. На поздних стадиях и при отсутствии адекватного лечения прогноз сильно ухудшается.

Цель исследования - оценка возможности ультразвукового исследования с тонкоигольной аспирационной пункционной биопсией (ТАПБ) под УЗ-контролем в диагностике РЩЖ.

Материалы и метод. Проведен анализ 118 тонкоигольных аспирационных пункционных биопсии (ТАПБ) под УЗ-контролем образований щитовидной железы, выполненных 118 пациентам (97 женщин в возрасте от 22 до 93 лет и 21 мужчина в возрасте от 32 до 70 лет) на ультразвуковом аппарате LOGIO 7 (GE, США) с применением линейного датчика с частотой 8 МГц. По данным УЗИ, цитологического исследования и осмотра онкологом оперативное лечение предложено и проведено 28 пациентам, 3 пациента (по данным УЗИ подозрение на рак или метастазы) с цитограммой метастазов опухолей различных локализаций направлены на ХТ и ДЛТ, 7 пациентов (у всех по данным УЗИ и цитологического исследования аденомы) отказались от оперативного лечения по различным причинам.

Результаты исследования. При гистологическом исследовании 28 случаев оперативного лечения выявлены РЩЖ в 13 случаях (47%), аденома – в 9 случаях (32%), многоузловой зоб – в 6 случаях (21%). Из них с РЩЖ женщин 9 (69%) в возрасте от 30 до 68 лет (средний возраст 52 года), мужчин 4 (31%) в возрасте от 55 до 67 лет (средний возраст 60 лет), с аденомой женщин 8 (89%) в возрасте от 33 до 62 лет (средний возраст 49 лет), 1 мужчина в возрасте 68 лет, с многоузловым зобом, женщин 4 в возрасте от 49 до 67 лет, мужчин 2 в возрасте 48 и 58 лет.

В 13 случаях РЩЖ, подтвержденного гистологическим исследованием, в заключении УЗИ выставлен рак в 10 случаях (77%), аденома в 2 случаях (15%), в 1 случае многоузловой зоб (8%).

Из 10 случаев РЩЖ, подтвержденного гистологическим исследованием, по данным цитологического исследования в 5 случаях цитограмма папиллярного рака, в 3 – АФА (атипичная фолликулярная аденома) вероятно рак, в 1 случае пролиферирующий фолликулярный эпителий с участками умеренной дисплазии и образование микрофолликулярных структур, в 1 случае преимущественно коллоидный зоб.

В 9 случаях аденом, подтвержденных гистологическим исследованием, в заключении УЗИ выставлена аденома во всех 9 случаях (100%). Причем по данным цитологического исследования в 5 случаях фолликулярная опухоль, вероятно АФА, в 2 случаях - фолликулярная опухоль, вероятно аденома, в 1 случае цитограмма коллоидного зоба с

дистофически измененными клетками фолликулярного эпителия, в 1 случае преимущественно клеточный зоб.

Следует отметить, что в 6 случаях многоузлового зоба, подтвержденных гистологическим исследованием, в заключении УЗИ в 1 случае подозревался РЩЖ (заключение цитологического исследования – АФА, нельзя исключить рак, заключение гистологического исследования – многоузловой зоб с псевдопапиллярными структурами), в 1 случае - аденома ЩЖ (заключение цитологического исследования- фолликулярная опухоль, вероятно АФА, заключение гистологического исследования – многоузловой зоб), в 3 случаях - многоузловой зоб (по данным цитологического исследования : фолликулярная опухоль, вероятно АФА, нельзя исключить рак; фолликулярная опухоль, вероятно рак; фолликулярная опухоль, вероятно аденома).

Выводы. УЗИ совместно с ТАПБ и цитологическим исследованием является высокоэффективным методом диагностики злокачественных новообразований и аденом ЩЖ. УЗИ как самостоятельный метод в подавляющем большинстве случаев позволяет провести дифференциальную диагностику многоузлового зоба с РЩЖ и с аденомами.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ НАХОДКА

Волков В.М.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В последние три десятилетия отмечается заметный рост числа злокачественных новообразований щитовидной железы, главным образом, из-за увеличения выявления микрокарцином (небольшие опухоли менее 1 см). Среди всех видов диагностики, позволяющих обнаружить микрокарциномы, лидирует ультразвук. Нередки случаи, когда рак на ранних стадиях выявляется как случайная находка.

Цель исследования - провести анализ случайно выявленных подозрительных на рак образований в щитовидной железе при ультразвуковом исследовании надключичной области.

Материалы и метод. При ультразвуковом исследовании различных органов и систем возникает необходимость обследования зон регионарного лимфооттока для выявления ближайших и отдаленных метастазов. Обследуя подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные и паховые лимфатические узлы, проводится оценка контуров, размеров, структуры лимфоузлов и соответствие периферической, центральной частей. Надключичная область заслуживает особого внимания, так как обнаружение метастазов в этой области кардинально меняет тактику и лечение при ряде заболеваний. К таким онкологическим заболеваниям относятся рак молочной железы, рак желудка и пищевода, рак легкого. При ультразвуковом исследовании надключичной области невольно в поле зрения попадает щитовидная железа. Даже при мимолетном обзоре порой приходится расширять область обследования и возвращаться к щитовидной железе, внимательно изучая подозрительные на рак узлы. Проведен анализ 11 тонкоигольных аспирационных пункционных биопсии (ТАПБ) под УЗ-контролем образований щитовидной железы, выявленных при УЗ-исследовании пациентов, направленных онкологами с заболеваниями, не связанными с щитовидной железой, в период с январь по август 2022г. Всем пациентам выполнялось стандартное ультразвуковое исследование в серо-шкальном режиме с использованием ЦДК и ЭК на аппарате экспертного класса LOGIO S8 (GE, США) с применением высокочастотного линейного датчика.

Результаты исследования. Из 11 случаев с подозрением на рак щитовидной железы, 6 случаев с заболеваниями молочной железы (фиброзно-кистозная мастопатия и с подозрениями на рак молочной железы), по одному случаю пациенты направлены онкологами на УЗИ с подозрением на новообразование в легком, с подозрением на прогрессию лимфопролиферативного заболевания и с заболеванием желудка, в 2 случаях с опухолью головного мозга. Большинство пациентов составляли женщины- 9 (81,8%), мужчины- 2 (18,2%). Возраст колебался от 50 до 64 лет, 2 пациента в возрасте 23 года. Все узлы в щитовидной железе по ультразвуковым критериям были подозрительными на рак: гипоэхогенные с неровными, нечеткими контурами, в 4 случаях с микрокальцинатами, в 1 случае с крупным кальцинатом, в 6 случаях однородной структуры. Размеры узлов от 4,7*3,5*3,2мм до 15,4*10,7*15,4мм: узлы до 1 см- 8 (72,7%), более 1 см- 3 (27,3%). В заключении УЗИ выставлен рак щитовидной железы в 3 случаях со шкалой TI-RADS 5, в 2 случаях со шкалой TI-RADS 4b и в 6 случаях с формулировкой «узловое образование доли (перешейка) щитовидной железы- по эхографической картине нельзя исключить рак» или «больше данных за рак» со шкалой TI-RADS 4b. Всем пациентам по результатам УЗИ выполнена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия узлов под УЗ-контролем с последующим цитологическим исследованием. В 9 случаях при цитологическом исследовании выставлен папиллярный рак с цитологической категорией Bethesda VI, в 1 случае с формулировкой «фолликулярная опухоль из умеренно полиморфных клеток с ядрами папиллярного типа, цитологически нельзя исключить папиллярный рак» с категорией Bethesda V, в 1 случае с формулировкой «цитологически нельзя исключить папиллярный рак» с категорией Bethesda V. При сравнительном анализе результатов дооперационного цитологического исследования по системе Bethesda и ультразвуковых исследований системы

стратификации рисков рака щитовидной железы по системе TI-RADS выявлено, что при Bethesda V встречались категории TI-RADS 4b в 2 случаях, при Bethesda VI встречались категории TI-RADS 4b в 6 случаях и TI-RADS 5 в 3 случаях.

7 случаев завершились хирургическим лечением в объемах гемитиреоидэктомии и тиреоидэктомии (рак подтвержден во всех случаях), 2 пациента ожидают хирургического лечения, у 1 пациента первым этапом выполнена операция на опухоли головного мозга и 1 пациент проходит химиотерапию по поводу прогрессии лимфопролиферативного заболевания. При гистологическом исследовании инкапсулированный узел папиллярного рака без экстратиреоидного распространения выявлен в 3 случаях (все микрокарциномы с опухолью до 1см), папиллярная карцинома с экстратиреоидным распространением в клетчатку в 4 случаях (3 микрокарциномы и в 1 случае опухоль более 1см).

Выводы. В повседневной практике при ультразвуковом исследовании надключичной области, как зоны возможного метастазирования, с учетом онкологической настороженности, обзорное исследование щитовидной железы без существенной затраты общего времени обследования позволяет выявить подозрительные на рак узлы и в подавляющем числе случаев это микрокарциномы.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЧКИ

Евсеев Д.С., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Боряев А.Н., Трубин А.Ю.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Сохраняется стабильный рост заболеваемости раком почки (РП) во всех регионах мира, в том числе и в России, в Самарской области в частности. В 2020г. в Самарской области заболеваемость составила 19,5 на 100 тыс. населения (в 2010г. — 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 2010г. - 51,5%, а в 2020 – 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.Kim 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.

Материалы и метод. Для сравнительного анализа использованы клинические данные и результаты хирургического лечения 862 пациентов с РП 1 стадии, подвергшихся хирургическому лечению в ГБУЗ СОКОД за период с 2009г. по 2016г.

Так в 2009г. выполнено 54 операций, из них резекций – 9 (16,6%), нефрэктомия выполнена у 45 (83,3%). В 2010г. отмечает рост числа больных, которым выполнена резекция почки: 28 (14%), нефрэктомия – 172 (81,7%), из них 64 лапароскопическим доступом. В 2011г. сохранилась прежняя тенденция – 120 (43%) резекций, 155 (67%) нефрэктомий, из них 56 лапароскопическим доступом, в 2012г. - 59 (19,7%) резекций, 126 (80,3%) нефрэктомий, из них 140 лапароскопическим доступом, в 2013г. – 125 (34,8%) резекций, нефрэктомий 234 (65,2%), из них лапароскопическим доступом – 114, в 2014г. – 97 (27,3%) резекций, нефрэктомий – 258 (72,7%), из них лапароскопическим доступом – 142. Таким образом за 4 года количество ОСО выросло более, чем в 5 раз.

Светлоклеточный рак встречался наиболее часто – 69,8% (646) случаев. папиллярный рак — в 16,9% (146), хромофобный рак — в 8,2% (70). Распределение РП по степени дифференцировки опухоли: чаще регистрировался высокодифференцированный рак (G1) — 72,3% (623), реже — умеренно-дифференцированный (G_2) — 17,5% (151), низкодифференцированный (G3) — 7,2 % (65) и недифференцированный (G_4) РП – 3% (13).

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

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

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

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ, КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Зеленкова Е.Ю., Кузнецова Т.К., Чехунова П.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Цель исследования. Определить целесообразность выполнения МРТ после проведения ультразвукового исследования и маммографии.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни пациенток, проходивших обследование в условиях СОКОД. У пациенток был отягощенный анамнез в отношении рака молочный железы, онкологом на приеме пальпировались образования в молочных железах без четких контуров. Пациенткам было выполнено ультразвуковое исследование, маммография и МРТ молочных желез. При УЗИ определялся выраженный железистый фон, с неравномерной акустической плотностью, на фоне которого четко узловые образования не визуализировались. Ультразвуковые исследования проводились на ультразвуковых сканерах экспертного класса LOGIC S8 фирмы GE с использованием мультичастотных линейных датчиков в режиме серой шкалы, цветового допплеровского и энергетического режимов, компрессионной эластометрии. При маммографии, в связи с выраженным преобладанием железистой ткани, также патологических образований выявлено не было.

Результаты исследования. Было решено выполнить МРТ молочных желез. У первой пациентки при томографии никаких патологических образований выявлено не было. У второй пациентки при МРТ на фоне гиперплазии железистой ткани был определен участок узловой мастопатии, подозрительной в отношении рака, выполнена хирургическая операция, гистологическое заключение – рак in situ.

Выводы. Выполнение МРТ молочных желез дополнительно к УЗИ и маммографии целесообразно у женщины с выраженной гипертрофией железистой ткани, когда выявление узловых образований при УЗИ затруднительно, а при маммографии - невозможным. Во всех остальных случаях проведение маммографии и УЗИ, с последующим выполнением тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии или трепанобиопсии под УЗИ-контролем позволяет определить цитологическую и гистологическую верификацию выявленных образований на догоспитальном этапе.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТИОЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У ПАЦИЕНТА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ ПРИ УДАЛЕНИИ БОЛЬШОЙ ОПУХОЛИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Иванов В.В., Хобта Р.В., Николаенко А.Н., Артемьев А.В., Дороганов С.О.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Проблема травматических повреждений позвоночника и спинного мозга остаётся актуальной. Во всех странах мира отмечается постоянный рост травматизма. В его структуре позвоночно-спинальная травма составляет 8-17%. Частота встречаемости последствий острой травмы спинного мозга составляет 40-60 случаев на 100000 населения. В подавляющем большинстве случаев этим больным требуется экстренное оперативное вмешательство, либо повторные хирургические операции по устранению последствий перенесенной травмы. Часто приводит к инвалидизации пациента. В таких случаях перед анестезиологом стоит задача выбора метода анестезиологического пособия. При этом важно помнить, что последствиями травм спинного мозга являются: нарушение альвеолярной вентиляции, сердечно-сосудистая нестабильность, проявляющаяся автономной гиперрефлексией, хроническая легочная и мочеполовая инфекции, анемии, а также нарушения терморегуляции, трофические нарушения, нарушения вегетативной нервной системы. В большинстве случаев состояние пациента значительно усугубляется за счет парезов и параличей, что может проявляться нестабильной гемодинамикой из-за гипотонии гладкой и скелетной мускулатуры и отсутствия компенсаторных механизмов.

Цель исследования. Проанализировать проведение анестиозиологического пособия у пациента с последствиями спинальной травмой при удалении большой опухоли бедренной кости.

Материалы и метод. В 2022году в нейрохирургическое отделение ГБУЗ СОКОД поступил пациент Л., 48 лет с диагнозом: Оссифицирующая гематома мягких тканей верхней трети левого бедра и левой подвздошной области. Сопутствующий: ИБС. Атеросклероз аорты. Н0-1. NYHA 0-1 ф. кл. Последствия перенесенной тяжелой спинальной травмы. Посттравматическая полинейропатия. Нижняя параплегия. Состояние после ушиба спинного мозга. Нарушение функции тазовых органов. Варикозная болезнь вен н\к. ХВН 1 ст. ПТФБ вен н\к. Жалобы на слабость в верхних конечностях, отсутствие активных движений в суставах нижних конечностях, наличие объемного новообразования больших размеров области верхней трети левого бедра, выраженное ограничение пассивных движений в левом тазобедренном суставе, невозможность сидеть. Данные неврологические нарушения в виде верхнего парапареза и нижней параплегии отмечает после ДТП в июле 2021. Периодически проходил реабилитационное лечение, со слов пациента в настоящее время выполнение очередного реабилитационного курса отложено в виду наличия новообразования.

Учитывая нижнюю параплегию и полную потерю чувствительности, в том числе на болевые раздражители, коллегиальным анестезиологическим решением было отказаться от применения анестезии.

С целью седации пациента выполнена премедикация внутривенным введением Сибазона 5 мг/мл - 2,0мл. Интраоперационно проводили кардиомониторинг. Дыхание пациента самостоятельное с ингаляцией кислородом через носовую конюлю. Разрез кожи, подкожной клетчатки от передне-верхней ости левой подвздошной кости до средней трети левого бедра, осуществление доступа и выделение опухоли проходило полностью безболезненно. При выделении опухоли отмечено, что опухоль размером около 30*20*15см располагается в мягких тканях левого бедра и левой подвздошно-паховой области, тесно связана с бедренной костью представляет собой видоизмененную губчутую костную ткань с наличием мягкотканных включений. При фрагментарном удалении опухоли костная ткань диффузно кровоточит. При кровопотере 300-400мл выявлено прогрессивное снижение артериального давления до 80 и 40мм.рт.ст. Внутривенное введение кристаллоидных и

коллоидных растворов, а так же поддержка вазопрессорами не позволили скоррегировать гипотензию в должной степени. Проведена интубации трахеи, ИВЛ. Гипотензия сохранялась до 36часов при сохраненном сознании.

Результаты исследования. У данной категории пациентов необходимо учитывать нарушение вегетативной нервной системы, что влияет на тонус сосудов. При этом нарушение передачи импульсов по аферентным путям к головному проявляется в виде отсутствии болевых ощущений, тем временем передача болевых раздражений замыкается на уровне рефлекторной дуги ниже поражения спинного мозга и влечет собой патофизиологические проявления.

Выводы. У пациентов с последствиями травмы спинного мозга основной задачей является проведение адекватного анестезиологического обеспечения операции для профилактики автономной гиперрефлексии.

Поддержание анестезии непрерывным введением анестетиков и анальгетиков значительно уменьшает колебания гемодинамики, что улучшает течение анестезии и в целом способствует стабилизации состояния пациента во время оперативного вмешательства.

ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

Иванов В.В., Хобта Р.В., Николаенко А.Н., Дороганов С.О.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»

Актуальность. В общей структуре онкологических заболеваний опухоли костей составляют около 3%. Среди которых большей частью преобладают метастатические поражения - 93%, первичные злокачественные новообразования (хондросаркома, остесаркома, злокачественная гигантоклеточная опухоль, саркома Юинга) – около 1-2%, доброкачественные опухоли (хондрома, остеома, остеохондрома, доброкачественная гигантоклеточная опухоль) - до 6%.

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

Цель исследования – провести обзор литературы о современном состоянии проблемы онкологического эндопротезирования голеностопного сустава.

Материалы и метод. В настоящем исследовании представлен всесторонний обзор по онкологическому и ревизионному эндопротезированию голеностопного сустава.

Отдельное внимание авторы уделили разделу клинической анатомии и биомеханике движений в голеностопного сустава. Проанализированы материалы научных работ с 1973 по 2022 год включительно.

Ежегодно в развитых странах выполяется большое число классических оперативных вмешательств на голеностопном сочленении, среди них: ортопедическое эндопротезирование, артродезирование, сухожильно-мышечная пластика, реконструктивные операции. Благодаря этому большое количество зарубежных исследований посвящено результатам классической артропластики. Также этому способствуют создание национальных регистров эндопротезирования, актуальных в основном для западных и европейских стран.

Ревизионное эндопротезирование голеностопного сустава онкологическими эндопротезами в настоящее время является отличной органосохраняющей альтернативой операции ампутации, которая на протяжении многих лет являлась «золотым стандартом» в лечении больных с поражением дистального отдела большеберцовой кости различными по этиологии злокачественным опухолевым процессом дистального отдела голени, а так же при опухолях стопы. Помимо этого не стоит забыть и о других заболеваниях с грубыми деформациями и нарушениями анатомической целостности дистального радиуса голени, требующих решительных, радикальных методов по восстановлению первоначальной функциональной анатомии, при которых возможно ревизионное эндопротезирование индивидуальными протезами. К ним относятся посттравматические деформации нижней трети голени, последствия перенесенного остеомиелита в стадии ремиссии, грубые артрозы с поражением таруса, вплоть до анкилоза.

Несомненным отличием онкологического эндопротезирования от классической артропластики ГСС является сегментарная резекция нижней трети большеберцовой кости, в ряде случаев полным рассечением связок дистального радиуса голени, удалением блока мягких тканей при их повреждении. Сложности в воссоздании функциональной анатомии и стабильности протеза обусловлены рядом особенностей таких как: полная потеря капсульно-связочного аппарата, отсутствие большеберцовой, а зачастую и малоберцовой кости на значительном протяжении, отсутствии точек прикрепления сухожилий мышц и связок, необходимость наличия специального инструментария и оборудования. Стоит отдельно отметить высокую стоимость ревизионных онкологических протезов импортного производства и необходимость квотирования клинических случаев по данному направлению.

Стоит отметить, что онкологическое эндопротезирование голеностопного сустава сравнительно не частая операция. Данный вид оперативного вмешательства выполняется в развитых европейских странах, США, Японии и федеральных онкологических центрах нашей страны.

По данным современной литературы большинство осложнений возникающих после протезирования голеностопного сустава связано с типом фиксации ответного компонента к таранной кости, видом сочленения в протезируемом суставе.

Среди наиболее часто встречаемых осложнений авторы указывают на асептическую нестабильность, причем в 100% - таранного компонент (отчасти это связано с прохождением фиксирующей ножки через таранно-пяточное сочленение, подвижность в котором ведет к расшатыванию), вывихи непосредственно в самом сочленении, редко были отмечены ишемия и краевой некроз кожного лоскута, крайне редко – металлоз мягких тканей. В структуре онкологических осложнений можно отметить: метастазы в мягкие ткани и местный рецидив, что требуют дополнительных оперативных вмешательств. Тем не менее, средний функциональный результат составляет 76% по шкале MSTS. При этом осложнения при реэндопротезировании встречаются в 1,2 раза чаще, чем после первичного операции.

Таким образом, из анализа изученных нами литературных источников можно сделать прийти к выводу, что онкологическое эндопротезирование имеет значительный потенциал при лечении доброкачественных и злокачественных поражений дистального отдела большеберцовой кости. Количество рецидивов и частота осложнений напрямую зависят от выбора модели эндопротеза, то есть от конструкции узлов эндопротеза, способов его фиксации, от дизайна, от материалов и от соблюдения принципа онкологической радикальности.

В целом онкологическое эндопротезирование имеет огромный потенциал при лечении доброкачественных и злокачественных поражений дистального сегмента большеберцовой кости. Количество рецидивов и частота осложнений напрямую зависят от выбора модели эндопротеза, а именно дизайна, конструкции узлов эндопротеза, способов его фиксации, используемых материалов, а также соблюдения принципа онкологической радикальности.

Выводы. Онкологическое эндопротезирование голеностопного сустава, обладая достаточным большим функциональным потенциалом, является прямой альтернативой органоуносящим операциям при опухолевых поражениях дистального отдела большеберцовой кости и других необратимых поражений голеностопного сустава. Наряду с этим в России отмечается отставание оперативной активности от клиник Европы и США в проведении онкологического эндопротезирования.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РАЗРАБОТКЕ КОНСТРУКЦИИ ЭНДОПРОТЕЗА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Иванов В.В., Хобта Р.В., Николаенко А.Н., Дороганов С.О.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»

Актуальность. В общей структуре патологии дистального отдела большеберцовой кости и голеностопного сустава выделяют основные группы заболеваний: дегенеративно-дистрофические (артрозы, артриты различной этиологии, анкилозы) - 59%, костно-травматические (последствия травм, переломов) - 22%, гормональные (остеопороз, вторичная гиперпаратиреоидная остеодистрофия) 8%, воспалительные (остеомиелит костей голени и стопы) - 7%, инфекционные (туберкулез, альвеококкоз) - 2%. Отдельную группу составляют пациенты с опухолевым поражением дистального отдела кости и суставного конца (2%).

В настоящее время радикальным хирургическим лечением, приводящим к инвалидизации и утрате конечности являются ампутации, которые выполняются пациентам при переломах длинных костей нижних конечностей в 4,1%, в ситуации с грубыми посттравматическими деформациями и остеомиелите до 17% и злокачественных опухолях до 33,9%.

Коллективом авторов на кафедре травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии имени академика РАН А.Ф. Краснова Самарского государственного медицинского университета были изучены основные современные онкологические эндопротезы голеностопного сустава (ГСС), которые применяются в настоящее время.

В России только в ведущих федеральных учреждениях страны выполняются операции по эндопротезированию голеностопного сустава онкологическими протезами. В 2020году врачи института Герцена под руководством академика РАН Алиева М.Д. в своей публикации поделились опытом применения таких конструкций и подробно изложили результаты хирургического лечения. Среди основных осложнений авторы описывают случаи асептической нестабильности компонентов протеза, вывихи в протезируемом сочленении.

Цель исследования. Разработать конструкцию ревизионного эндопротеза голеностопного сустава на основании клинических данных, экспериментальных исследований и инженерных расчетов.

Материалы и метод. Для всестороннего понимания данной проблемы и объективной оценки применения эндопротезов ГСС необходимо четко знать и учитывать анатомические особенности строения и биомеханические нюансы движений в голеностопном суставе. Анатомию капсульно-связочного аппарата мы подробно изучили на кадаверном материале. Здесь стоит отметить, что онкологическое эндопротезирование ревизионным эндопротезом в значительной степени отличается от классической артропластики голеностопного сустава в большинстве случаев полным рассечением связок дистального радиуса голени, удалением блока мягких тканей при их повреждении.

Сложности в воссоздании функциональной анатомии и в целом, стабильности протеза, обусловлены рядом особенностей таких как: полная потеря капсульно-связочного аппарата, отсутствие большеберцовой, а зачастую и малоберцовой кости на значительном протяжении, отсутствии точек прикрепления сухожилий мышц и связок.

Фактически при удалении дистального отдела большеберцовой кости фиксация остается лишь за счет клетки сухожилий голеностопного сустава.

Точность получаемых результатов во многом зависит от полноты учтенных воздействующих факторов. И данное положение относится не только к анализу силового воздействия, но и к количеству воссозданных конечно-элементных тел участников вычисления. Анализ будет точней, если к стопе добавить не только имплант, но и сухожилия и связки, которые влияют на динамические усилия снаружи и вблизи импланта. Нами была подсчитана площадь поперечного сечения сухожилий и расчитан модуль упругости на уровне голеностопного сочленения.

Результаты исследования. В экспериментальном исследовании на базе Биотехнологического центра "БиоТех" СамГМУ были подобраны материалы конструкции протеза: корпус протеза - титан марки ВТ-6; суставные поверхности – полированный сплав кобальт-хром-молибден (Cr-Co-Mo.); вкладыш протеза – композиционный материал на основе сверхвысокомолекулярного полиэтилена Инкулен (*INKULEN PE 1000*); контактирующие с костью поверхности покрыты гидроксиапатитом. На каждом из выбранных нами материале была проведена комплексная оценка биосовместимости и цитотоксичности опытных образцов материалов на мезенхимальных стромальных клетка костного мозга человека.

На базе НИИ Бионики и персонифицированной медицины СамГМУ совместно с сотрудниками Самарского Университета опытным путем основе инженерных расчетов были разработаны компоненты эндопротеза и их соединений: таранный компонент, вкладыш, корпус большеберцового компонента, верхняя часть большеберцового компонента, удлиняющий модуль, интрамедуллярная ножка.

Непосредственный интерес и сложности при проектировании мы имели с самим механизмом соединения, так как по данным отечественной и зарубежной литературы большинство осложнений при эндопротезировании связано с таранным компонентов его фиксацией и сочленением.

На основании персонифицированного прочностного анализа элементов голеностопного произведен расчет оптимального среза таранной кости с минимально возможной толщиной таранного компонента, при этом нам удалось сохранить радиус скольжения суставного хряща таранной кости. Анализ усилий и их векторов, возникающих в голеностопном суставе при выполнении движений, включающей также критические углы, приводящие к вывиху, совместно с конечно-элементным анализом позволили установить величину уклона и форму боковых выступов таранного компонента.

Анализ напряжений, возникающих в таранном компоненте, поверхностях контакта с таранной костью, а также возникающих в целом по всей стопе, позволили внести корректировки в геометрию таранного компонента при его проектировании. Поля распределения касательных напряжений сдвига, в зонах контакта таранного компонента и таранной кости являются исходными при проектировании плоскостей контакта таранного компонента, проработки их текстуры и метода их гальванического покрытия. Касательные напряжения в наибольшей степени важно определять при учете возникающих боковых усилий на таранный компонент, для чего и был выполнен расчет, показанный на рисунке

Очень важным является знание напряжений, распределенных не только по таранному компоненту, но и по импланту и его элементу скольжения. Именно данная информация позволяет назначать материал и толщину корпуса импланта, а также вычислять усилия трения, действующие в зоне скольжения. Исходя из данных усилий и их распределения проектируется элемент скольжения с максимально возможной износостойкостью.

Выводы. Испытания экспериментальной моделей разработанного эндопротеза голеностопного сустава на кадаверном материале показали обнадеживающие результаты. Пассивное тыльное сгибание 20градусов, подошвенное сгибание 30градусов. Стабильная и уверенная фиксация компонентов протеза, полусвязанный тип сочленения препятствовали вывиху.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО РАЗВЕДЕНИЯ (ОЦР) ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ ГАУЗ РКОД МЗ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Измайлов А.А., Аюпов Р.Т., Султанбаев А.В., Рахимов Р.Р., Меньшиков К.В., Насретдинов А.Ф., Мусин Ш.И., Липатов О.Н.

ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Башкортостан»

Цель исследования. Оценить безопасность проведения лекарственной противоопухолевой терапии в ГАУЗ РКОД Минздрава РБ. Провести анализ ошибок при формировании заявки в ОЦР.

Материалы и метод. 8 августа 2022г. было открыто отделение централизованного разведения лекарственных противоопухолевых препаратов ГАУЗ РКОД Минздрава РБ. Исследуемый период был с 08.08.22г. по 31.10.2022г. Врачи заполняли заявки в программе анкета ОЦР. Данную программу мы получили от специалистов ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. Разведение противоопухолевых препаратов производилось на 13 отделений ГАУЗ РКОД Минздрава РБ. Рост и вес пациента контролировался с помощью программы РМИАС Версия: prmd.8.14.1.1. Назначение каждого курса лекарственной противоопухолевой терапии также удаленно контролировалось через ранее упомянутую программу.

Результаты исследования. Врачи прислали 4255 заявок. Произведено 8045 флаконов. Минимальное количество разведений было 59 в день, максимальное -213. Медиана составила 150. Среднее значение выборки было 143,3. Было 5,8 % отклоненных заявок в августе 2022г., 4% - в сентябре 2022г., 3,5%- в октябре 2022г. соответсвенно. В данный интервал времени были совершены следующие ошибки. 1,9% ошибки вводе актуального роста и веса пациента. Неправильное назначение схемы лечения было 0,25%. Неверные дозировки лекарственных средств встречались в 0,9%. Неправильно были заполнены идентификационные данные пациентов в 2,1%. Ошибки расчете площади поверхности тела встречались в 0,4%. Среднее значение переходного периода было 3,4 рабочих дня, максимальное – 6 рабочих дней, минимальное-1 рабочий день.

Выводы. внедрение ОЦР к формированию четырех ступенчатой системы контроля безопасности лекарственных противоопухолевых препаратов. Высокая скорость обучаемости врачебного и среднего медицинского персонала, стабильная работа программы ОЦР способствовали быстрому переходу на работу через ОЦР. Открытие данного отделения позволило снизить процент ошибок при назначении противоопухолевого лечения до 0%.

ТЕЛЕОНКОЛОГИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Измайлов А.А., Аюпов Р.Т., Рахимов Р.Р., Рустамханов Р.А., Халимов Т.М.
ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ»

Актуальность. Телемедицина (ТМ), совместно с технологией дистанционного мониторинга состояния здоровья, имеет высокий потенциал в развитии профилактической системы здравоохранения, увеличении доступности медицинской помощи и отвечает современным вызовам в медицине, повышая ее качество, формируя индивидуальный подход к пациентам [1].

Материалы и метод. За время пандемии COVID-19 телемедицинские технологии в целом, получили колоссальную возможность и были реализованы в частности при оказании медицинской помощи по профилю онкология. В 2020 году в Республиканском клиническом онкологическом диспансере был создан Центр телемедицины для организации и совершенствования телемедицинской помощи населению Республики Башкортостан по профилю онкология. С успехом были внедрены в работу алгоритмы проведения телемедицинских дистанционных консультаций для всех медицинских организаций Республики Башкортостан.

Результаты исследования. За 9 месяцев 2022 года сотрудниками ГАУЗ РКОД Минздрава РБ проведено 40989 телемедицинских консультаций с медицинскими организациями 2 и 3 уровня. В 2020 году проведено 32 076 ТМК, с НМИЦ в 2020 году проведено 225 ТМК. За 2021 год в ГАУЗ РКОД проведено 52 139 ТМК, 473 ТМК с НМИЦ Минздрава России (Рисунок 1, 2).

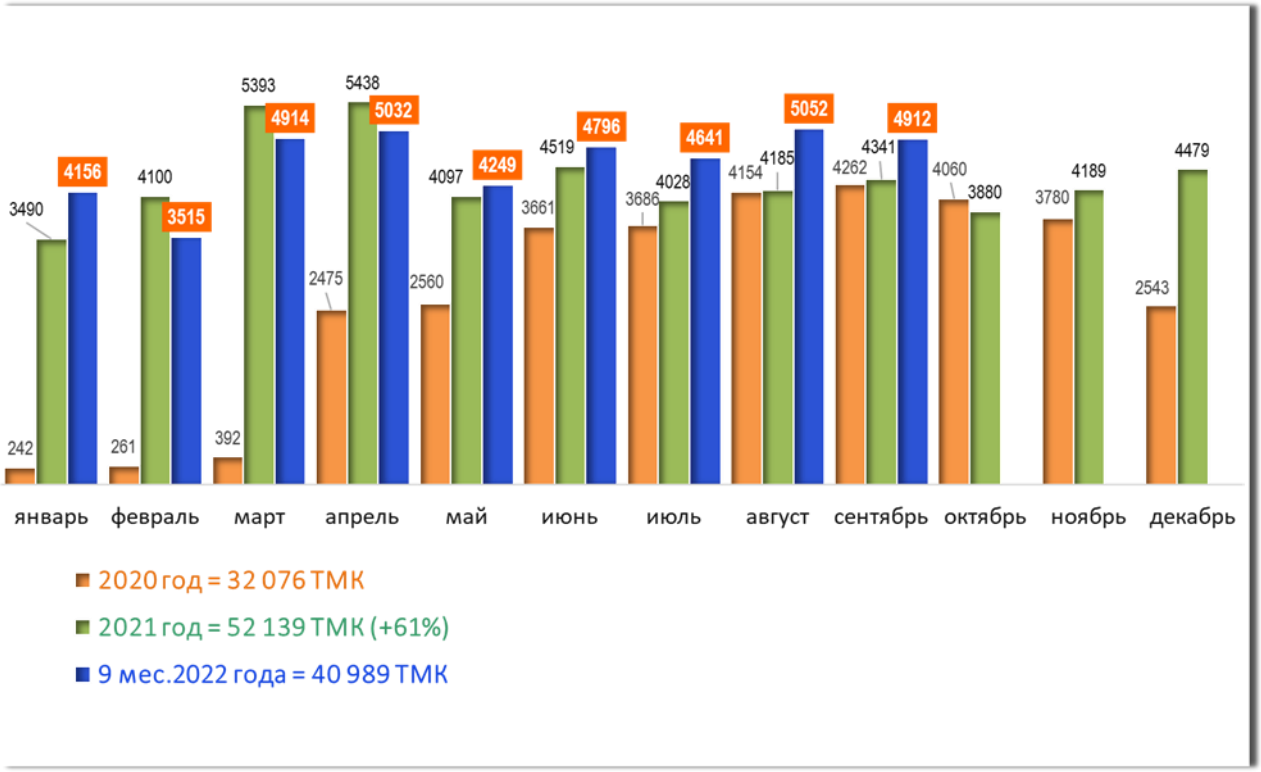


Рисунок 1.
Динамика телемедицинских консультаций, проведенных специалистами ГАУЗ РКОД Минздрава РБ за 2020, 2021, 9 месяцев 2022 гг.

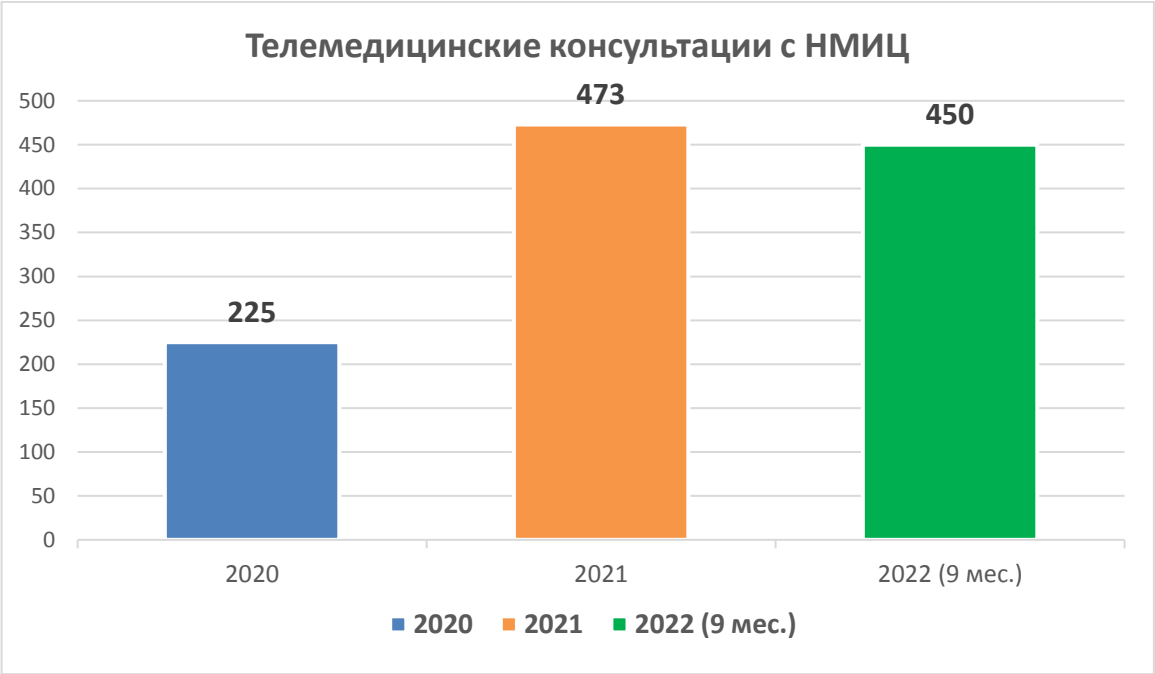


Рисунок 2.
Динамика телемедицинских консультаций с НМИЦ за 2020, 2021 и 9 месяцев 2022 гг.

Еженедельно проводятся селекторные совещания с Минздравом РБ, главными врачами МО РБ и онкологами РБ для разбора качества проведенных ТМК. Регулярно проводится контроль качества получаемых заявок на ТМК из МО 2 и 3 уровней и оформленных заключений врачами ГАУЗ РКОД Минздрава РБ.

Организована и проводится работа по направлению заявок в НМИЦ для пересмотра результатов обследований (КТ, МРТ, ПЭТ КТ, гистологический материал), получения второго мнения и определения тактики лечения. Для консультации в НМИЦ документы направляются после онкоконсилиума специалистов ГАУЗ РКОД Минздрава РБ, где принимается решение о необходимости проведения ТМК в НМИЦ.

Выводы. .Возможность проведения телемедицинских консультаций позволяет оперативно обмениваться медицинской информацией, тем самым сокращая время постановки диагноза и своевременного назначения лечения, осуществления своевременной маршрутизации пациента и повышения качества и доступности медицинской помощи в ГАУЗ РКОД Минздрава РБ.

Список литературы:

1. Шадеркин И.А. Барьеры телемедицины и пути их преодоления. Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения 2022;8(2)59-76; https://doi.org/10.29188/2712-9217-2022-8-2-59-76

ПРЕИМУЩЕСТВА НЕЙРОННОЙ СЕТИ ПРИ МАМОГРАФИИ

Ильясова А.Н., Орлов А.Е., Каганов О., Аглетдинов С.З.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) – наиболее частое злокачественное заболевание у женщин в РФ: среднегодовой темп прироста заболеваемости составил около 2% за последние 10 лет. Кумулятивный риск развития рака молочной железы в 2018 составил 5,8% при продолжительности жизни 74 лет. В последние годы увеличивается количество пациентов, у которых заболевание диагностировано в I-II стадиях. С целью выявления рака молочной железы на I-II стадиях применяется скрининговое исследование, оценка результатов которых является актуальной задачей в онкологии.

Цель задачи: Наша задача и цель показать принцип и результат работы нейросети, которая помогает врачам в принятии решений и повышает уровень качества оценки при скрининге рака молочной железы.

Материалы и метод. С учетом проводимости большого количества маммографических исследований, было предложено применить модуль анализа исследований молочной железы. Данный инструмент обнаруживает новообразования, отложения кальция, анализирует тип структуры молочной железы по ACR, выдает результат анализа снимка в виде структурированного отчета. Применение инструмента позволит увеличить частоту выявления рака на начальной стадии, сократить время на описание и анализ исследований.

По проведенным исследованиям было проанализировано 2090 цифровых маммографий, их них у 807 пациенток были онаружены кальцинаты. У 593 исследуемых были выявлены новообразования, из которых 106 – интрамаммарные л/узлы, 232- кисты, 221 – фиброаденомы, 34 – злокачественных новообразования. Все эти показатели были выявлены с помощью программы – нейронной сети, Yolo V3.

Результаты исследования. В результате проверки полученных данных точность постановки диагноза составила 96%. При помощи дополнительной диагностики и биопсии было выявлено: 5пациенток с Iстадией рака молочной железы, 14 пациенток с II стадией, 12 пациенток с IIа стадией и 3 пациентки с III стадией рака молочной железы.

Выводы. По данным проведенных исследований, можно с точностью сказать, что внедрение нейросети для помощи в принятии решения при скрининге рака молочной железы может эффективно анализировать снимки цифровых маммографий и с 96% точностью определять новообразования, что дает возможность улучшить диагностику патологии, ускорить проведение дообследования и лечения, с сокращением стоимости лечения и нагрузки на лечебную сеть.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ (T3a-T3b)

Исаргапов Р.М., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Цель исследования. Изучение отдаленных результатов лечения и качества жизни больных раком предстательной железы высокого риска прогрессирования с клинической стадией pT3a-bN0M0.

Материал и метод. В исследование включено 107 пациентов с диагнозом рак предстательной железы pT3a-bN0M0, подвергнутые хирургическому лечению в объеме радикальная простатэктомия. Первой группе пациентов проведена адъювантная лучевая терапия (67 пациентов), второй группе (40 пациентов) лечение ограничилось оперативным методом. Изучен онкологический прогноз, а также показатели качества жизни после проведенного лечения, такие как недержание мочи, стриктура уретры, никтурия. В качестве прогностических факторов оценены адъювантная лучевая терапия, количество факторов риска прогрессирования, локализация экстрапростатического распространения опухоли. Проведено сравнение изучаемых групп пациентов по показателям выживаемости с помощью метода Каплана-Мейера с их сравнением по логранговому тесту.

Результаты исследования. Показатели общей выживаемости статистически выше в группе с применением послеоперационной лучевой терапии ($p=0,021$). Аналогичные результаты получены при сравнении опухолево-специфической выживаемости ($p=0,044$) и безрецидивной выживаемости ($p=0,05$). В группе с применением адъювантной лучевой терапии качество жизни пациентов более неблагоприятно ($p<0,05$). Наилучший онкологический прогноз у пациентов с одним фактором риска прогрессирования. При сравнении подгрупп с диффузным экстрапростатическим распространением опухоли, а так же с инвазией в семенные пузырьки показатели выживаемости выше в группе с применением лучевой терапии ($p<0,05$). При изучении подгрупп с фокальным экстрапростатическим распространением опухоли статистической разницы не выявлено ($p>0,05$).

Выводы. Адъювантная лучевая терапия достоверно улучшает показатели общей, канцер-специфической выживаемости и безрецидивной выживаемости ($p=0,021$, $p=0,044$ и $p=0,05$ соответственно). В тоже время лучевая терапия ухудшала качество жизни пациентов. Пациенты с выявленным фокальным экстрапростатическим распространением опухоли не имели статистической разницы при сравнении групп с лучевой терапией и без нее. Разработанная прогностическая школа биохимического рецидива улучшает результаты лечения больных раком предстательной железы высокого риска прогрессирования с клинической стадией pT3a-bN0M0.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В РЕЕСТРЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ, С ДИАГНОЗОМ НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ ОПУХОЛЬ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каганов О.И., Акамова Э.М., Кашкаров И.Л., Ребров Н.И.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Частота развития хронического болевого синдрома у пациентов с раком головки поджелудочной железы по статистике крайне высок. В отделении паллиативной помощи пациенты попадают с диагнозом уже на поздней стадии в 80% всех случаев, что часто сопровождается наличием хронического болевого синдрома. Обезболивание таких пациентов является одной из важнейших задач с целью облегчения и улучшения качества жизни.

Цель исследования. На примере клинического случая продемонстрировать возможность применения использования инфузионной терапии и пульс – терапии в круглосуточном режиме.

Материалы и методы. За основу была взята история пациентки Г. 1980 года рождения, обратившейся в отделение паллиативной помощи СОКОД 03.06.2022 с диагнозом: С25.1 – Нейроэндокринная опухоль головки поджелудочной железы cT2N1M1(печень) 4ст. 30.12.2020г. ЭРХПГ, ЭПСТ, Назобиллиарное дренирование холедоха. 04.01.2021 ЭРХПГ, эндопротезирование холедоха (ГКБ им. Семашко). 6 цикл ПХТ 2021г. 3кл.гр. В результате расспроса были выявлены основные жалобы – длительные боли в эпигастрии и в правом подреберье опоясывающего характера, усиливающиеся после стента холедоха, тошнота. Пациентка принимает Морфин Лонг 60мг каждые 12 часов. Были назначены препараты: Морфин Лонг 60мг по 1 таблетке каждые 12 часов, Морфин гидрохлорид 10мг при прорывных болях, Церукал 10мг 2-3 раза в стуки при тошноте, Прегабалин 75мг 2 раза в сутки, Сирдалуд 2мг 2 раза в стуки. Пациентка была добавлена в реестр паллиативных больных. Дальнейшая связь с пациенткой проводилась по звонку, осуществлялся патронаж медсестринскими и врачебными бригадами с целью оказания паллиативной помощи, дополнительно – выезд психолога.

16.08.2022 При очередном выезде врачебной бригадой пациентка предъявляла жалобы на опоясывающие боли в эпигастрии, купирующиеся после приёма морфина на 4 часа. Ночью боли усиливаются. Приём лекарственных препаратов сопровождался рвотой. Рекомендовано: Перевод на инъекционные формы морфина, направленные на прорывы боли: Морфин по 10мг + церукал по 10мг + дексаметазон по 2мг в/м по факту болей. Далее по схеме на опережение: Прегабалин 75мг 2 раза в сутки, Амитриптиллин по 12,5мг 2 раза в стуки. Решено установить шприц дозатор для непрерывного введения лекарственного препарата с целью коррекции неэффективности приёма препарата Морфин Лонг 60мг из – за наличия рвотных позывов. 17.08.2022 был установлен шприц дозатор с лекарственными препаратами: Морфина гидрохлорид 50 мг + Церукал 30 мг + Дексаметазон 8 мг. Пульс – терапия оставлена по предыдущей схеме. Контроль функция установлена, даны рекомендации. 19.08.2022 повторный выезд врачебной бригады. При расспросе пациентки выяснялось, что после установки шприца – дозатора дополнительный приём обезболивающих не требовался. 05.09.2022 пациентка пришла самостоятельно на амбулаторный приём с талоном без времени. Заключение по посещению: Боль купирована. Беспокоит увеличение объёма живота, чувство распирания живота. Общее состояние средней степени тяжести. Самообслуживание не ограничено. Гемодинамика стабильная. При осмотре выявлено наличие свободной жидкости в брюшной полости, не напряжённый асцит. Рекомендовано: Верошпирон по 50мг, Диувер по 100мг. Контроль.19.09.2022 выезд сестринской бригады с целью смены иглы бабочки. Заключение по посещению – состояние пациентки средней степени тяжести, ближе к тяжёлому. Сознание спутанное, явление токсической энцефалопатии. Кожные покровы и

слизистые интеричны, самообслуживание по дому ограниченно, нуждается в постоянном уходе.

Результаты исследования. Пациентка наблюдается патронажной службой паллиативной помощи с 03.06.2022 по настоящий момент. В результате патронажа был выявлен характер боли, проведена оценка адекватности обезболивания, был использован шприц дозатор для непрерывного введения лекарственных средств. При круглосуточной инфузионной терапии в сочетании с пульс-терапией было достигнуто купирование болевого синдрома 05.09.2022.

Выводы. Современные способы обезболивания могут значительно облегчить жизнь пациентам, однако их назначение требует правильной оценки боли, общего статуса и возможностей организма пациента.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

Каганов О.И., Блинов Н.В., Фролов С.А., Козлов А.М.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

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

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

Материалы и метод. В данное исследование вошли 40 пациентов. Основная группа 18 пациентов, 8 мужчин (44,4%) и 10 (55,5%) женщин. Группа контроля – 22 пациента, 10(45,5%) мужчин и 12 (54,5%) женщин. Средний возраст в обеих группах составил 66,1 ± 3,6 лет. По данным предоперационного МРТ органов малого таза у всех пациентов, включенных в исследование, опухоль располагалась в среднеампулярном отделе прямой кишки, степень локальной опухолевой инвазии соответствовала cT3-T4a. На дооперационном этапе все пациенты получали химиолучевую терапию. За день до операции, пациентам основной группы выполнялась механическая подготовка толстой кишки, пациентам контрольной группы проводилась подготовка толстой кишки традиционным способом- постановкой очистительных клизм. Пациентам обеих групп выполнялась передняя резекция прямой кишки с формированием превентивной трансверзостомы.

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

Выводы. Применение механической подготовки толстой кишки перед операцией не оказывает влияний на результаты лечения больных.

ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ДИАГНОЗОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

Каганов О.И., Блинов Н.В., Фролов С.А., Козлов А.М.
ГБУЗ» Самарский областной клинический онкологический диспансер»

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

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

Материалы и метод. В исследовании приняли участие 90 пациентов, получавших лечение в ГБУЗ СОКОД с 2017 по 2020 годы по поводу рака прямой кишки. Соотношение мужчин и женщин – 51(56,6%) и 49 (54,4%) соответственно, средний возраст составил 70,1 ± 4,3 года. Всем пациентам при поступлении определялся индекс массы тела (ИМТ), проводилась оценка по опроснику (PG-SGA). У всех пациентов, включенных в исследование, степень локальной опухолевой инвазии соответствовала T3-T4, опухоль располагалась в верхнеампулярном отделе прямой кишки. По данным предоперационного обследования не было получено данных за наличие измененных регионарных лимфоузлов. Пациенты, включенные в исследование не получали неоадъювантное и адъювантное лечение.

Результаты исследования. По данным обследования у 17,2% был снижен ИМТ, у 56% был нормальный ИМТ и 26,8% имели избыточный вес. На момент проведения анализа ни в одной из групп не было достигнуто медианы общей выживаемости.

По данным PG-SGA - 79.9% не нуждались в нутритивной поддержке (PG-SGA A); 23,4% пациентов нуждались в дополнительной нутритивной поддержке (PG-SGA B), а 3,3% нуждались в срочной нутритивной поддержке (PG-SGA C). В группе с PG-SGA A на момент проведения анализа общая медиана выживаемости не была достигнута, в группе PG-SGA B и группе PG-SGA C общая медиана выживаемости составила 18,7 и 6,7 месяцев соответственно. Тяжелая недостаточность питания (SGA C), по сравнению с PG-SGA A, была связана с относительным риском смерти 12,04 (95% доверительный интервал [CI], 3,43-42,19, $P < .001$.

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

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТНЫХ РАН ПОСЛЕ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ ЛОКАЛЬНО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Блинов Н.В., Фролов С.А.,
Мешков А.В., Козлов А.М.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

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

Материалы и метод. В исследование были включены 19 пациентов получавших лечение в ГБУЗ СОКОД в 2019-2020 гг. В основную группу вошли 9 пациентов: 4 (44,4 %) мужчин и 5 (55,6 %) женщин, средний возраст составил 68,3 ± 2,2 года. Группа сравнения была представлена 10 больными: 4 (40 %) мужчин и 6 (60 %) женщин, средний возраст составил 66± 2 года. По данным предоперационного МРТ органов малого таза у всех пациентов, включенных в исследование, степень локальной опухолевой инвазии соответствовала cT3-T4a, дистальный край опухоли находился на 2-4 см. У всех пациентов были получены данные за наличие измененных мезоректальных лимфоузлов (cN1–2). На дооперационном этапе все пациенты получали химиолучевую терапию, СОД 46 Гр, после неоадъювантного лечения, пациентам обеих групп выполнялась брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки. Пациентам основной группы в промежностную рану устанавливали систему локально отрицательного давления с постоянным разряжением 100 мм рт.ст., повязки меняли 1 раз в 3–4 сут. В группе сравнения применяли традиционные средства местного лечения в соответствии с фазой течения раневого процесса.

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

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

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМНО-АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Мартынова Е.В., Смирнов Е.В., Мезенцев К.А.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет МЗ РФ»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Вакуумно-аспирационная биопсия под контролем УЗИ у пациентов с доброкачественными опухолями молочных желез успешно применяется в ГБУЗ СОКОД с 2020 года. Данная методика является альтернативой секторальной резекции доброкачественных образований молочных желез объемом до 2 см³, чаще всего это фиброаденомы, внутрипротоковые папилломы и рецидивирующие кисты с внутрикистозными разрастаниями. Вакуумно-аспирационная биопсия под контролем УЗИ - это малоинвазивное вмешательство, которое не требует периода реабилитации. После проведения данного метода лечения у пациентов не образуется косметических дефектов и рубцов на коже молочной железы, так как ВАБ проводится роботизированной иглой через прокол кожи максимальным диаметром до 3 мм и не требует наложения швов после проведения манипуляции.

Цель исследования. проанализировать результаты двухлетнего опыта применения ВАБ под контролем УЗИ у пациентов с доброкачественными опухолями молочных желез категорий BIRADS-3, BIRADS-4 с лечебной целью в онкологическом отделении опухолей молочной железы № 2.

Материалы и метод. Проведен анализ результатов проведения ВАБ у 58 пациенток в течение 2020-2022 гг. в онкологическом отделении опухолей молочной железы № 2 ГБУЗ СОКОД. Возраст пациенток составил от 23 до 49 лет, в среднем 35 лет. Дооперационное обследование включало: УЗИ молочных желез с тонкоигольной биопсией, маммография у женщин старше 40 лет, с цитологическим заключением фиброаденома. Размер образований варьировался от 5*10 мм до 29*10 мм, в среднем 16*9 мм, глубина расположения от 5 до 19мм, в среднем 9мм. ВАБ нами выполнялась на устройстве вакуумном лечебно-диагностическом ENCOR Enspire (США). Визуализация проводилась на ультразвуковом диагностическом сканере MyLab 70. Процедура выполнялась под местным обезболиванием ропивакаином 7, 5 мг/мл от 20 до 40 мл раствора. Под контролем УЗИ через разрез кожи в 3 мм в ткани молочной железы под опухоль вводилась роботизированная игла с диссектором. Послойно срезалась ткань опухоли и с помощью вакуума удалялась в специальный контейнер. Нами было использовано 33 игл 10G и 25 игл 7G, среднее количество срезов за время процедуры иглой 10G - 11, иглой 7G -8 до полного удаления образования. Среднее время выполнения ВАБ составило 30 минут. Для того чтобы снизить риск повреждения кожи во время выполнения процедуры, для образований расположенных на глубине от 5 до 7мм применялась игла размером 10G, для образований расположенных на глубине от 8 мм чаще применяли иглу размером 7G, так как она позволяет удалить образований за меньшее количество срезов. После ВАБ весь полученный материал направлялся на гистологическое исследование.

Результаты исследования. При плановом гистологическом исследовании были получены следующие результаты: фиброаденома у 56 (98,84%) пациенток, фиброзно-кистозная болезнь у 1 (0,58%), внутрипротоковая папиллома у 1 (0,58%). Важнейшим критерием оценки любой операции является количество и частота осложнений возникших после нее. В нашей группе из 58 пациенток в месте удаления образований у 8 (4,64%) наблюдалось появление гематом размерами от 7*19 до 13*21 мм, в ходе дальнейшего наблюдения через 3 месяца при УЗИ контроле патологических образований в месте операции выявлено не было. У 50 (95,36%) пациенток осложнений после ВАБ выявлено не было. Описываемые в литературе осложнения такие как: кровотечение, неполное удаление образования, пневмоторакс, инфицирование у данной группы не наблюдалось.

Выводы. Методика ВАБ обеспечивает надежное и высококачественное получение материала, что приводит к достоверному гистологическому заключению, эквивалентному открытой биопсии. ВАБ является безопасной методикой удаления доброкачественных образований молочной железы до 2,0 см. Метод имеет преимущества в виде отсутствия сроков реабилитации и осложнений, лучших послеоперационных косметических эффектов по сравнению с секторальной резекцией молочных желез.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКЦИИ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА ПОСЛЕ ЭТАПНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ» Самарский областной клинический онкологический диспансер»

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

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

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

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

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

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Борисов А.П., Акимов Л.Н.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Современная тактика при лечении больных с диагнозом рак молочной железы I-II стадии для сохранения хороших эстетических результатов предусматривает хирургическое лечение в объеме подкожной мастэктомии с первичной реконструкцией молочной железы эндопротезом. Реконструктивная маммопластика после мастэктомии путем одномоментной имплантации силиконового имплантата под кожу, описанная рядом авторов, не находит широкого применения, так как в большинстве случаев происходит экструзия последнего из-за несостоятельности послеоперационного рубца. Особенно остро встает эта проблема, если в послеоперационном периоде требуется проведение комплексного лечения (ПХТ и ЛТ). В связи с этим большинство авторов отдает предпочтение методике установки силиконового имплантата в мышечный «кокон», который формируется из большой грудной и передней зубчатой мышц, которая может комбинироваться с закрытием дефекта полипропиленовой и иными видами сеток. Недостатком данной методики является частое развитие капсульных контрактур и поворотом эндопротеза. Так же мобилизация передней зубчатой мышцы является достаточно травматичным приемом ввиду плотного сращения волокон мышцы с надкостницей ребер и фасцией межреберных мышц. Сложность мобилизации тканей обусловлена также мощным кровоснабжением данного региона. Это приводит к утрате функции передней зубчатой мышцы, увеличению продолжительности операции, ее травматичности и кровопотери, и в результате формируется плотная и малоподвижная молочная железа.

Цель исследования- Сравнить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с диагнозом рак молочной железы путем применения прежложенного способа одноэтапной реконструкции.

Материалы и метод. Нами проведено спланированное перспективное исследование 156 больных с диагнозом РМЖ 1-2 стадии, проходившим лечение в отделении опухолей молочной железы №1 ГБУЗ СОКОД за 2020-2022 гг. 75 больным выполнялась подкожная мастэктомия с реконструкцией молочной железы эндопротезом по стандартной методике, заключающейся в полном мышечном укрытии эндопротеза m. pectoralis major et m. serratus anterior; 6 больным выполнялась подкожная мастэктомия с реконструкцией молочной железы эндопротезом с использованием полипропиленовой сетки; 54 больным выполнялась подкожная мастэктомия с реконструкцией молочной железы эндопротезом по предложенному способу укрытия эндопротеза кафедрой онкологии и отделением опухолей молочной железы №1 в 2017г.; 21 больным выполнялась подкожная мастэктомия с реконструкцией молочной железы эндопротезом, укрытым m. pectoralis major, полностью диссектированной по грудино-реберному и брюшному контурам. Таким образом, в исследовании используются метод сравнения и наблюдения.

Результаты исследования. Оценивая ближайшие результаты хирургического лечения больных групп сравнения можно сказать что, время операции, интраоперационная кровопотеря, послеоперационный койко-день, и лимфорея в основной группе были значительно ниже, чем в группах сравнения. Оценивая эстетический результат, необходимо отметить, что полное мышечное укрытие эндопротеза приводило к формированию неподвижной молочной железы, создавая динамическую асимметрию. Кроме того, сокращение большой грудной мышцы приводило к подтягиванию эндопротеза к ключице, образованию в течение 1 года дополнительной кожной складки из-за избытка кожного чехла. В то время как при диссекции грудино-реберной части большой грудной мышцы позволяло достичь лучшей мобильности лоскута, который позволял полностью укрыть место оперативного вмешательства, изолировав тем самым эндопротез.

Качество жизни у больных после подкожной мастэктомии с укрытием эндопротеза по описанной нами технологии по шкале социального функционирования было выше, чем после пластики эндопротезом с стандартным полным мышечным укрытием.

Выводы. Применение предложенного способа укрытия силиконовых эндопротезов при реконструкции молочных желез не приводит к ухудшению ближайших результатов лечения больных; расширяет возможности для выполнения пластических операций у данной категории пациентов; позволяет, не снижая социальной активности больных, улучшить качество жизни. Более значимые эстетические результаты, полученные после данного способа реконструкции, требуют дальнейшего совершенствования и освоения новых методик.

СОХРАНЕНИЕ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОРГАНОСОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Каганов О.И., Савельев В.Н., Ламонов М.С., Бондаренко М.М.,
Катюшин А.А., Балык И.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Цель исследования. Изучить возможность сохранения сосково-ареолярного комплекса у больных раком молочной железы при органосохранных операциях.

Материалы и метод. В группу исследования вошли 122 пациентки с раком молочной железы, которым были выполнены органосохранные операции с сохранением сосково-ареоляного комплекса САК в СОКОД с 2017г. по 2019г. Далее в течение 3 лет они находились под наблюдением для оценки рецидивов. Определялись размеры опухоли, ее локализация, гистологический тип, степень злокачественности или патоморфоза, расстояние от края опухоли до соска, число пораженных метастазами лимфоузлов. Опухоли Педжета в исследование не включались. Возраст больных от 26 до 78 лет. Объем хирургических вмешательств: радикальная резекция молочной железы - 70. Подкожная мастэктомия с одномоментной маммопластикой эндопротезом -52. Толщина оставляемой под соском ткани от 0,5 до 1,5 см. Стадирование проводили по Международной классификации TNM: I -47; II-75;. Наиболее частая локализация опухоли в молочной железе в верне-наружном квадранте, что в процентном соотношении составило 65%, нижне-наружний 30%, 5% внутренние квадранты.

Результаты исследования. При органосохранных операциях выполнялось срочное гистологическое исследование ткани из-под соска. У 100% пациенток атипичные клетки обнаружены не были. Далее проводилось специальное противоопухолевое лечение в виде адьювантной полихимиотерапии, лучевой терапии, гормональной терапии антиэстрогенами. Непосредственные осложнения в виде частичного некроза САК (менее 25%) возникли у 4 (3,3%) пациенток . Это не потребовало дополнительного оперативного вмешательства, местное лечение раны привело к ее заживлению через 3-4 недели. Полных некрозов САК зафиксировано не было. Локально регионарный рецидив РМЖ в подмышечной области, диагностированный у 2 (1,6%) пациенток в сроки 8 и 14 месяцев, потребовал дополнительного иссечения, при этом у одной из них в срок 18 месяцев возникли отдаленные метастазы (печень и легкие). Ни одного местного рецидива в области САК не было диагностировано ни у одной из пациенток. Изолированные отдаленные метастазы в кости скелета и позвоночник диагностированы у 2 (1,6%) пациенток в сроки до 2 лет.

Вывод. Сохранение САК позволяет достичь наилучшего косметического эффекта и улучшения качества жизни пациенток. При выполнении органосохранных операций у больных раком молочной железы целесообразно сохранять САК при расположении первичной опухоли на расстоянии более 3 см от края ареолы, отсутствии опухолевой инвазии при срочном гистологическом исследовании подсосковой зоны. Недопустимо сохранение САК при местно-распространённых формах РМЖ, визуальном изменении соска (отёк кожи, изъязвление), обнаружении атипичных клеток в подсосковой зоне при интраоперационном срочном гистологическом исследовании.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Каганов О.И., Сидоренко А.О., Махонин А.А, Чуйкова А.Ю.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность. Заболеваемость злокачественными новообразованиями орофарингеальной зоны по самарской области на 2021 год составляет: 29,4 человека на 100 000 населения – дно полости рта; 12,3 человека на 100 000 населения – глотка. Не смотря на то что рак орофарингеальной зоны это рак наружной локализации, выявляемость его на 3 и 4 стадиях составляет 65,1% при локализации новообразования в дне полости рта и 88,8% при локализации новообразования в глотке. Данное заболевание требует комбинированного или комплексного методов лечения, где хирургическому этапу отводится основная роль. Среди пациентов с 3 и 4 стадиями нутритивная недостаточность развивается в 100 % случаев.

Цель исследования. Улучшить ближайшие результаты хирургического лечения больных распространенным раком орофарингеальной зоны с применением периоперационной нутритивной поддержки.

Материалы и метод. Было проведено открытое, контрлируемое исследование. Объектом исследования были 91 пациент. Основная группа состояла из 45 человек, которым проводилась дополнительная нутритивная поддержка вместе с высокобелковой диетой в течении 10 дней до операции и в послеоперационном периоде. Контрольная группа состояла из 46 человек, в которой пациентам было рекомендовано придерживаться высокобелковой диеты также в течении 10 дней до операции и в послеоперационном периоде. Критерии включения: пациенты с диагнозом рак орофарингеальной зоны III и IVa стадии.
К критериям исключения относились пациенты с начальными стадиями рака орофарингеальной зоны и нерезектабельные пациенты.

Результаты исследования. При первичном обследовании у пациентов обеих групп были отмечены следующие показатели: дисфагия 2 степени у 56 пациентов, 3 степени у 30 пациентов, 4 степени у 5 пациентов; у всех пациентов отмечалось уменьшение объема съедаемой пищи на 30%±10% от исходного и потеря массы тела за последние три месяца более чем на 10%; снижение индекса массы тела у 67 пациентов ниже18,5 кг/м2 и у 24 пациентов ниже 16 кг/м2). Лабораторные показатели были чуть выше в контрольной группе. На амбулаторном этапе 28 пациентам с дисфагией 2 степени рекомендовано получать нутритивную поддержку в виде сиппинга в дополнение к основному питанию (в среднем по 125мл 2-3 раза в день). 14 пациентам с дисфагией 3 степени рекомендовано получать нутритивную поддержку в виде сиппинга как единственного источника питания и 3 пациента с 4 степенью получали нутритивную поддержку через зондовое питание (в среднем по 125 мл 5-6 раз в сутки). Всем пациентам было проведено хирургическое лечение. В послеоперационном периоде все пациенты основной группы в течение 2-4 дней получали нутритивную поддержку путем зондового питания методом сеансового введения уже через 12 часов после операции (2 пакета по 1000 мл\сут).

Повторную оценку нутритивного статуса и лабораторных показателей проводили непосредственно перед госпитализацией и через 7 суток после операции. Также проводилась оценка качества жизни пациентов, при первичном обращении и через 6 недель после операции. При анализе лабораторных данных, у пациентов основной группы значительно увеличились показатели крови. У пациентов основной группы практически по всем шкалам значительно увеличилось качество жизни. В основной группе осложнения были в 24% случаев, а в контрольной группе в 65 %, что является статистически достоверным. Время госпитализации в основной группе составило в среднем 24 дня, а в контрольной группе 31 дней, что также было статистически достоверным.

Выводы. Пациенты с раком гортанного отдела глотки III Стадии и IVa Стадии в 100% случаях нуждаются в коррекции нутритивного статуса. Применение нутритивной поддержки в периоперационном периоде приводит к значимому улучшению нутритивного статуса, увеличению индекса массы тела и улучшению лабораторных показателей. В основной группе количество осложнений было значимо меньше и составило 24% чем в контрольной группе, в которой осложнения были в 65% случаев. В группе с применением нутритивной коррекции средний койко-день составил 24±2 дней по сравнению с группой без проведения нутритивной поддержки, в которой средний койко- день составил 31±2 дней.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОКАЗАНИЙ К ЦИТОРЕДУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Каганов О.И., Швец Д.С., Козлов А.М., Миколенко Н.И., Волкова К.С.
ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России
ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер

Актуальность. Колоректальный рак (КРР) – одно из самых распространенных онкологических заболеваний, отличающихся высоким уровнем летальности. Особую тревогу вызывает тот факт, что почти треть пациентов при первичном обращении к врачу уже имеют запущенные формы рака. В Самарской области в 2021 году рак ободочной кишки выявлен у 1019 пациентов, IV стадия диагностирована у 24,2 %, рак прямой кишки и ректосигмойдного отдела диагностирован у 784 пациентов, из них IV стадия выявлена у 20,8 %. Долгое время циторедуктивные операции по поводу метастатического колоректального рака не рассматривали как часть комбинированного метода лечения, врачи чаще выполняли симптоматические операции. Выполнение различных хирургических операций по поводу метастатического рака толстой кишки определяют осложнения как со стороны первичной опухоли (кровотечение, стеноз), так и со стороны отдаленных метастазов (распад). Лечебный подход при бессимптомной первичной опухоли основан на проведении только лекарственной терапии. Лечение генерализованного рака зависит от биологических свойств самой опухоли, ее резистентности к лекарственным препаратам. Важным обстоятельством, является успешное развитие хирургии, анестезиологии и химиотерапии, позволившее расширить показания к выполнению циторедуктивных операций. Для повышения эффективности и безопасности хирургического лечения данной категории пациентов следует соблюдать дифференцированный подход к выбору оперативных вмешательств, позволяющих удалять пораженный орган с минимальным риском послеоперационных осложнений. До сих пор темой активной дискуссии является удаление первичной опухоли у данной категории пациентов.

Цель работы. Определить показания для выполнения циторедуктивных R2 операций и паллиативных операций у больных метастатическим колоректальным раком.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили амбулаторные карты 202 пациентов с IV стадией колоректального рака, получавших специальное лечение в ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» с 2020 года. Критерии включения: первичный колоректальный рак с метастазами в печень. В исследование вошло 202 пациента, которым установлен диагноз первичный метастатический колоректальный рак. В зависимости от вида хирургического лечения было выделено 2 группы: в 1-ю группу включены больные (83), у которых операция была ограничена лапаротомией и формированием проксимальной колостомы без удаления опухоли, с последующим химиотерапевтическим лечением, таргетной терапией; во 2-ю (119) – пациенты, перенесшие удаление первичной опухоли, с дальнейшим медикоментозным лечением. Каждому больному исследовался мутационный статус генов KRAS, NRAS, BIRAF, наличие или отсутствие микросателлитной нестабильности первичной опухоли и метастатического очага для определения несоответствий мутационного статуса опухоли и метастатического очага, для корректировки дальнейшей тактики химиотерапевтического лечения и таргетной терапии. Группы исследования были сопоставимы по возрасту, полу, стадии опухолевого процесса по системе TNM, соматическому состоянию по шкале ECOG.

Результаты исследования. Детальная обработка амбулаторных карт 202 пациентов показало, что количество послеоперационных осложнений в значительной степени не отличалось в первой и второй группах. В 1 группе исследования составила 37,3%, во второй группе –30,2%(p=0,16). Основные осложнения в первой группе: с некроз кишки формирующей колостому, ретракция колостомы, воспалительные послеоперационной раны, соматические, гиперкоагуляционные и тромбоэмболические состояния. Всем больным было проведено исследование в мутационного статуса гена KRAS. В 1 группе несоответствие

несоответствий мутационного статуса опухоли и метастатического очага выявлено у 20% больных, во 2 группе у 19% больных. Исследование мутационного статуса в гене NRAS аналогичного несоответствия не показало. При проведении дальнейшего медикоментозного лечения: химиотерапии, таргетной терапии, число нежелательных событий значительно варировалось в первой и во второй группе. В группе пациентов с проведённой циторедуктивной операцией, осложнения при проведении радикального лечения 68,2 %, среди них: лейкоцитопения/тромбоцитопения 3-4 ст., перфорация опухоли с последующим развитием параканкрозного воспаления абсцесса, кровотечение из опухоли. Во второй группе это число составило 33,3% (p=0,000), что связано с отсутствием первичного очага, и менее выраженными проявлениями паранеопластического синдрома.

Возникновение нежелательных событий приводит к необходимости прекращения системного лечения. В первой группе получили полные 12 циклов химиотерапии и более – 21,9%, во второй группе 69,2% (p=0,000).

Так же у больных, у которых была удалена первичная опухоль показатели бессобытийной и общей выживаемости были значимо лучше по сравнению с первой группой. По данным нашего исследования во второй группе в течение 6 месяцев отсутствие прогрессии наблюдалось у 86 % пациентов. Во 2 группе данный показатель за аналогичный период времени составил 43% (p=0,000).

Показатель общей выживаемости в первой группе (паллиативная операция) – 18% пациентов, которые пережили рубеж в 12 месяцев, во второй группе (циторедуктивная операция) данный показатель равнялся 80% (p=0,000).

При проведении монофакторного исследования по определению факторов, влияющих общую и бессобытийную выживаемость, возникновение нежелательных событий, были выявлены следующие факторы: возраст пациента, соответствие или несоответствие мутационного статуса гена KRAS в первичной и метастатической опухоли, лейкоцитарный индекс, СОЭ, ECOG, схемы таргетной терапии, наличие или отсутствие микросателитной нестабильности опухоли (MSI/MSH) в сочетании с мутационным статусом гена BRAF.

При проведении многофакторного анализа нами были определены факторы, формирующие показания к удалению бессимптомной опухоли толстой кишки: несоответствие мутационного статуса гена KRAS в первичной и метастатической опухоли, лейкоцитарный индекс 2 ед. и более, СОЭ – 30 мм/час и более, ECOG 0-1, MSH/BRAF, мутированный тип гена KRAS первичной и метастатической опухоли при проведении тагретной терапии препаратом Бевацизумаб.

Так же были сформированы показания для выполнения паллиативной операции: соответствие мутационного статуса гена KRAS в первичной и метастатической опухоли, лейкоцитарный индекс до 2 ед., СОЭ до 30 мм/час, ECOG 0-2, MSI/BRAF, не мутированный тип гена KRAS в метастатической и первичной опухоли при проведении химиотерапия с применением таргетных с исключением Бевацизумаба.

Выводы. Количество послеоперационных осложнений в значительной степени не отличалось в первой и второй группах. Число осложнений, приведших к прекращению химиотерапии был заметно выше в группе паллитативных операций. Группа больных у которых была удалена первичная опухоль в объёме R2 имели значительно более высокие показатели 12 месячной бессобытийной и общей выживемости. Определены показания к удалению бессимптомной опухоли толстой кишки: несоответствие мутационного статуса гена KRAS в первичной и метастатической опухоли, лейкоцитарный индекс 2 ед. и более, СОЭ – 30 мм/час и более, ECOG 0-1, MSH/BRAF, мутированный тип гена KRAS первичной и метастатической опухоли при проведении таргетной терапии препаратом Бевацизумаб.

НОВЫЙ СПОСОБ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИ ПРЕДРАКОВЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – СТОМАТОЛОГА

О.И. Каганов, А.Г. Габриелян, А.А. Махонин, Сагдеев Р.Р., Березовкая С.С.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России,
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В связи с высокой заболеваемостью злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта как, в Мире, так и в России, особый интерес заслуживают новообразования предвестники – предраковые, а именно их ранняя диагностика, лечение и диспансеризация. Несмотря на то, что предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта в большей части своей имеют бессимптомное течение, а методы диагностики применяемые в практическом здравоохранении несовершенны, возникают ряд вопросов в плане их улучшения и совершенствования. Разработка и внедрение в медицинскую практику легко выполнимого алгоритма обследования пациентов с новообразованиями слизистой оболочки полости рта, как для скрининга, так и для ранней диагностики, является одной из приоритетных задач здравоохранения.

Цель исследования. Повысить эффективность ранней диагностики предраковых и злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта с применением нового способа обследования.

Материалы и метод. Проведено спланированное проспективное исследование 147 пациентов ГБУЗ СОКОД в период с 2014 по 2019 гг., которые были направлены от стоматологов городских поликлиник Самары к онкологу с диагнозом новообразование слизистой оболочки полости рта. Пациенты из 63 человек, М 33/Ж 30, с новообразованиями слизистой оболочки полости рта, которым после проведенного традиционного опроса ,осмотра и пальпации у стоматолога были установлены диагнозы новообразования, составили контрольную группу. В основную группу вошли 84 пациента с новообразованиями слизистой оболочки полости рта, М 35/ Ж 36 которым в условиях стоматологических поликлиник, для обследования применен разработанный способ определения показаний для выполнения гистологической верификации образования красной каймы губ и слизистой полости рта у больного на приеме у врача стоматолога с применением аутофлуоресцентной лампы и бальной оценки (Патент РФ на изобретение № 2738855). Пациенты были сопоставимы по гендерному признаку и возрасту. Для оценки обследования в основной группе заполнялся протокол по новому способу, где определялся индекс необходимости гистологической верификации. Индекс до 5 баллов пациент наблюдался и лечился у стоматолога с последующим осмотром через 14 дней, индекс 5 и выше, направлялся к онкологу с целью проведения биопсии. Пациентам обеих групп проведены инцизионные и эксцизионные биопсии, а так же ряд других дополнительных методов обследования для дальнейшего специального лечения в условиях онкологического диспансера (ОАК, ОАМ, УЗИ, КТ, МРТ, ЭХО-КГ, ЦДК сосудов, ФРЛС , ФГДС). Эффективность нового способа оценивалась по полученным результатам гистологического исследования, а именно предраковых и злокачественных новообразований.

Результаты исследования. После примененного нового способа обследования в основной группе, пациенты из 13 человек набрали менее 5 баллов, 71 пациент- 5 и более баллов. Пациентам из 13 человек у стоматолога по месту жительства проведено консервативное лечение по поводу воспалительного заболевания, после чего у 11 больных достигнута ремиссия заболевания, 2 повторно применен новый способ обследования, где сумма баллов индекса составила менее 5 баллов, после они были направлены к онкологу. После проведенной биопсии у этих же 2 пациентов из 13 человек, подтверждены диагнозы предрак (веррукозная лейкоплакия) и рак. В контрольной группе после проведенных биопсий диагнозы распределились следующим образом, воспаление – 20, предраковые -23, злокачественные новообразования -15, доброкачественные -5. В свою очередь в группе сравнения где применена новая методика обследования после проведенных биопсий,

установлены следующие диагнозы: воспалительные -1, предраковые – 36, злокачественные-26, доброкачественные -8.

Выводы. Применение нового разработанного способа в диагностике, позволило выявить предраковых и злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта у 87,3 % больных в сравнении с контрольной группой, где применен традиционный метод обследования у стоматолога – 60,3%. Специфичность новой методики составила 55%, чувствительность - 97%, точность - 87% в сравнении с традиционным обследованием, где специфичность – 28%, чувствительность - 84%, точность - 60%.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ НЕОАДЪЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БАЗАЛЬНОПОДОБРЫМ ПОЗИТИВНЫМ ПОДТИПОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.И. Каганов, В.Н. Савельев, М.В. Ткачев, А.А. Катюшин, Т.В. Коновалова
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

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

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

Материалы и метод. 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 больных 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 исследования. 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), pCR = 21.43%.

Выводы. Разработанная в условиях Самарского областного клинического онкологического диспансера математическая модель и компьютерная программа для ЭВМ при высоких диагностических значениях чувствительности 90,91%, специфичности 94,55% и точности 93,88% позволяет определить эффективность 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.

СПОСОБ ПЕРВИЧНОЙ ОДНОЭТАПНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ЛИПОФИЛИНГА

О.И. Каганов, С.В. Козлов, В.Н. Савельев, М.В. Ткачев, А.П. Борисов
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

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

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

Материалы и метод. Проведено спланированное проспективное исследование результатов лечения 84 больных с диагнозом РМЖ в условиях Самарского областного клинического онкологического тдиспансера в период с 2017 по 2019 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 исследования. Среднее время операции в контрольной группе составило 89 ± 12 мин. Интраоперационная кровопотеря достигала 100 мл. Продолжительность послеоперационная лимфореи – 13,5 ± 3,3 дней. Послеоперационный койко-день составил 14,9 ± 3,5. Послеоперационных осложнений в группе исследования не зафиксировано. Получен патент РФ на изобретение № 2654583 от 31.08.2018 года.

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

ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНО ВЫЯВЛЕННЫМ РАКОМ КОЖИ НА ИНВАЛИДИЗАЦИЮ

Казеев М.В., Братко С.Н., Казеев В.И., Казеева Н.В.
ФКУ «ГБ МСЭ по Самарской области» Минтруда России
ГБУЗ СО «Волжская ЦРБ»

Актуальность. В рамках межведомственного взаимодействия специалистами ФКУ “ГБ МСЭ по Самарской области” Минтруда России были рассмотрены результаты проведенной терапии в ГБУЗ СОКОД у пациентов с первично выявленным раком кожи с применением специализированной методики ведения данной категории пациентов (Патент №2650043 “Способ ведения пациентов после первичного выявления у них рака кожи”) Также был проведен анализ показателей инвалидизации у данной категории больных

Первичная инвалидность вследствие злокачественных новообразований в Самарской области в абсолютных числах 2017г. – 4691 2018г. – 4505 2019г. – 4877 2020г. – 4743 2021г. – 4332.

Инвалидность вследствие ЗНО занимает первое место в количественном соотношении В структуре тяжести (1-2 группы инвалидности) по нозологическим формам заболеваний из числа впервые признанных инвалидами ЗНО также занимают первое место. 2017г. – 3341 2018г. – 3213 2019г. – 3514 2020г. – 3413 2021г. - 3216

Среди повторно признанных инвалидами ЗНО также занимают первое место: 2017г. – 8087 2018г. – 8091 2019г. – 8544 2020г. – 11482 2021г. - 17394

Мы провели исследование, которое затрагивало вопросы нарушения системы крови и иммунной системы у больных онкологического профиля.

Исследование проводилось на базе СОКОД в течение трёх лет.

Был проведен анализ всех больных, поставленных на учёт в СОКОД с диагнозом “базально-клеточный рак кожи” и “плоскоклеточный рак кожи”, наблюдавшихся 10 лет и более. Это 16092 человека.

Оказалось, что у 25% больных за это время были выявлены вторая, третья и даже четвертая опухоль другой локализации (внутриорганные опухоли)

70% вновь выявленных ЗНО определяются в первые 5 лет после удаления опухоли кожи. Преимущественно, они были выявлены уже на III и IV стадиях

Зачастую, у больных, прооперированных по поводу рака кожи, при наблюдении обращали внимание на местное состояние тканей, наблюдая за проблемой местного рецидивирования, в ряде случаев выполнялось УЗИ периферических лимфоузлов. Однако комплексного обследования внутренних органов не проводилось и не назначалось (в настоящее время УЗИ органов брюшной полости не входит в обязательный перечень обследований при диспансеризации). Таким образом, развитие злокачественных опухолей иных локазизаций при бессимптомном течении не было диагностировано на ранних этапах.

Цель исследования. Известны различные способы наблюдения пациентов после первичного выявления у них рака кожи: Согласно приказу Минздрава РФ №548н от 04.06.2020 г. базальноклеточный рак кожи относится к 1 группе диспансерного наблюдения с продолжительностью ведения в течение 5 лет, после чего пациент признается здоровым и снимается с онкологического учета. При ЗНО кожи с другой морфологией, пациентов относят ко 2 группе диспансерного наблюдения с пожизненным ведением. После двух лет наблюдения периодичность диспансерных приёмов снижается до 1 раза в год.

В данный период времени только при первичном клиническом осмотре обязательному обследованию подлежат кожные покровы, полость рта, молочные железы, половые органы, прямая кишка, щитовидная железа, лимфатические узлы.

Недостатком данного способа является то, что не учитывается в дальнейшем возможность ранней диагностики других ЗНО.

Известен способ оптимизации программы активного наблюдения лиц после излечения рака кожи, заключающийся в пожизненном диспансерном наблюдении пациентов и способ

обследования с целью диагностики повторных опухолей кожи, органов ЖКТ, легкого, молочной железы, предстательной железы. Особое внимание рекомендовано уделять первым десяти годам наблюдения.

Данный способ был взят нами за прототип. Цель заключается в коррекции сроков наблюдения за данными пациентами и разработке диагностической программы обследования для своевременного выявления у них другого ЗНО.

Эта цель достигается тем, что после первичного выявления у пациента рака кожи, способ ведения включает первичный клинический осмотр и отличается тем, что активное обследование пациентов осуществляется в течение первых пяти лет с выполнением углубленного медицинского обследования, включающего: Онкоосмотр 2 раза в год Rg грудной клетки 2 раза в год Фиброгастродуоденоскопия 1 раз в год Фиброколоноскопия 1 раз в год УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза, почек, молочной железы, щитовидной железы, периферических лимфоузлов 1 раз в год Трансректальное УЗИ предстательной железы 2 раза в год Маммография после 40 лет 1 раз в 2 года Исследование общего и свободного простатспецифического антигена 2 раза в год Осмотр онколога с результатами обследования 2 раза в год Стоит отметить, что в приказе 402н/631н перечислен перечень необходимых обследований, который схож с тем, который предлагается в нашем способе наблюдения.

Материалы и методы. В Волжской ЦРБ были проанализированы данные 2181 пациента, состоящих на учете. 247 пациентов состоит на учете с раком кожи. Из них первично-множественный базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи составил 12,8%, т.е. каждый восьмой пациент страдал данной онкопатологией. Сопутсвующее раку кожи другое ЗНО составило 39,3%, предшествующее другое ЗНО составило 42,8%, первично множественная базалиома составила 17,9%.

Были проанализированы данные 3944 пациентов с первично-множественным базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи, зарегистрированных в раковом регистре СОКОД с 1949 по 2011г., что составило 25% рака кожи.

Из них базальноклеточный рак кожи составил 88,4%, плоскоклеточный рак 11,6%. Для полноты исследования эти категории были объединены в понятие “рак кожи”.

Двухопухолевый ПМР кожи составил 91,9%.

Было выделено 16 чаще всего встречающихся двухопухолевых ЗНО кожи. Они составили 63,3%. Сопутствующее раку кожи другое ЗНО составило 34,9% Из них синхронно-метахронный рак в первые 2 года наблюдения составил 48,5%, в первые 5 лет наблюдения 74,9%, в первые 10 лет наблюдения 93,1%

Результаты исследования. III-IV стадии сопутствующего раку кожи другого ЗНО в первые два года наблюдения составили 23,8%, в первые 5 лет наблюдения 36,4%, в первые 10 лет наблюдения 45,1% После пяти лет наблюдения рака кожи вероятность развития другого сопутствующего ЗНО значительно снижается и составляет от 6 до 10 лет наблюдения 18,2%, с 11 лет наблюдения и далее 6,9% Интервал возникновения при раке кожи другого последующего метахронного ЗНО колебался в пределах 41 года, однако основной процент заболеваемости приходился на первые 10 лет наблюдения: 93,1%. Исходя их этого, диспансеризация при базальноклеточном раке кожи не должна ограничиваться 5 годами, а должна осуществляться в течение 10 лет.

Выводы. Если по данному методу ведения больных проводить диспансеризацию, то можно предотвратить появление тяжелых запущенных случаев инвалидности. Поэтому необходимо проводить работу совместно с лечебными учреждениями по ведению таких больных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОПОТОЧНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ В ОРИТ ГБУЗ СОКОД

Калиновик А. А., Вишняков В.А.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Высокопоточная оксигенотерапия (ВПО) является вариантом респираторной поддержки без инвазивного доступа (через носовые канюли), с возможностью регулировки скорости подачи воздушной смеси (flow), её температуры и влажности, а так же фракции кислорода (FiO2) ВПО широко применяемый метод терапии острой дыхательной недостаточности. Основные положительные эффектами ВПО: соответствие величины потока аппарата на вдохе потоку в дыхательных путях пациента с ДН и возможностью повышения фракции кислорода на вдохе; уменьшение мёртвого пространства дыхательных путей; динамический рост давления в дыхательных путях на выдохе (ПДКВ), способствующий расправлению спавшихся альвеол, а так же отсутствием влияния на гемодинамику; согревание и увлажнение слизистой дыхательных путей; снижение частоты нозокомиальных инфекций, осложнений и летальности; сохранение сознания пациента, возможность принимать пищу.

Материалы и метод. В условиях отделения ОРиИТ ГБУЗ СОКОД ВПО проводилась на аппарате ИВЛ Mindray SV300. Назальные канюли для ВПО используются Fisher&Paykel Optiflow. Применявшиеся параметры ВПО (flow/FiO2): 20/50 и 40/80.

Стартовые параметры ВПО устанавливалилсь исходя из клинических и лабораторных показателей тяжести ДН – показатели оксигенации артериальной крови, полученных лабораторными методами (КОС артериальной крови) и данных мониторирования (пульсоксиметрия), уровнем экстракции кислорода из капиллярной крови. Так же должны быть исключены или начаты устраняться другие причины гипоксии (циркуляторная, гемическая, тканевая). Используется стандартный эскалационный и дэескалационный принцип респираторной поддержки.

Эскалационный метод: Стартовые параметры ВПО: соотношение flow/FiO2 – 20/50, с последующей оценкой эффективности респираторной поддержки. При неэффективности стартовых параметров применимо ступенчатое повышение потока воздушной смеси и фракции кислорода. При сохраняющейся неэффективности ВПО, сохраняющихся признаках или при прогрессировании ДН необходимо безотлагательное применение других методов неинвазивной и инвазивной респираторной поддержки.

Деэскалационный метод: изначальное применение выского потока воздушной смеси и фракции кислорода (соотношение flow/FiO2 – 40/80), с оценкой эффективности респираторной поддержки. При эффективности ВПО и уменьшения признаков ДН (или устранения её причины) следует ступенчатое «смягчение» параметров ВПО, с последующим переходом к низкопоточной оксигенотерапии, либо полному прекращение оксигенотерапии.

Температура вдыхаемой смеси на каждом этапе остаётся на неизменном уровне.
Важным параметром для мониторинга является не только данные лабораторных, физикальных и интрументальных методов, но и оценка величины «цены дыхания» для пациента (ЧДД, участие вспомогательной мускулатуры, субъективные ощущения пациента и т.д.)

Результаты исследования. В результате применения методика ВПО продемонстрировала высокую эффективность, что позволило избежать применения инвазивных методов респираторной поддержки и сокращению времени пребывания пациента в ОРиИТ. У пациентов с тяжёлым осложнённым ОРДС ВПО явилась вариантом преоксигенации перед выполнением интубации трахеи для проведения инвазивной вентиляции легких.

Выводы. Метод высокопоточной оксигенотерапии через назальные канюли является эффективным вариантом и важным этапом респираторной поддержки пациентов без инвазивного доступа, в особенности с легким или умеренным острым респираторным дистресс-синдромом. Применение этой методики тек же может применяться как один из этапов прекращения искусственной вентиляции легких.

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Козлов Г.Н., Югина О.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. ТЭЛА представляет собой острую тромботическую окклюзию ствола легочной артерии (ЛА), ее главных, долевых или сегментарных ветвей, возникающую главным образом вследствие эмболизации из венозной системы или правых камер сердца. ТЭЛА и тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей часто объединяют общим термином «венозная тромбоэмболия» (ВТЭ), поскольку эти состояния имеют общий патогенез и часто сосуществуют. Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) — собирательное понятие, объединяющее тромбоз поверхностных вен, тромбоз глубоких вен, венозную гангрену и тромбоэмболию легочной артерии. Данное исследование проведено в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» - в патологоанатомическом отделении на основании проведенных аутопсий пациентов.

Материалы и метод. За период 2021 – 2022 (на начало октября) год в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере зарегистрировано 190 смертей. Из них от Тромбоэмболии легочной артерии смерть наступила у 45 пациентов, что составляет 23,6% от всех летальных случаев. Возрастная группа пациентов составляет от 50 до 80 лет. В процентном соотношении данной возрастной группы от тромбоэмболии составляет 98%. У всех пациентов данной возрастной группы на момент оперативного лечения имелись хронические заболевания с множественными факторами риска среди которых: ИБС. Гипертоническая болезнь. Атеросклероз аорты. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Так же факторами риска связанными с лечением онкологических заболеваний Сдавление магистральных кровеносных сосудов опухолью. Оперативное вмешательство. Химиотерапия. Лучевая терапия. ДВС синдром. Нарушение реологических свойств крови на момент и после проведенного лечения.

Вывод. На основании проведенных аутопсий умерших пациентов можно сделать вывод: в процентном соотношении от общего количества вскрытий смерть от тромбоэмболии легочной артерии составляет 25% от общего числа, что является грозным осложнением и причиной летального исхода в послеоперационный период. Необходимо принимать во внимание анамнез пациента на первичном приеме и подготовки к профильному лечению, а также тактике лечения и выбора профилактических мер в послеоперационном периоде для снижения риска и частоты осложнения тромбоэмболии легочной артерии.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ МАССОВОГО СКРИНИНГА В РАМКАХ ЕВРОПЕЙСКОЙ НЕДЕЛИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЯ АО «РКЦ «ПРОГРЕСС» В 2021 ГОДУ

Козлова О.А., Золотарева Т.Г., Окунева И.В., Марушева О.В., Коневская Т.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»

Актуальность. Рак головы и шеи – это десятки опухолей с разным течением, требующие разного лечения. Зачастую это лечение приводит к потере жизненно важных функций, существенно меняет внешний облик человека. Выявление начальных I-II стадий и проведение лечения в 95% случаев гарантирует, что опухоль будет излечена без инвалидизации. Значимыми факторами риска развития рака головы и шеи являются курение табака и злоупотребление крепким алкоголем, а также избыточное воздействие солнечного излучения, некоторые инфекции (вирус папилломы человека, Эпштейна-Барр), неудовлетворительная санация очагов инфекции в полости рта (зубы, десна). При этом мужчины болеют раком головы и шеи в 2-3 раза чаще, чем женщины. На учете в онкологической службе Самарской области состоит более 3500 тысяч человек, имеющих опухоли данных локализаций. Ежегодно в Самарской области выявляются, в среднем, 450-500 новых случаев опухолей, так в 2021 году опухоли губы, полости рта, глотки и гортани зарегистрированы у 463 новых пациентов. При этом заболевания в III-IV стадиях были диагностированы более чем у 75% человек.

Борьба с онкологическими заболеваниями – это одно из ключевых направлений национального проекта «Здравоохранения». Для повышения эффективности раннего выявления онкологических заболеваний проект предусматривает усиление профилактической работы.

Цель исследования - привлечение внимания к проблеме распространенности онкологических заболеваний, особенно опухолей наружных локализаций и формирование онкологической настороженности, принципов здорового образа жизни среди населения путем проведения информационных акций и профилактических осмотров.

Материалы и метод. Общероссийская профилактическая акция по раннему выявлению опухолей головы и шеи в г.о. Самара проводилась с 20 по 21 сентября 2021 года и включала 3 направления: распространение печатных информационных материалов среди населения в лечебных учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, размещение постов и баннеров в социальных сетях, проведение профилактического осмотра сотрудников на базе Центра медицинской профилактики АО «РКЦ «Прогресс» при участии мультидисциплинарной бригады врачей. В рамках акции на предприятии первым этапом было проведено анкетирование 300 сотрудников и сформированы группы людей с высоким риском развития онкологических заболеваний области головы и шеи. Анкета состояла из 15 вопросов: возраст, стаж курения, количество выкуриваемых сигарет в сутки, наличие в анамнезе хронических заболеваний, контакт с вредными химическими факторами на производстве, отягощенная наследственность и др. По результатам анкетирования сотрудники предприятия с наиболее значимыми факторами риска направлялись на консультацию к специалистам: онкологу, стоматологу, оториноларингологу.

Результаты исследования. В заполнении анкеты участвовали как мужчины (46%), так и женщины (54%) разных возрастных групп. Наибольшую группу составили респонденты в возрасте старше 45 лет и составили 47%.

Наиболее важным фактором риска опухоли головы и шеи считается курение. На вопрос о курении положительно ответили 94 сотрудника (32 %), среди них 67 мужчин, 27 женщин. Стаж курения больше 10 лет отметили 89 опрошенных (30%). Более 15 сигарет в сутки выкуривают 35 сотрудников (12%). Контакт с вредными химическими факторами на производстве более 3 лет, имеющий серьезное влияние как фактор риска или причина

возникновения опухолей головы и шеи, при анализе данных анкеты был выявлен у 143 сотрудников (48%). Для всех локализаций злокачественных новообразований наследственность является неблагоприятным существенным фактором риска. Изучая роль наследственных факторов у опрошенных сотрудников, выяснили, что ЗНО у ближайших родственников имели 76 сотрудников (25%). Признаками поражения полости рта, гортани, трахеи, бронхов является изменение голоса. Такие симптомы, как осиплость, охриплость голоса отметили у себя 30 опрошенных (10%). Многократные повреждения/травмирование слизистой оболочки полости рта (неудобные протезы, острые сколы зубов) у 24 сотрудников (8%), ощущение присутствия инородного тела в полости рта, горле имели 20 человек (7%).

По итогам анкетирования на скрининговое обследование к врачам мультидисциплинарной бригады (онколог, стоматолог, оториноларинголог) было направлено 80 человек, что составило 26% от числа опрошенных. У 21 сотрудника (26%) из 80 человек были обнаружены признаки хронического воспаления и доброкачественных новообразований полости рта, носоглоточной области, подозрение на опухоли щитовидной железы. Для уточнения диагноза и проведения дополнительных инструментальных исследований 15 сотрудникам (18,75%) рекомендовано направление на прием к онкологу ГБУЗ СОКОД и 6 (7,5%) - к оториноларинголог.

Для информирования жителей о факторах риска опухоли головы и шеи, пропаганде здорового образа жизни были подготовлены памятки для населения в печатном виде в количестве 5200 штук, которые распространены в 26 лечебных учреждениях г. Самары. Кроме печатной продукции профилактические заметки, посты, баннеры размещались на официальных аккаунтах социальных сетей, зарегистрировано 16820 просмотров данной информации.

Выводы. Форма профилактической работы в виде проведения массового скрининга на промышленном предприятии в организованной группе населения, направленная на выявление опухолей головы и шеи, оказалась результативной. Это позволило сотрудникам предприятия, не отрываясь от производства, получить информацию и бесплатную консультацию врачей мультидисциплинарной бригады с целью возможного выявления предопухолевых заболеваний и ранних стадий онкологического заболевания. Информация о факторах риска при заполнении анкеты, разработанной сотрудниками отделения медицинской профилактики ГБУЗ СОКОД, вызвала интерес у работников предприятия, повысила мотивацию и заинтересованность работников в регулярных профилактических осмотрах и ведению здорового образа жизни. Опыт профилактической работы на предприятии с привлечением мультидисциплинарной бригады врачей различных специальностей в дальнейшем будет использоваться на других предприятиях г.о Самара и Самарской области.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА БРЕНТУКСИМАБ ВЕДОТИН В ТЕРАПИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА И Т-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ

Колчина А.А., Каганов О.И., Косталанова Ю.В., Карсеева С.С.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет МЗ РФ»

Актуальность. Заболеваемость лимфомой Ходжкина в России составляет 2,2 случая на 100 000 населения в год, смертность достигает 0,61 случаев на 100 000 населения за 2022 год. Заболеваемость лимфомой Ходжкина по Самарской области составила 64 человека (соотношение полов: женщин - 35, мужчин – 29), заболеваемость Т-клеточной лимфомой – 8 человек (6 мужчин и 2 женщины соответственно).

В рамках терапии пациентов ГБУЗ СОКОД активно применяется препарат брентуксимаб ветодин, который представляет собой конъюгат моноклонального антитела и противоопухолевого вещества, который доставляется к опухолевым клеткам, экспрессирующим антиген CD30, и вызывает их избирательный апоптоз. Благодаря CD30-направленному механизму действия, брентуксимаб ведотин способен преодолеть химиотерапевтическую резистентность, поскольку у пациентов, рефрактерных к многокомпонентной химиотерапии, неизменно экспрессируется антиген CD30, вне зависимости от предшествующего статуса трансплантации.

Цель исследования. Анализ эффективности терапии препаратом брентуксимаб ветодин у пациентов с лимфомой Ходжкина и Т-клеточной лимфомой в ХТО №2 ГБУЗ СОКОД в 2022 году.

Материалы и метод. В 2022 году на лечении препаратом брентуксимаб ведотин находилось 5 пациентов, среди которых у 4 пациентов клинический диагноз - С81 Лимфома Ходжкина, у 1 пациента – С84 Т-клеточная лимфома.

Результаты исследования. Один пациент прошел курс химиотерапии и лучевой терапии в 2019 году, в марте 2021г. было выявлено прогрессирование заболевания, проведена высокодозная химиотерапия BEAM, реинфузия кроветворных клеток. Находится на терапии брентуксимабом ведотином – проведено 3 введения, контрольное обследование планируется в конце 2022 года.

У одной пациентки проведено 4 линии химиотерапии, курсы лучевой терапии после неоднократных рецидивов, аутотрансплантация костного мозга, после чего с декабря 2021 года был назначен брентуксимаб ведотин, после 16 введений препарата прогрессирования заболевания не наблюдается, достигнута стабилизация.

У пациента с Т-клеточной лимфомой в 2021 году было проведено 6 циклов ПХТ по схеме CHOP, на данный момент находится на лечении брентуксимабом ведотином. Было проведено 2 введения, контрольное обследование планируется через 3 месяца от начала терапии.

Двое пациентов из исследуемой группы получили 9 и 16 введений брентуксимаба ведотина соответственно, данных за прогрессирование заболевания не выявлено.

Выводы. препарат брентуксимаб ведотин успешно применяется в терапии лимфомы Ходжкина и Т-клеточной лимфомы в ХТО №2 ГБУЗ СОКОД. Применение препарата соответствует российским клиническим рекомендациям, а также международным стандартам лечения. При применении препарата не наблюдалось прогрессирования заболевания, а также наблюдалась положительная динамика у пациентов после проведения аутотрансплантации костного мозга на фоне способности препарата преодолевать химиотерапевтическую резистентность.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Колчина А.А., Каганов О.И., Золотарева Т.Г., Косталанова Ю.В., Горяинова Л.А.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет МЗ РФ»

Актуальность. Меланома является одной из самых агрессивных форм опухолей кожи. В 2021 г. в Российской Федерации распространенность меланомы кожи составила 70,4 на 100 тыс. населения, из них 79,5% - пациенты с 1-2 стадией, 11% - 3 стадия и 8,5% с 4 стадией. Летальность в течение года с момента установления диагноза составила 8,3%. В Самарской области от меланомы кожи в 2021 году умерло 45 мужчин и 43 женщины, средний возраст умерших 65,7 лет у мужчин и 72 года у женщин соответственно.

Агрессивность формы заболевания и быстрая прогрессия предполагает использование комплексного подхода к обследованию и лечению, один из этапов которого является использование иммунотерапии. Фармакологическое действие препаратов связано со связыванием рецепторов клеточной смерти PD-1 и блокирующее его взаимодействие с лигандами PD-L1 и PD-L2, с целью предотвращения цитотоксического действия на клетки-мишени, экспрессирующие PD-1.

Цель исследования: статистический анализ длительности применения иммунотерапии в практике лечения меланомы у пациентов ГБУЗ СОКОД в ХТО №2.

В рамках исследования рассматривались пациенты, находящиеся на иммунотерапии препаратами пролголимаб (Фортека), пембролизумаб (Китруда), ниволумаб(Опдиво), ипилимумаб (Ервой).

Материалы и метод. В 2022 году в ХТО №2 на лечении препаратом пролголимаб (Фортека) находилось 16 пациентов, при этом 25% пациентов получили более 10 введений препарата каждые две недели в течении 5 месяцев. Максимальное количество введений зафиксировано у 2 пациентов – 17 введений каждые 2 недели в течении 8,5 месяцев соответственно. В исследование включены 6 пациентов, начавшие курс препарата в августе 2022 года, оценка эффективности терапии планируется в конце 2022 года. Нежелательных явлений на фоне терапии препаратом пролголимаб не наблюдалось.

На лечении препаратом пембролизумаб (Китруда) в 2022 году находилось 7 пациентов. Максимальное количество введений у двух пациентов - 13 введений каждые три недели в течение 10 месяцев. Нежелательных явлений на фоне терапии препаратом пембролизумаб не наблюдалось.

Результаты исследования. На лечении препаратом ниволумаб (опдиво) находилось 4 пациента, максимальное количество введений – 15 у 1 пациента, каждые 2 недели в течении 7,5 месяцев. У двух пациентов достигнута стабилизация, принято решение о переходе на пемборолизумаб (Китруда), лечение продолжают, нежелательных явлений не наблюдается.

На комбинированной терапии препаратами ипилимумаб (Ервой) и ниволумаб (опдиво) находился 1 пациент, было проведено 4 введения. В результате лечения достигнута стабилизация опухолевого процесса, согласно клиническим рекомендациям был переведен на монотерапию ниволумабом, проведено 7 введений препарата (общая продолжительность терапии 5,5 месяцев), лечение продолжает, нежелательных явлений не отмечается.

Выводы. Иммунотерапия с успехом применяются в практике лечения меланомы кожи у пациентов ГБУЗ СОКОД в ХТО№2 в 2022 году, причем как в качестве монотерапии, так и в качестве комбинированного лечения. Иммунотерапия не вызывала нежелательных явлений и позволила сохранить качество жизни пациентам с распространенной метастатической меланомой кожи.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Коновалова Т.В., Исхакова Г.Н., Ткачев М.В., Зотова Т.П.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Заболевания почек занимают важное место из-за значительной распространенности в популяции, резкого снижения качества жизни, высокой смертности пациентов, что приводят к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии – диализа и пересадки почки. Так же на фоне нервно-психического перенапряжения у онкологических больных возможно возникновение «стрессовой язвы». Язвенная болезнь характеризуется рецидивирующим течением, то есть чередованием периодов обострений (чаще весной или осенью) и периодов ремиссии.

Цель работы: обзор клинического случая лечения больной с диагнозом рак молочной железы на фоне хронической болезни почек и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материалы и метод. Пациентка 47 лет поступила в онкологическое отделение (опухолей молочной железы) №1 с диагнозом рак правой молочной железы T2N1M0 2Б ст. 2А кл.гр. на хирургическое лечение. Сопутствующий диагноз: хроническая болезнь почек 5 стадии. Программный гемодиализ с 2009 года. Хронический пиелонефрит с исходом в нефросклероз. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия. Хронический некалькулезный холецистит, вне обострения. Ожирение 1 степени.

Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад у пациентки было желудочное кровотечение (консервативное лечение). В БАК при поступлении - креатинин 637,5 мкмоль\л, мочевина 17,6ммоль\л. Пациентка 3 раза в неделю получала гемодиализ. ФГДС на догоспитальном этапе не была проведена.

После госпитализации больная стала предъявлять жалобы на тошноту и боли в животе. Выполнено ФГДС, при котором диагностирован эрозивный геморрагический очаговый гастрит, рубцовая деформация луковицы ДПК. Пациентка была проконсультирована гастроэнтерологом, назначено гастропротективное лечение. На момент осмотра выставлен высокий риск желудочного кровотечения и рекомендовано проведение гастропротективного лечения амбулаторно с последующей госпитализацией на хирургическое лечение по онкологическому профилю.

Результаты исследования. Через 14 дней пациентка вновь поступила в отделение на хирургическое лечение. По данным ФГДС диагностирован поверхностный гастрит, рубцовая деформация луковицы ДПК, язва луковицы ДПК в стадии рубца, Поверхностный дуоденит. В БАК -креатинин 829 мкмоль\л, мочевина 27, 7ммоль\л. калий 6 ммоль\л**.** Пациентке было проведено хирургическое лечение по поводу рака молочной железы. В течение еще 10 дней она получала гастропротективное лечение (омепразол 20мг за 20 мин до еды утром, ребагит 100мг 3 раза в день). В удовлетворительном состоянии пациентка выписана домой.

Выводы. Все пациенты с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе, поступающие на хирургическое лечение по поводу онкологического заболевания, должны на догоспитальном этапе делать ФГДС, на стационарном этапе получать гастропротективное лечение для профилактики обострения язвенной болезни

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО ТЕСТА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА SARS – COV-2 НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Коновалова Т.В, Исхакова Г.Н, Ткачев М.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. SARS – CoV-2 представляет собой опасное заболевание, которое может протекать как в форме острой респираторной вирусной инфекции лёгкого течения, так и в тяжёлой форме. Вирус способен поражать различные органы через прямое инфицирование или посредством иммунного ответа организма. Наиболее частым осложнением заболевания является вирусная пневмония, способная приводить к острому респираторному дистресс-синдрому и последующей острой дыхательной недостаточности, при которых чаще всего необходимы кислородная терапия и респираторная поддержка. В число осложнений входят полиорганная недостаточность, септический шок и венозная тромбоэмболия. Тяжесть данного заболевания определяет актуальность его ранней диагностики.

Цель работы - оценить результаты применения иммунохроматографического теста при подозрении на SARS – CoV-2 на госпитальном этапе.

Материалы и метод. На базе ГБУЗ СОКОД с января по март 2022 года проведено 27 исследований в условиях онкологического отделения опухолей молочной железы №1 с подозрением на наличие вирусной инфекции с помощью иммунохроматографического метода ампликации нуклеиновых кислот. Пациенты предъявляли жалобы на повышение температуры тела, боли в горле, сухой кашель, общую слабость. Возраст больных варьировался от 38 до 83 лет (медиана 62). Тест проводился путем взятия мазка из носоглотки пациента. Принцип работы теста основан на иммунохимическом методе определения антигена иммуноглобулинами. Данный метод предназначен только для качественной диагностики in vitro в биологическом материале (мазок из носоглотки). Положительный результат говорит о том, что в исследуемом биоматериале обнаружен антиген SARS – CoV -2. Это может рассматриваться как подтверждение диагноза COVID-19 и указывать на инфицирование пациента. Отрицательный результат означает, что антиген SARS – CoV-2 отсутствует или его концентрация в исследуемом биоматериале ниже границы чувствительности метода.

Результаты исследования. За январь 2022 года было сделано 8 исследований, из них 3 положительных (30%), за февраль 14, из них 6 положительных(52%), за март 5, из них 1 положительный тест (18%). В январе у 6 исследуемых пациентов были повышены показатели С- реактивного белка от 6.4 до 49 нг\л (медиана 25), среди которых только у двоих диагностирован положительный экспресс тест на SARS – CoV-2. За февраль у 13 больных повышены показатели С- реактивного белка от 1,46 до 42,8 нг\л (медиана 21,5), положительный экспресс – тест у восьми пациентов. За март у всех исследуемых пяти человек диагностированы повышенные цифры С- реактивного белка от 14 до 240 нг\л (медиана 99), у 4 больных получен положительный тест на SARS – CoV-2. Время до получения результата теста составило от 5-15 минут. Все пациенты с положительным результатом иммунохроматографического теста с соответствующими жалобами были выписаны под наблюдение участкового врача по месту жительства в удовлетворительном состоянии для дальнейшего лечения.

Выводы. Иммунохроматографический тест - это современный метод экспресс-диагностики заболеваний и состояния организма. Преимущество данного метода: низкая стоимость, высокая достоверность, простота использования, скорость получения результата, его возможно использовать для постановки предварительного диагноза и принятия срочных мер.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ВТОРОЙ ЛИНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ (ГИСО) ОПУХОЛЕЙ СУНИТИНИБОМ

Королева А.М.[1], Когония Л.М.[2], Королева И.А.[1], Конп М.В.[1]
[1] Многопрофильная клиника «Реавиз» г. Самара
[2]Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

Актуальность. Артериальная гипертензия при терапии сунитинибом развивается из-за ингибирования рецептора VEGFR-2. В норме активация рецептора VEGFR-2 происходит при взаимодействии с факторами роста эндотелия сосудов (VEGF), это приводит к сосудорасширяющему эффекту. Ингибирование взаимодействия VEGFR-2 и VEGF сунитинибом увеличивает периферическое сосудистое сопротивление. Артериальная гипертензия, возникшая на фоне терапии гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО) сунитинибом, ассоциируется с лучшим ответом на терапию.

Цель исследования. оценить предиктивную роль артериальной гипертензии у пациентов, получавших терапию второй линии сунитинибом по поводу диссеминированных ГИСО.

Материалы и метод. Частота развития артериальной гипертензии (АГ) в течение первого цикла терапии, была оценена у 51 пациента с диссеминированными ГИСО при проведении второй линии терапии. Медиана возраста пациентов составила 62 года. Пациенты получали вторую линию терапии по стандартной схеме: сунитиниб 50 мг в сутки внутрь ежедневно в режиме 4/2 (4 недели лечения с последующим перерывом 2 недели). На момент начала приема препарата у всех пациентов было нормальное артериальное давление или имела место АГ 1 степени (систолическое давление <140 мм. рт. ст.). У 37 пациентов до начала терапии была ранее диагностирована гипертоническая болезнь по поводу чего они получали гипотензивную терапию, на момент начала терапии АГ была компенсирована. В среднем АГ впервые выявлялась через 14+6 дней приема препарата. При выявлении АГ пациентам, которые ранее не получали гипотензивную терапию, назначалась корригиру-ющая терапия. Ответ на противоопухолевую терапию оценивался по критериям RECIST 1.1.

Результаты исследования. Для выявления влияния АГ на эффективность терапии сунитинибом было проведено сравнение двух групп пациентов: с АГ (n=32) и без АГ (n=19). В группе с АГ контроль болезни был достигнут у 23 (71,9%) больных, в группе без АГ контроль болезни был достигнут у 6 (31,6%). Анализ с применением Kruskal-Wallis test выявил ста-тистически значимые различия в частоте достижения контроля болезни в зависимости от развития АГ (p = 0.00541). Медиана выживаемости без прогрессирования в группах с АГ и без АГ составила соответственно 11 месяцев (95% ДИ 6 – 17) и 4 месяца (95% ДИ 3 – 10), Logrank test свидетельствует об наличии статистически значимых различий между группами (p=0.016). Медиана общей выживаемости в группах с АГ и без АГ составила соответственно 21 месяц (95% ДИ 18 – 35) и 16 месяцев (95% ДИ 7 – 21), не было выявлено влияния развития АГ на ОВ (p=0,07).

Выводы. Развития АГ является предиктором достижения контроля болезни и лучшей выживаемости без прогрессирования при проведении второй линии терапии ГИСО сунитинибом. Ежедневный контроль артериального давления и ведение дневника артериального давления пациентами при проведении терапии ГИСО позволяет выявить группу больных с ожидаемо лучшим ответом на терапию.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО НУТРИЦЕВТИКА ОНКОКСИН ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Королева И.А., Копп М.В., Королева А.М.
Самарский медицинский университет «Реавиз»

Актуальность. При проведении цитостатической химиотерапии (ХТ) доля пациентов, имеющих серьёзные проявления токсичности противоопухолевого лечения, может быть значительно выше в сравнении с той, которая публикуется по данным рандомизированных исследований. Для сохранения эффективной интенсивности дозового режима ХТ проводится сопроводительная терапия. В связи с этим поиск и разработка новых схем сопроводительного лечения при проведении ХТ является актуальной задачей. В ранее проведённых исследованиях было показано, что ряд аминокислот, микроэлементов, витаминов и биологически активных веществ могут снижать выраженность побочных эффектов ХТ, повышать аппетит и положительно влиять на частоту инфекционных осложнений.

Цель исследования. Оценить влияние многокомпонентного нутрицевтика Онкоксин на качество жизни пациентов и переносимость ХТ.

Материалы и метод. Использовались следующие критерии включения: подписанное информированное согласие; лица обоих полов в возрасте 50–70 лет; наличие диссеминированной злокачественной опухоли; наличие показаний к противоопухолевой ХТ; 2-й и последующий цикл ХТ; ИМТ ≥ 15, альбумин крови 25–35 г/л; состояние пациента по шкале ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) не более 2. Критериями исключения: отказ от участия в исследовании; беременность/кормление грудью, непереносимость какого-либо из компонентов Онкоксина.

Оценивались следующие показатели: доля пациентов, у которых в ходе исследования произошло снижение суммарного значения Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) на 6 баллов и более.

Оценивались концентрация альбумина сыворотки, масса тела. Пациенты с индексом массы тела <20 и/или уровнем альбумина сыворотки <30 г/л расценивались как требующие нутритивной поддержки. В ходе исследования в группе 1 пациенты в дополнение к ХТ и стандартной поддерживающей терапии получали в течение 20 дней Онкоксин по 25мл дважды в день, в группе 2 — химиотерапию и стандартную поддерживающую терапию. Онкоксин содержит следующие активные ингредиенты на 100мл раствора: глицин — 2000мг, глюкозамин — 2000мг, яблочная кислота — 1200 мг, аргинин — 640 мг, цистеин —204 мг, глицирризиновая кислота — 200 мг, аскорбиновая кислота — 120мг, сульфат цинка — 80мг, экстракт зелёного чая — 25 мг, кальция пантотенат — 12 мг, пиридоксин — 4 мг, сульфат марганца — 4мг, экстракт корицы — 3мг, фолиевая кислота — 400 мкг, цианокобаламин — 2 мкг. Визит 1 проводился в день начала одного из циклов ХТ (за исключением первого цикла ХТ). Визит 2 проводился за 7±1 дней перед началом последующего цикла ХТ, а визит 3 проводился в день начала этого цикла ХТ.

Результаты исследования. В исследование было включено 63 пациента с различными диссеминированными опухолями, 42 пациента в первую группу и 21 пациент в вторую группу. Основной изучавшийся показатель, суммарное значение вопросника ESAS, достоверно снизился в каждой группе ко второму визиту. На третьем визите у пациентов, получавших Онкоксин, качество жизни было значимо лучше, включая суммарное значение ESAS и физический домен. При изучении доли больных, у которых на визитах 2 и 3 произошло улучшение качества жизни, соответствующее минимальному клинически значимому различию, которое способен почувствовать пациент (6 баллов) были получены следующие результаты: на визите 2 таких больных в группе использовавших Онкоксин было 52,4% в сравнении с 33,3% в контрольной группе, на визите 3 — 61,2% и 38,1%, соответственно. Динамика массы тела и уровня сывороточного альбумина ко второму визиту была незначительной, различий между группами не выявлено.

При анализе токсичности проводимой терапии было установлено, что использование нутрицевтика Онкоксин приводит к снижению токсичности по ряду показателей: уровень гемоглобина и трансаминаз на визите 2 и 3.

Выводы. Использование многокомпонентного нутрицевтика Онкоксин при приведении ХТ позволяет увеличить долю пациентов с клинически значимым улучшением качества жизни после 2 недель применения. Необходимо дальнейшее изучение многокомпонентных нутрицевтиков для улучшения качества жизни и сохранения нутритивного статуса пациентов при проведении ХТ.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЛЕГКИХ В РАЙОНАХ Г.О. САМАРА ПО СОСТОЯНИЮ НА 2021 ГОД

Краснощекова Е.А., Попова Т.Ф., Егорова А.Г.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) мужского населения России рак легкого (РЛ) занимает первое место, составляя 16,5%, тогда как у женщин данная патология находится на 10 месте (4,0%). Максимальное число заболеваний, как у мужчин так и у женщин приходится на возрастную группу 70 лет и старше.

Структура смертности от ЗНО легких мужского и женского населения имеет существенные различия. Более ¼ (25,2%) случаев смерти мужчин обусловлены раком легкого. В структуре смертности женщин наибольший удельный вес имеют ЗНО молочной железы (15,9%).

По данным ракового регистра ГБУЗ СОКОД в 2021 году в Самарской области зарегистрировано 1293 ЗНО легких. Грубый показатель заболеваемости РЛ в г.о. Самара составил 41,0 на 100 000 населения.

	2017	2018	2019	2020	2021
Уд.вес б-х с 1 ст.	19,5	18,5	16,8	18,9	20,8
Уд.вес б-х с 2 ст.	12,1	14,8	12,5	11,5	15,3
Уд.вес б-х с 3 ст.	27,3	26,5	25,5	27,4	22,1
Уд.вес б-х с 4 ст.	39,0	39,0	42,4	41,5	40,9

Умерло от РЛ в 2021 году - 902 больных.

Цель исследования - провести анализ тенденций заболеваемости и смертности при РЛ в районах г.о.Самара.

Материалы и метод. Материалами исследования явились данные государственной формы медицинской статистической отчетности (ф-7) по области и ее регионам за 2021 году.

Результаты исследования.

В результате сравнительного анализа выявлено, что самая высокая заболеваемость РЛ обнаружена в Ленинском и Самарском районе (46,5 на 100 тыс. населения) и Кировском районе (41,3 на 100 тыс. населения). В диапазоне от 40,4 до 29,1 на 100 тыс. населения находятся Промышленный (40,4 на 100 тыс. населения), Октябрьский (39,9 на 100 тыс. населения), Советский (39,6 на 100 тыс. населения), Красноглинский (37,9 на 100 тыс. населения), Железнодорожный районы города (36,2 на 100 тыс. населения). Самая низкая заболеваемость РЛ оказалась в Куйбышевском районе (29,1 на 100 тыс. населения).

По показателям смертности от РЛ Ленинский-Самарский район занимает первое место по городу - 28,8 на 100 тыс. населения. В диапазоне от 28,2 до 16,8 на 100 тыс. населения находятся Советский (28,2 на 100 тыс. населения), Промышленный (26,7 на 100 тыс. населения), Железнодорожный (26,0 на 100 тыс. населения), Красноглинский (23,9 на 100 тыс. населения), Октябрьский (22,1 на 100 тыс. населения). Наиболее низкий уровень смертности (21,1 на 100 тыс. населения) констатирован в Кировском и Куйбышевском районах г. Самары (16,8 на 100 тыс. населения).

Косвенно на показатель смертности влияет раннее выявление онкологической патологии. Среди пациентов впервые выявленных со злокачественными новообразованиями легких выделена группа с 1-2 стадией заболевания, когда лечение наиболее эффективно. Оказалось, что наиболее высокие показатели отмечены в Октябрьском (42,6%), Железнодорожном (40,6%) и Куйбышевском (38,5%) районах г.о.Самара; низкий показатель в Ленинском-Самарском (33,3%), Промышленном (30,3%) и Красноглинском (26,3%) районах. Самый низкий показатель раннего выявления РЛ в Кировском (26,1%) и Советском (21,2%) районах города.

Выводы. Проведенное исследование показало, что самая высокая заболеваемость РЛ наблюдается в Ленинском и Самарском (46,5 на 100 тыс. населения) и Кировском районе (41,3 на 100 тыс. населения). По показателям смертности от ЗНО легких Ленинский-Самарский район занимает первое место по городу – 28,8 на 100 тыс. населения.

Показатель смертности косвенным образом отражает качество проведения мероприятий по ранней диагностике ЗНО. Наиболее высокие показатели смертности регистрируются в тех районах города, где менее всего зарегистрировано пациентов с 1 и 2 стадией РЛ (Советский, Кировский, Красноглинский). Одним из инструментов, способствующим выявлению онкологической патологии на ранних стадиях является диспансеризация взрослого населения. Учитывая значимость для прогноза жизни и здоровья, следует повысить качество диспансеризации взрослого населения в Кировском, Советском и Красноглинском районах г.о. Самара, с обязательным проведением санитарно-просветительской работы и распространением печатной продукции по профилактике и ранней диагностики РЛ.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОТЕРАПИИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ

Крестина К.О., Каганов О.И., Косталанова Ю.В., Верховодова К.С.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет МЗ РФ»

Актуальность. Заболеваемость раком почки в Самарской области за 2018г составляет 19,4 на 100 тыс. населения, за 2019г - 17,0 на 100 тыс. населения, за 2020г - 18,2 на 100 тыс. населения , за 2021г 17,0 на 100 тыс. населения. Смертность за 2018 г. 4,9 на 100 тыс. населения, за 2019г - 5,4 на 100 тыс. населения, за 2020 год - 6,0 на 100 тыс. населения, за 2021г- 5,5 на 100 тыс. населения.

Цель исследования. Публикация клинического наблюдения иммунотерапии метастатического рака почки

Результаты исследования. Больной П., 42 года, впервые обратился в ЛПУ по месту жительства в январе 2018г. с жалобами на общую слабость. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости была выявлена опухоль правой почки. В январе 2018г. при компьютерной томографии почек, брюшной и грудной полостей с контрастным усилением выявлена опухоль правой почки размерами 61.1х60 мм с метастазами в теле, медиальной ножке правого надпочечника до 12 мм в диаметре и в обоих легких в количестве более 5 очагов максимальным диаметром до 7 мм. В феврале 2018г. выполнена паллиативная нефрадреналэктомия справа. Гистологическое заключение: Почечно-клеточный рак, светлоклеточный вариант G2 с инвазией в паранефральную клетчатку. Надпоченик, выделенные лимфатические узлы без опухолевого роста. С февраля 2018г. пациент получал иммунотерапию интерфероном -альфа 2а - 6 млн. ед. 3 раза в неделю. По данным компьютерной томографии от апреля 2018 по КТ-картине нельзя полностью исключить mts легких. С апреля 2018г. добавлена терапия бевацизумабом 10 мг/кг в 1-й день, цикл 21 день. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки от июля 2018г. – отмечается увеличение очаговых образований в легких, максимальный размер 8,5*5 мм. С июля 2018г. по февраль 2019г. пациент получал таргетную терапию препаратом сунитиниб – 50 мг в сутки внутрь в течение 28 дней, цикл 42 дня. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки от февраля 2019г. – отмечается увеличение очаговых образований в легких, максимальный размер 14*11мм. С марта 2019г. по май 2019г. пациент получал таргетную терапию препаратом эверолимус – 10мг в сутки внутрь ежедневно. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки от мая 2019г. – отмечается уменьшение размеров метастазов в легких, максимальный размер 11*9 мм. Метастазы в медиастинальные и бронхопульмональные лимфатические узлы, максимальный размер 29*18мм (лимфатический узел в корне легкого справа). С июня 2019г. пациент получал таргетную терапию препаратом темсиролимус – 25 мг в 1-й день, цикл 7 дней. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки от августа 2019г. - Сохраняются описанные ранее очаговые образования в легких. Отмечается увеличение размеров и количества метастатических медиастинальных и бронхопульмональных лимфатических узлов, максимальный размер 32*22,5 мм (лимфатический узел в корне легкого справа). Метастазы в надключичные лимфатические узлы справа, максимальный размер до 21*15 мм. С августа 2019г. пациент получал терапию препаратом ниволумаб - 480 мг внутривенно в 1-й день, цикл 28 дней. По результатам контрольных обследований отмечалась положительная динамика. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки от мая 2022г. данных за метастазы в легкие не получено. В корне справа сохраняется единичный крупный лимфатический узел размерами до 16*9мм. Другие медиастинальные и бронхопульмональные лимфоузлы не увеличены. В правой надключичной области лимфатические узлы размерами до 8 мм. По критериям Recist - полный ответ (исчезновение всех очагов, диаметр любого из ранее увеличенных лимфатических узлов по короткой оси менее 10 мм). По данным компьютерной томографии органов грудной клетки от июля 2022г. – по критериям Recist - полный ответ стабилизация заболевания. Проведена ВК от 04.08.2022. Учитывая стабилизацию заболевания, показана

терапия по схеме авелумаб + акситиниб. С 05.08.2022г. пациент получает терапию препаратом авелумаб 800 мг внутривенно в 1-й день и акситиниб 10 г ежедневно, цикл 14 дней (4 цикла).

Выводы. Иммунотерапия при метастатическом почечно-клеточном раке является эффективным методом лечения, который обеспечивает длительный контроль течения заболевания.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ДЕТСКИХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЛАГЕРЯХ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Крестьянская А.Е., Хмара Э.Ю., Козлова О.А., Золотарева Т.Г.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Одной из основных задач государства в воспитании и развитии подрастающего поколения является формирование у них здорового образа жизни. Национальный интерес в этой сфере проявляется ещё до рождения ребенка в виде поддержки будущих мам, в помощи роженицам и молодым семьям. Чем раньше ребенок видит положительный пример в семье и обществе, тем быстрее усваивает правила здорового образа жизни. Отделение медицинской профилактики ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» с 2010 года при поддержке департамента образования администрации г.о. Самара проводит активную санитарно-просветительскую и профилактическую работу среди учащихся общеобразовательных учреждений. С 2014 года сотрудники отделения медицинской профилактики сотрудничают с детскими оздоровительными лагерями Самарской области.

Материалы и метод. В перечень нормативных правовых актов, регулирующих организацию отдыха и оздоровления детей, входят Приказ Министерства образования и науки РФ от 13.07.2017 №656 «Об утверждении примерных положений об организациях отдыха детей и их оздоровления», Приказ Министерства социально-демократической и семейной политики Самарской области от 28.12.2021 №836 «Об утверждении административного регламента министерства социально-демократической и семейной политики Самарской области по предоставлению государственной услуги «Организация отдыха и оздоровления детей, проживающих в Самарской области, в том числе детей, находящихся в трудной жизненной ситуации». В связи с этим повышается актуальность профилактической работы с подрастающим поколением в детских оздоровительных лагерях (ДОЛ).

Цель профилактической работы в ДОЛ - не только помочь подросткам осознать, какое пагубное влияние на здоровье могут оказать курение, употребление спиртных напитков, неправильное питание, низкая физическая активность, но и объяснить о всех преимуществах здорового образа жизни. Основными формами работы являются лекции, беседы, дискуссии, обучение практическим навыкам, распространение красочных буклетов, брошюр («Твоё здоровье в твоих руках!», «Принципы рационального питания» и др.). Кроме этого используются новые методики в виде презентаций на темы «Здоровый образ жизни - шаг в здоровое будущее!», «Загар красив, но опасен!», квест-игра «Здоровым быть здорово!». В течение последних пяти лет число мероприятий в детских оздоровительных лагерях и количество слушателей значительно увеличилось. Профилактическая работа проводилась в 18 детских оздоровительных лагерях Самарской области. В 2022 году охват детской аудитории составил 1298 человек. Сотрудники отделения медицинской профилактики посетили такие детские оздоровительные лагеря г.о. Самара и Самарской области, как «Волжанка», «Волжский Артек», «Россия», «Космос - 2», «Лесной» и другие. После введения новых форм профилактической работы дети стали более заинтересованно участвовать в мероприятиях, активно выполняют задания игры, задают вопросы по темам, обсуждают коллективно задания и находят правильные ответы. Особенно детям нравятся квест-игры на свежем воздухе.

Выводы. Формирование здорового образа жизни является важной задачей, не только педагогов, но и медицинских работников. Вопросы пропаганды здорового образа жизни и профилактики злокачественных новообразований, среди подрастающего поколения имеют высокую социальную значимость. От того насколько рано детям начать прививать здоровый образ жизни зависит не только их здоровье, но и здоровье и будущее всей нации в целом. Таким образом, работа отделения медицинской профилактики с подрастающим поколением является одним из приоритетных направлений в профилактической деятельности ГБУЗ «Самарского областного клинического онкологического диспансера».

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ КРР В ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГБУЗ СОКОД ЗА 2016-2021 ГГ..

Круглова И.И., Кузнецова Р.Н., Джарар М.М.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Колоректальный рак в России продолжает занимать третье место среди всех злокачественных заболеваний, при этом частота выявленных ранних форм КРР составляет не более 30% от всех новых случаев за год. В соответствии с клиническими рекомендациями эндоскопическое лечение возможно в случае выявления аденокарциномы с инвазией в пределах слизистой оболочки с низкой или высокой степенью дифференцировки.

Цель исследования. Изучить результаты эндохирургического лечения пациентов с ранними формами колоректального рака в ГБУЗ СОКОД.

Материалы и метод. Наш анализ основан на данных эндоскопического обследования и лечения пациентов за период 2016-2021 гг. на базе эндоскопического отделения ГБУЗ СОКОД. В него включены пациенты, у которых выполнено эндоскопическое удаление опухоли толстой кишки и проведено, как минимум, одно контрольное эндоскопическое исследование. Все оперативные вмешательства проводились на видеоэндоскопических системах EVIS EXERA III фирмы «OLYMPUS». Визуальный осмотр выполнялся колоноскопами CF- H180AL, CF- H170L и CF- H190L, в том числе с использованием узкоспектрального света. Для проведения оперативного вмешательства использовался электрохирургический блок ERBE 200.

Результаты исследования. За пять лет в отделении эндоскопии ГБУЗ СОКОД эндохирургическое лечение с диагнозом колоректальный рак (TisN0M0, T1N0M0) прошли 109 пациентов. Из них у 38,5 % (42 человека) опухоль находилась в прямой, а у 61,5% (67 человек) - в ободочной кишке. В 28 % случаев в предоперационной гистологии найденного эпителиального образования очагов аденокарциномы выявлено не было.

Всем пациентам была выполнена эндоскопическая резекция слизистой оболочки фрагментами или единым блоком с опухолью толстой кишки. Первый контроль проводился через 2 месяца. У 98 (90 %) в зоне удаленной опухоли выявлено пострезекционный рубец без признаков опухолевого роста. Продолженный рост диагностирован у 11 человек (10%). В большинстве случаев (93%) при рецидиве глубина инвазии по результатам послеоперационной морфологической верификации составляла уровень 3-4 по Haggitt для образований на ножке и sm 2-3 по Kikuchi для образований на широком основании.

Осложнения были диагностированы у пяти пациентов: два интраоперационных кровотечения (гемостаз был достигнут эндоскопическими способами) и три отсроченных перфорации стенки кишки (выполнено хирургическое лечение).

Выводы. Таким образом, эндоскопическая резекция слизистой оболочки, является эффективным и относительно безопасными методом удаления ранних форм рака толстой кишки. Для сведения к минимуму случаев продолженного роста и осложнений необходима детальная предоперационная уточняющая диагностика и оценка глубины инвазии с использованием узкоспектральных методов исследования, а также проведение предварительного лифтинга.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Кузьмин В.П., Родионова В.А., Васильева М.С., Тысячнова А.С., Балькина К.В., Кузнецова К.В., Шебонкина Д.А., Соснова Ю.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П.Полякова»

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Диагностика сердечной недостаточности (СН) с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) остается сложной задачей. Из-за ограниченных возможностей лечения этого широко распространенного синдрома основное внимание в рекомендациях направлено на выявление и лечение основных сопутствующих заболеваний, а также на уменьшение тяжести симптомов.

Цель исследования. Оценить результаты диагностического обследования онкологических больных с необъяснимой одышкой, с СНсФВ, направленных в специализированную поликлинику кардиологического профиля.По данным КТ – без торакальной онкопатологии.

Материалы и метод. Анализ пациентов проводился с с 2019 года.по 2021 год. Применялись следующие методики: тест 6 минутной ходьбы, суточное холтеровское мониторирование, анализы крови, включая натрий -уретический пептид (NT pro BNP), сывороточное железо, ферритин, общий анализ мочи, функция внешнего дыхания. Диагноз СНсФВ был поставлен в соответствии с рекомендациями ESC 2021 года.

Результаты исследования. Этот предварительный анализ включает 211 больных, у которых были доступны данные полного систематического диагностического обследования. Медиана возраста составила 74 [68-79] лет, 35% мужчин, 65% женщин. СНсФВ диагностирована у 140 (66%) больных, отсутствие сердечной недостаточности у 37 (18,%) больных, а у остальных 34 (16%) больных диагностированы другие формы сердечной недостаточности (в т.ч. умеренно сниженная и восстановленная фракция выброса). Важно отметить , что в группе больных с СНсФВ уровень натрий-уретического пептида (NTproBNP) был повышен у 135 человек (96%) . Сопутствующие заболевания, связанные с одышкой, были распространены во всех трех группах, как указано в таблице 1, что указывает на то, что ограничивающие факторы не ограничиваются только СН. Из этих сопутствующих заболеваний легочные заболевания, ожирение и дефицит железа были наиболее распространены при СН с ФВ. Более детальное обследование в первую очередь привела к новым диагнозам апноэ во сне (СОАС) и скрытого дефицита железа во всех трех группах.

Табл. 1 Характеристика пациентов, включенных в исследование

		СНсФВ (n=140)	Другая СН (n=34)	Нет ХСН (т=37)
Ранее поставленный диагноз	Ожирение	47(34%)	12(35%)	13 (35%)
	Нарушения ритма (ФП, ТП, предсердные эктопические тахикардии)	28(20%)	7 (21%)	2 (5%)
	СОАС	38(27%)	9(27%)	10(27%)
	Анемии	15(11%)	3(9%)	3 (8%)
	Скрытый дефицит железа	52(37%)	13(38%)	10(27%)
	Дисфункция синусового узла	11 (8%)	1(3%)	2 (5%)

Вновь поставленный				
	Обструктивные или рестриктивные болезни легких	9(6%)	2(6%)	2 (5%)
	СОАС	42 (30%)	10(30%)	10(27%)
	Анемии	2 (1%)	1(3%)	0 (0%)
	Скрытый дефицит железа	49 35%)	13(38%)	8(22%)
	Нарушения ритма (ФП, ТП)	10(7%)	1(3%)	2(5%)

Выводы. Пациенты, направленные на систематическое обследование по поводу необъяснимой одышки и подозрения на СНсФВ, имеют множественные сопутствующие заболевания, связанные с симптомами одышки. Апноэ во сне и дефицит железа обычно диагностируются впервые и дают терапевтические возможности для облегчения симптомов. Будущие исследования необходимы для оценки и оптимизации диагностической работы с пациентами с СНсФВ.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Логинова Ю.Г., Каганов О.И., Морятов А.А.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет МЗ РФ»

Актуальность. Лечения фоновых и предраковых заболеваний женских половых органов обусловлена высокой частотой данных заболеваний в структуре гинекологической патологии у молодых женщин, существенно нарушающих репродуктивную функцию, значительной степенью вероятности злокачественного перерождения. Среди современных методов ранней диагностики, лечения фоновых и предраковых заболеваний в гинекологии наиболее перспективным считается методы флуоресцентной диагностики (ФД) и фотодинамической терапии (ФДТ) [1]. Возрастающее внимание гинекологов и онкогинекологов к ФДТ связано с необходимостью расширения вариантов органосохранного лечения, что крайне актуально ввиду неуклонного роста на протяжении последних двух десятилетий заболеваемости раком шейки матки (5,2% среди ЗНО у женщин России) [2], вульвы и влагалища молодых женщин. ФДТ отвечает основным характеристикам органосберегающего лечения: эффективность при данной патологии, частота рецидивов после лечения, переносимость (минимум побочных эффектов) и простота выполнения процедур [3].

Цель исследования: изучение эффективности метода фотодинамической терапии в лечении предраковых состояний и фоновых процессов женских наружных половых органов.

Материалы и метод. В период с 2016 по 2021 годы в ГБУЗ СОКОД проведена фотодинамическая терапия (ФДТ) 70 пациенткам: 28 - лейкоплакия вульвы; 26 — CIN3 (цервикальная интраэпителиальная неоплазия 3 степени) + рак шейки матки in situ; 9 — CIN 1–2; 3 - эндоцервикоз шейки матки + CIN 2; 2 — с лейкоплакией шейки матки; 2 - лейкоплакия влагалища, из них 18 человек проходило процедуру повторно. У 12 пациенток был диагностирован ВПЧ. Основным методом лечения являлась ФДТ. На поврежденные ткани местно применялся фотосенсибилизатор, который накапливался в опухоли. Затем данный участок с помощью малогабаритного диодного лазера АЛДХ/2,5-0,1 - «Кристалл» (Россия) облучали светом определенной длины (630 нм). Поля облучения превышали границы патологических изменений на 1 см. Плотность энергии лазерного излучения составляла 150-200 Дж/см2, плотность мощности - 150-250 мВт/см2. Цервикальный канал облучался с помощью кварцевого световода с цилиндрическим диффузором длиной 1-3 см, влагалищная часть шейки матки - микролинзой с диаметром светового пятна от 0,1 до 2,0 см. Во время проведения ФДТ независимо от размера поля облучения и плотности мощности лазерного излучения анестезия не проводилась ввиду отсутствия болевого синдрома.

Результаты исследования. Критериями оценки результатов метода являлись данные кольпоскопии и цитологического исследования, которые свидетельствовали о полной клинической ремиссии после ФДТ у 31 пациенток с лейкоплакией. У 1 пациентки с лейкоплакией вульвы констатирована прогрессия через 2 года. При системном использовании данного метода у пациенток с заболеваниями шейки матки выздоровление констатировано у 38 больных, у 2 выявлен рецидив через год. При проведении ФДТ не зарегистрировано осложнений или побочных эффектов.

Выводы. Фотодинамическая терапия является органосохраняющим методом лечения. Выбор оптимальных комбинаций ФС, источников света и параметров лечения имеет решающее значение для успешного проведения ФДТ Применение фотодинамической терапии в современной онкологии – это эффективный, безопасный, щадящий подход к лечению фоновых и предраковых заболеваний.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАПНОГРАФИИ В ОРИТ

Лозовая С.В., Вишняков В.А., Тимирбулатов Т.Ш.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Капнография – метод инструментального мониторинга, который заключается в измерении концентрации углекислого газа на вдохе и на выдохе. Принцип метода состоит в измерении концентрации углекислого газа посредством использования инфракрасного излучения, которое углекислый газ поглощает в ограниченном спектре. Повышение концентрации углекислого газа на выдохе отмечается при гипертермии, гипердинамической стадии септического шока, а также при гиповентиляции. Резкое повышение концентрации углекислого газа на выдохе до знацительных цифр может быть сигналом развития у пациента злокачественной гипертермии.

Снижение концентрации углекислого газа на выдохе отмечается при гипервентиляции, нарушении вентиляционно-перфузионных отношений, нарушениях гемодинамики. Резкое падение концентрации может свидетельствовать о резком падении сердечного выброса (например, остановка сердца).

Цель исследования. В норме у пациента с достаточным сердечным выбросом и без нарушений вертиляционно-перфузионных отношений в легких на выдохе определяется определенная концентрация углекислого газа. Этот факт предложен к использованию для повышения безопасности и контроля пациентов, находящихся под седацией. Исследование было проведено чтобы определить имеет ли значение добавление капнографии к стандартному мониторингу.

Материалы и метод. Нами пролечено 47 пациентов, поделенных на две группы. У 33 больных (основная группа) к стандартному мониторингу была добавлена капнография и капнометрия и коррекция параметров ВВЛ проводилась согласно этим данным. 14 больных (контрольная группа) получали респираторную поддержку без учета данных капнографа. Группы были сопостовимы по полу, возрасту, патологии.

С нашей реаниматологической точки зрения оценивалось влияние CO2 на тонус сосудов, участие CO2 в регуляции КОС в качестве одного из основных буферов, напряжение CO2 как показатель эффективности и правильности вентиляции.

Результаты исследования. В настоящее время капнография является одним из наиболее распространенных и важных видов мониторинга. В анестезиологической практике этот метод уже давно является стандартом. Вместе с тем, использование мониторинга концентрации углекислого газа на выдохе пока не получило должного распространения в палатах интенсивной терапии. В нашем исследовании в основной группе мы получили видимые результаты преимуществ вентиляции легких с мониторингом CO2. В 69% случаев удалось избежать излишней агрессивности ИВЛ и сократить ее длительность на 15%. В 24% случаев в той же основной группе удалось вовремя распознать и соответственно нивелировать последствия миграции трубки и однолегочной вентиляции. И в 6% случаев был проведен рекрутмент альвеол, опираясь на показатели капнографии. Таким образом нами выявлена лучшая эффективность и меньшая продолжительность проведения ВВЛ на 23% в основной группе по сравнению с контрольной. И соответственно сократилось время пребывания пациента в ОРиИТ на 11%.

Выводы. Самый частый повод для капнографии – проведение вентиляции легких. При этом основная цель - контроль и коррекция минутного объема вентиляции, который поддерживал бы ETCO2 на заданном нормальном уровне. Навигация в параметрах ИВЛ значительно облегчается когда постоянно виден один из главных ориентиров – уровень ETCO2. Также этот метод мониторинга позволяет избежать и решить разнообразные проблемы – как клинические, так и технические, возникающие в связи с переводом больного на ИВЛ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ В ОРИТ

Лозовая С.В., Исхакова Г.Н., Меркулова С.М., Айбетова Э.Р.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Хирургические вмешательства приводят к стрессовым реакциям в организме, проявляющимся высвобождением гормонов (адреналина и норадреналина). Операционный стресс может привести к серьезным нежелательным событиям – ишемия миокарда и инфаркт, острое нарушение мозгового кровообращения (с тем или иным дефицитом), различные виды аритмий. До 8 % людей пациентов могут получать кардиологические осложнения.

Цель исследования: разработка целесообразной тактики, направленную на снижение риска сердечно-сосудистых осложнений в периоперационном периоде, обеспечивающая нейрогуморальную блокаду симпатоадреналовой системы.

Материалы и метод. Активация симпатоадреналовой системы на фоне болевого синдрома приводит к экстренной секреции катехоламинов. В тяжелых случаях при сильно выраженной боли на протяжении длительного времени наступает истощение адаптивно-компесаторных реакций организма, что обусловливает увеличение частоты сердечных сокращений и повышение потребления кислорода миокардом. Стресс вследствие хирургического вмешательства и анестезии вызывает или усугубляет ишемию миокарда (дисбаланс между потребностью и доставкой кислорода).

С увеличением пула больных пожилого и старческого возраста риск развития кардиальных осложнений в периоперационном периоде повышается, отмечается наличие у пациентов комплекса клинических ассоциированных состояний со стороны сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной систем, органов дыхания, пищеварения.

Бета-блокаторы – это средства, блокирующие действие адреналина и норадреналина на сердечную мышцу; что может снизить риск серьезных осложнений. Профилактика интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений имеет важное значение и использование бета-блокаторов для их предотвращения является важным.

Нами проведено лечение 123 больных с сопутствующим диагнозом ИБС, нарушение ритма или ХСН в периоперационном периоде с различными видами оперативных некоронарных вмешательств. У 85 больных (основная группа) были применены (или продолжен прием назначенных ранее) бетаблокаторы в плане предоперационной подготовке, интраоперационно с продолжением их приема в послеоперационном периоде с коррекцией дозы до достижения целевого уровня ЧСС (50 – 70 уд\мин). Вторая группа - 38 пациентов (контрольная группа) с сопутствующим диагнозом ИБС бетаблокаторы не получали. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующему диагнозу и объему и травматичности оперативного вмешательства.

Результаты исследования. В практике нашего отделения мы работаем с двумя видами бета-блокаторов: бисопролол и метапролол. Для наших больных мы продолжаем терапию бета-блокаторами в предоперационном периоде больным, получавшим их ранее по поводу ИБС, нарушений ритма, хронической сердечной недостаточности, артериальной гипертензии. Особое внимание обращено нами на подбор дозы бета-блокатора с заблоговременным началом приема до операции, постепенное достижение целевой дозы (ЧСС 50 – 70 ударов в минуту) и продолжение терапии, включая день операции и после нее.

Такая тактика явилась результатом коллективного труда и плана разработанного совместными усилиями реаниматологов, анестезиологов, терапевтов и кардиологов нашего стационара. Всем нашим пациентам с высоким и умеренным сердечно-сосудистым риском назначен бисопролол или метапролол по согласованию с терапевтами и кардиологами или продолжен прием препарата (если его принимали ранее). Дозу бетаблокатора в предоперационном периоде увеличивали постепенно до достижения ЧСС 50 – 70 ударов в минуту. Терапию продолжаем в день операции и после нее.

Статистический анализ, проведенный нами, устанавливает, что риск развития ишемии и инфаркта миокарда в послеоперационном периоде достоверно снижается (до 25 %).

Выводы. Необходим индивидуальный подход к показаниям и контроль над эффективностью назначения препаратов данной группы. Несмотря на свой протективный эффект, бета-блокаторы недостаточно часто назначаются больным с факторами риска ИБС, которым планируется оперативное вмешательство. Причиной скорее является недооценка пользы профилактики данной группой средств или невозможность пересмотра имеющейся клинической практики.

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАТИВНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Лужнова Т.П., Фролкина Л.Е., Стойка М.П.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. За последние 10 лет в Российской Федерации распространённость злокачественных заболеваний прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса растёт, в 2021 году этот показатель был 121,1 на 100 тыс. населения . В ГБУЗ СОКОД также отмечается тенденция к росту, исключением является 2020 год, обусловленный снижением потока пациентов из-за пандемии COVID-19.

Цель исследования - проанализировать, в каких случаях (толщина и протяженность изменённой стенки) злокачественный процесс в прямой кишке можно дифференцировать при ультразвуковом исследовании (УЗИ).

Материал и методы. для анализа взята случайная выборка 38 пациентов, с впервые выявленным раком прямой кишки, обратившихся в онкодиспансер в 2021 году. Средний возраст составил 66,5 лет (от 41 до 83 лет), женщин 14, мужчин 24. Все пациенты осмотрены онкологом, выполнено УЗИ брюшной полости (некоторым пациентам УЗИ малого таза, трансректально мужчинам и трансвагинально женщинам), фиброколоноскопия (ФКС) с биопсией и последующим гистологическим исследованием, 3 пациентам выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) малого таза. Пациенты получили лечение в СОКОД, 27 из них прооперированы, остальным проведена лучевая терапия.

Результаты исследования. На основании выполненных исследований опухоль Т1 выявлена у 2 пациентов (5,3%) – при УЗИ патологических изменений стенки не выявлено; Т2 у 13 пациентов (34,2%) – из них почти в трети случаев (30,8%) – при УЗИ обнаружены изменения стенки кишки с характерным ультразвуковым признаком «синдром поражения полого органа»; Т3 у 16 пациентов (42,1%) – из них изменения на УЗИ обнаружены у 1 пациента (6,25%); Т4 у 7 пациентов (18,4%) – из них изменения на УЗИ у 2 пациентов (28,6%). Учитывая анатомическое расположение прямой кишки, наиболее адекватный акустический доступ для УЗИ обеспечивается при исследовании трансвагинально или трансректально, у пациентов с отсутствием лишнего веса и небольшой толщиной передней брюшной стенки осмотр проксимальных отделов прямой кишки возможен трансабдоминально при наполненном мочевом пузыре и отсутствии метеоризма. Как показывает анализ данной группы пациентов изменения стенки прямой кишки дифференцируются уже при распространении опухоли до мышечного слоя (Т2). При инвазии опухоли до серозы и за пределы стенки кишки (Т3, Т4) при УЗИ оценивается вовлечение в патологический процесс смежных органов и структур малого таза.

Выводы. Ведущим симптомом у пациентов с раком прямой кишки в анализируемой группе было наличие крови в стуле и это является показанием к ультразвуковому исследованию органов брюшной полости, а дополнительный осмотр прямой кишки полостным датчиком позволит на догоспитальном этапе оценить наличие патологических изменений и поможет клиницисту в диагностическом поиске. УЗИ не заменяет эндоскопического исследования, но даёт возможность оценить изменения стенки кишки на протяжении уже при прорастании опухоли в мышечный слой, что соответствует опухоли Т2.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПРОЦЕССА В ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Лужнова Т.П., Белохвостикова В.Н., Кузнецова Р.Н., Стариковская М.Д.
.ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак ободочной кишки занимает 5 место среди онкологической патологии в России в 2021 году. Согласно данным Ракового регистра ГБУЗ СОКОД за период 2017-2021 гг. в статистике лидируют 2 и 4 стадии заболевания, что существенно влияет на тактику ведения таких пациентов и прогноз их пятилетней выживаемости.

Цель исследования. На основании анализа историй болезни пациентов с подтверждённым первичным раком ободочной кишки, установить значение ультразвукового исследования в определении стадийности заболевания на догоспитальном этапе в дополнении к данным эндоскопического исследования.

Материал и методы. Для анализа взяты истории болезни 31 пациента, проходивших обследование и лечение в онкодиспансере в 2021 году с диагнозом рак ободочной кишки. Возраст пациентов от 43 до 82 лет (средний возраст 66 лет). Всем выполнено УЗИ брюшной полости, 29 пациентам фиброколоноскопия с биопсией, гистологическое исследование биоптата. 2 пациента дообследованы в онкодиспансере после экстренной операции по поводу непроходимости кишечника с наложением колостомы, им ФКС не проводилась.

Результаты исследования. 1 стадия установлена у 11 пациентов, среди них у 4 (36,4%) изменения стенки выявлены при УЗИ, 2 стадия у 12, среди них при УЗИ изменения у 3 (25%), 3 стадия у 3 - из них изменения при УЗИ видимы у 100% , 4 стадия у 5, визуализация при УЗИ у 3 (60%).

У 43,7% пациентов при ФКС дистальнее опухоли провести фиброколоноскоп не удалось, среди них 2 пациента с 1 стадией, 4 пациента со 2 стадией, 4 – с 3 стадией и 4 с четвертой стадией. В этой же группе ультразвуковые признаки поражения ободочной кишки выявлены в 63% случаев, такие как: неравномерное утолщение стенки, нарушение дифференцировки слоёв, с выходом процесса за серозу, что обуславливает неровный контур кишки при осмотре в В-режиме, наличие изменённых параколических лимфатических узлов или формирование конгломерата изменённой кишки и окружающих органов. Безусловно, ведущая роль ультразвукового исследования принадлежит в поиске отдалённых метастазов, чаще всего в печени.

Утолщение стенок толстой кишки, видимое на УЗИ при колоректальном раке соответствует циркулярной протяженной опухоли, выявляемой при колоноскопии, часто с явлениями частичной толстокишечной непроходимости. В качестве примера можно рассмотреть историю болезни пациента 63 лет, обратившегося с жалобами на головокружение и слабость, при УЗИ по месту жительства заподозрено новообразование толстой кишки. При ФКС на 60 см от ануса выявлена экзофитно растущая опухоль, по всем стенкам, суживающая просвет кишки до 9 мм, проксимальнее колоноскоп провести не удалось, взята биопсия. При УЗИ - в эпигастрии, в проекции поперечно-ободочной кишки отмечается неравномерное циркулярное утолщение стенок до 21 мм протяжённостью примерно 96 мм, наружный контур неровный, окружающие ткани инфильтрированы. Рядом с кишкой, в брыжейке гипоэхогенный лимфатический узел размером 17*14 мм и патологически изменённый лимфатический узел в воротах печени размером 30*14 мм. Гистологическое заключение после исследования биоптата – аденокарцинома.

При этом, безусловно ведущая роль ФКС принадлежит в выявлении ранних форм рака толстой кишки с инвазией до подслизистого слоя, при которых возможно проведение органосохраняющих и функционально-щадящих способов лечения (эндоскопическая резекция слизистой оболочки с опухолью); при трансабдоминальном ультразвуковом исследовании такие изменения достоверно не определяются.

Выводы. Ультразвуковое исследование является важным диагностическим методом не только в диагностике при подозрении на опухоль толстой кишки, но и помогает в определении стадийности процесса, когда фиброколоноскопия в полном объёме ограничена циркулярным ростом опухоли и сужением просвета кишки, независимо от стадии заболевания.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКТРАНОДАЛЬНОЙ ЛИМФОМЫ С ПОРАЖЕНИЕМ ТЕЛА МАТКИ. ОТ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДО ЛЕЧЕНИЯ

Лужнова Т.П., Волкова К.С.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. По статическим данным МНИОИ имени П.А. Герцена и данным ракового регистра Самарской области за 2018-2021 гг. неходжкинские лимфомы составляют менее 2% всех вновь зарегистрированных злокачественных образований. В-клеточная лимфома является наиболее распространенным вариантом лимфопролиферативных заболеваний взрослых (30-40% от всех неходжкинских лимфом). В-клеточная лимфома с экстранодальным поражением матки встречается крайне редко и составляет менее 0,5% всех неходжкинских лимфом.

Цель исследования. Демонстрация редкого клинического случая от первичного обращения по месту жительства до диагностических исследований и назначения специализированного лечения в областном клиническом онкологическом диспансере.

Материал и методы. Проанализирована история болезни пациентки 67 лет, обратившейся в ГБУЗ СОКОД по направлению гинеколога с места жительства. После осмотра онколога-гинеколога назначено ультразвуковое (УЗИ) органов малого таза и брюшной полости, магнитно-резонансная томография (МРТ) малого таза, гистологическое и иммуногистохимическое исследование (ИГХ).

Результаты исследования. Впервые пациентка обратилась к гинекологу по месту жительства с жалобами на выделения из половых путей, до этого не посещала врача 13 лет. Результат обследования на венерические заболевания отрицательный, проведено УЗИ, в результате которого заподозрен рак тела матки. Выполнено раздельное диагностическое выскабливание (РДВ), препараты пересмотрены в ГБУЗ СОКОД. Пациентка направлена в онкодиспансер. При гинекологическом осмотре тело матки увеличено до 5 недель, шаровидное, плотное, подвижное, безболезненное. Инфильтратов в малом тазу не выявлено. Гистологическое заключение: лимфоидная ткань представлена мелкими мономорфными лимфоцитоподобными клетками. Результат ИГХ: иммунофенотип и гистологическое строение В-клеточной лимфомы с экстранодальным поражением.

При УЗИ тело матки 43*44*55 мм, в пределах нормы, строение миометрия изменено с диффузно расположенными зонами сниженной эхогенности и линейными соединительно-тканными структурами. Наружный контур матки ровный, в режиме энергетического Допплера (ЭД) умеренный кровоток. Эндометрий на фоне изменённого миометрия чётко не дифференцируется. В шейке матки участок сниженной эхогенности, в строме яичников диффузно расположенные зоны повышенной эхогенности, которые были расценены как аналогичные описанным изменениям в теле матки. Заключение: Диффузные изменения миометрия, учитывая данные гистологического заключения, эхографическая картина может соответствовать лимфоме. Образование в шейке матки и умеренные диффузные изменения в строме яичников, по структуре идентичные изменённому миометрию, может соответствовать лимфопролиферативному заболеванию.

При МРТ миометрий диффузно неравномерно утолщен до 28 мм, с патологическим уровнем МР-сигнала, с признаками повышения сигнала на постконтрастных сканах и DWI. Эндометрий достоверно не утолщен. Яичники описаны без патологических изменений, в шейке матки достоверно патологических образований не выявлено.

МР-картина tumor тела матки. На основании проведённого обследования поставлен диагноз: С83.9 В-клеточная лимфома CD 20(+) более 80% с экстранодальным поражением тела матки 4 стадия 2 кл.гр. Пациентка получила 3 цикла ПХТ + 3 введения ритуксимаба с положительным эффектом.

Выводы. Своевременно установленный диагноз позволяет избежать нецелесообразного хирургического лечения и выбрать правильную тактику ведения и лечения пациентки, исходя из особенностей иммуногистохимической верификации опухоли с меньшими рисками для пациента.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Лужнова Т.П., Изгарская С.С., Аблекова О.Н.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Согласно статистике распространённость злокачественных заболеваний толстой кишки за последние 10 лет продолжает расти. В большинстве случаев лидирует 4 стадия рака. Удельный вес больных с 1-2 стадиями злокачественных новообразований кишечника, выявленными активно, за последние 3 года снижается.

Цель исследования. Продемонстрировать на клиническом примере возможности ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике рака анального канала на ранней стадии.

Материал и метод. Проанализирована история болезни пациентки, обратившейся в ГБУЗ СОКОД, с жалобами на боли в области ануса, слабость, примесь крови и слизи в кале. Выполнено УЗИ брюшной полости и малого таза (трансабдоминально, трансвагинально), фиброколоноскопия (ФКС) с биопсией и гистологическим исследованием биоптата, магнитно-резонансная томография (МРТ) малого таза с контрастным усилением.

Результаты исследования. При УЗИ малого таза задняя стенка прямой кишки неравномерно утолщена до 11 мм, на протяжении 23 мм, на расстоянии от ануса до 37 мм, дифференцировка слоёв стенки нарушена в пределах слизистого, подслизистого и мышечного слоёв. Органы брюшной полости осмотрены, патологии не выявлено. Заключение УЗИ: эхографические признаки патологических изменений стенки прямой кишки, нельзя исключить рак.

При ФКС в анальном канале, сразу за наружным сфинктером и до аноректальной складки включительно выявлено опухолевое образование, с изъязвлением и плотными бугристыми краями, растущее экзофитно, занимающее половину просвета кишки, распространяющееся по половине окружности анального канала. При щипковой биопсии ткань плотная, фрагментирует, контактно кровоточит. Заключение ФКС: рак анального канала.

Гистологическое заключение: плоскоклеточный неороговевающий рак. При МРТ в анальном канале слева определяется объёмное образование с неровными контурами, с ограничением диффузии и повышением уровня сигнала на постконтрастных сканах, размером 20,5*18 мм – распространяется на внутренний сфинктер. Заключение: МР-картина рака анального канала.

На основании проведённых обследований пациенту поставлен диагноз: Рак анального канала

Выводы. При УЗИ малого таза трансвагинальном или трансректальном (у мужчин) необходимо проводить осмотр смежных органов, что позволит выявить ранние патологические изменения стенки прямой кишки, анального канала и ректосигмоидного отдела ободочной кишки, доступного для визуализации. Также при УЗИ малого таза возможно оценить протяжённость изменений в стенке кишки, степень инвазии в пределах стенки, распространение за серозную оболочку, взаимоотношение с другими органами малого таза. Метод УЗИ является доступным безопасным и практически не имеет противопоказаний для первичного обследования пациентов с жалобами на боли в животе, в области прямой кишки, при наличии патологических примесей в кале.

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА И ОТДАЛЁННЫХ МЕТАСТАЗОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА

Лужнова Т.П., Изгарская С.С.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Постановка точного диагноза на догоспитальном этапе для выбора тактики ведения пациента является целью мультимодальной инструментальной диагностики злокачественного процесса. Наиболее ценна возможность забора материала из самой опухоли и отдалённых метастазов, в данном случае из изменённых периферических лимфатических узлов надключичной зоны, которые выявляются при ультразвуковом исследовании, с целью верификации.

Цель исследования - оценка данных мультимодальной диагностики при подозрении на первичный рак желудка.

Материал и метод. Проведён анализ историй болезни 51 пациента, проходивших обследование по поводу подозрения на рак желудка в 2021 году. Всем пациентам выполнена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости, УЗИ периферических лимфатических узлов надключичной области, фиброгастродуоденоскопия желудка (ФГДС). 11 пациентам выполнено УЗИ брюшной полости, у 5 – ТАПБ (тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия) под контролем УЗИ из надключичных лимфатических улов с последующим цитологическим исследованием.

Результаты исследования. В анализируемой группе отдалённые метастазы (М1) выявлены у 13 пациентов, среди них при УЗИ изменённые надключичные узлы у 5, метастатическое поражение печени у 2, у остальных пациентов (7) метастатическое поражение печени зафиксировано при КТ брюшной полости.

Безусловно ультразвуковому исследованию принадлежит роль выявления метастазов для стадирования М (по системе TNM) и позволяет выявлять метастатическое поражение печени и изменение лимфатических узлов надключичной области, метастазы в яичники, в некоторых случаях определяются увеличенные перигастральные и забрюшинные лимфатические узлы, асцит, а также прорастание опухоли за пределы стенки органа и вовлечение соседних структур – доступно для ультразвуковой визуализации.

В данной группе изменения стенки желудка при УЗИ выявлены у 10 пациентов, среди них стадия Т3 у 7 человек, стадия Т4 у 3.

Выводы. Мультимодальная диагностика в стадировании рака желудка с возможностью забора клеточного материала из изменённых надключичных лимфатических узлов под УЗ-контролем важна на догоспитальном этапе. Кроме того информативность УЗИ брюшной полости в выявлении патологии желудка может иметь значение при обращении пациента с соответствующими жалобами к врачу первичного звена, при отсутствии возможности в краткие сроки выполнить эндоскопическое исследование или КТ брюшной полости.

При этом влияние субъективных и объективных факторов на точность получаемых сведений при УЗИ (особенности телосложения пациента, подготовленность к исследованию, технические характеристики аппаратуры и опыт врача) – определяет сложности ультразвуковой диагностики и интерпретацию полученных данных.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Махонин А.А., Байриков И.М., Гришаева М.С., Керосиров А.П.,
Осокин О.В., Березовская С.С.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В настоящее время врачам-стоматологам на приеме часто приходится наблюдать пациентов с различными заболеваниями слюнных желез, большая часть из которых относится к заболеваниям воспалительного происхождения. Однако есть категория пациентов, имеющих заболевания слюнных желез неопластического характера. В большинстве случаев, данные пациенты впервые обращаются к врачам поликлиники: стоматологам, оториноларингологам, хирургам и т.д. Исходя из этого, специалисты преимущественно первичного звена должны проявить онкологическую настороженность и своевременно направить пациента на консультацию к врачу-онкологу. Новообразования слюнных желез составляют 1–5 % среди всех злокачественных опухолей и 3 % среди опухолей головы и шеи.

Цель исследования. Разработать алгоритм действий врача-стоматолога при подозрении на онкопатологию слюнных желез согласно клиническим рекомендациям.

Материалы и метод. Проведен анализ медицинской документации 3 пациентов с новообразованиями околоушных слюнных желез (медицинские карты и истории болезни).

Пациентка Б., 69 лет. Из анамнеза известно, что с жалобами на возникновение припухлости в правой поднижнечелюстной области справа обратилась к врачу-стоматологу. Установлен диагноз: Сиалоаденит. Назначена консервативная терапия. В связи с отсутствием положительной динамики госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии Тольяттинской городской больницы, где выполнена операция Вскрытие и дренирование абсцесса правой околоушной слюнной железы, далее Удаление новообразования. Гистологическое заключение: карцинома G2. Направлена в ГБУЗ СОКОД. Установлен диагноз: Рак правой околоушной слюнной железы pT1N0M0, I стадия, удаление опухоли 14.06.2022, нерадикальная операция, 2 клиническая группа. Проведено оперативное лечение в отделении Опухолей головы и шеи: Паротидэктомия справа без сохранения ветвей лицевого нерва. При гистологическом исследовании удаленного препарата: эпителиально-миоэпителиальная карцинома слюнной железы. Лимфатические узлы без метастатического поражения. Послеоперационных ранних или поздних осложнений не наблюдалось.

Пациент С, 69 лет. Из анамнеза: в 2020г. в Самарской областной больнице было выполнено Удаление новообразования правой околоушной слюнной железы, нерадикальная операция. С течением времени отметил рост образования правой околоушной слюнной железы. Направлен в ГБУЗ СОКОД. Установлен диагноз*:* Рак правой околоушной слюнной железы cT3N0M1 (легкие), IVc стадия, операция 2020г, 2 клиническая группа. Выполнено хирургическое вмешательство в отделении Опухолей головы и шеи: Комбинированная экстирпация правой околоушной слюнной железы без сохранения ветвей лицевого нерва. Надомохиедальная шейная диссекция справа. Гистологическое заключение: Аденоид-кистозная карцинома правой слюнной железы. Лимфатические узлы без метастатического поражения. Пациент выписан через 3 недели в удовлетворительном состоянии. Затем направлен на послеоперационную химиотерапию.

Пациентка Д., 64 года. Из анамнеза: с жалобами обратилась в ГБУЗ СОКОД, обследована, установлен диагноз: Хронический околоушный сиалоаденит. Госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии Самарской областной больницы, выполнена операция Удаление новообразования правой околоушной слюнной железы. Гистологическое заключение: фрагменты фиброзно-гиалинизированной ткани с единичными очагами карциномы, преимущественно солидного строения, с некрозами. Направлена в СОКОД. Дообследована, установлен диагноз: Рак правой околоушной слюнной железы cTxN0M0. Операция 29.07.21

нерадикальное удаление опухоли. Произведено хирургическое вмешательство: Расширенно комбинированная экстирпация правой околоушной слюнной железы с реконструктивно-пластическим компонентом. Селективная шейная диссекция справа 1б-3 уровней. По данным гистологии: протоковая аденокарцинома G2, инвазия за капсулу железы. Лимфатические узлы без метастатического поражения. Пациентка была выписана через 3 недели в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Тщательное обследование больного должно позволить врачу-стоматологу с высокой точностью дифференцировать опухолевые и неопухолевые поражения слюнных желез, улучшить маршрутизацию, и, тем самым, выбрать верную тактику лечения. При выявлении воспалительных процессов лечение, как правило, может проводиться по месту жительства пациента в амбулаторном кабинете, либо в челюстно-лицевом стационаре. При подозрении на онкологический процесс незамедлительно направить пациента к врачу-онкологу. С этой целью врачам первичного звена, в частности врачам-стоматологам, необходимо знать и придерживаться алгоритма обследования больных с заболеваниями слюнных желез, маршрутизировать пациента к специалисту необходимого профиля.

СИСТЕМЫ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ЛЕГКИХ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В СКРИНИНГЕ РАКА ЛЕГКОГО

Мелдо А.А.[1], Требушенков А.Ю.[2]
БУЗ «СПбКНпЦСВМП(о)», Санкт-Петербург
Европейский медицинский центр, Москва

Актуальность. Рак легкого (РЛ) занимает лидирующую позицию в структуре онкологической заболеваемости и смертности на протяжении многих лет. В России отмечается региональный градиент заболеваемости и смертности от РЛ, смертность более 60 на 100 000 населения отмечается в 23 регионах (Трофимова Т.Н. и соавт. 2015). Актуальность скрининга РЛ обусловлена перспективой снижения смертности от РЛ. Эффективность скрининга РЛ методом низкодозовой компьютерной томографии (НДКТ) подтверждена несколькими крупными исследованиями мира. Первый проект по скринингу РЛ В РФ («Московский скрининг») внес вклад в снижение смертности от злокачественных новообразований (ЗНО) легких, увеличив показатель ранней выявляемости РЛ с 28,5% до 40,3% (Морозов С. П., Кузьмина Е. С., Ветшева Н. Н. и соавт. 2019). Использование диагностических систем искусственного интеллекта (ИИ) является одним из путей обработки потокового количества данных, что может иметь особое значение в условиях кадрового дефицита (Мелдо А.А. 2022).

Цель исследования. Отразить эффективность систем ИИ при выявлении очаговых образований в легких, в частности периферического рака легкого.

Материалы и метод. Интеллектуальная автоматизированная система диагностики (ИАСД) рака легкого Doctor AIzimov разработана Санкт-Петербургским политехническим университетом Петра Великого. Обучение ИАСД осуществлялось на материале открытых баз данных (БД) LIDC, LUNA-16, а также на данных специализированного онкологического учреждения (зарегистрированная БД LIRA), общее количество 2456 серий КТ грудной клетки. Радиомный анализ включал в себя представление признаков по критериям формы, структуры, перифокальной легочной ткани с построением совокупности гистограмм. На этапе валидации были поставлены две задачи: 1 - определить способность системы выявлять любые очаги в легких, 2 – определить эффективность ИАСД в дифференциальной диагностике РЛ (по модели «рак/не рак»). Для классификации использовалась трехканальная модель, включающая несколько методов машинного обучения, в том числе сиамские нейронные сети.

Система ИИ RADLogics CT Nodules обучена на данных публичных датасетов LUNA, LNDb, NSCLC-Radiomics, MoscowRadiology-CTLungsCa-500, всего 3918 серий КТ грудной клетки, в том числе КТ пациентов, имеющих очаги на фоне инфильтративных изменений (COVID-19). Для цифрового представления признаков применялись методы текстурного анализа. Классификация основывалась на сверточных нейронных сетях Unet, Dense-net, Resnet. Целевые валидационные показатели включают выявление очагов в легких, классификацию выявленных очагов по LungRADS, автоматический расчет времени удвоения на основании определения индекса злокачественности.

Результаты исследования. Показатели информативности ИАСД Doctor AIzimov в выявлении очаговых образований в легких по сравнению с одним врачом-рентгенологом: чувствительность 97,6%, специфичность 78,4%, точность 93,8%. Ретроспективный анализ ошибок ИАСД и врача был основой для расчета информативности системы «врач+ИАСД», которая увеличилась в показателе чувствительности на 0,7%, специфичности на 4,5%, точности на 1,3%. В дифференциальной диагностике РЛ информативность ИАСД зависела от количества данных в обучающей выборке.

ИАСД RADLogics CT Nodules тестировалась на выборках КТ с традиционными уровнями вольтажа и mAs трубки, а также на выборке НДКТ, что является преимуществом для использования при скрининге. Показатели информативности на эталонном датасете: чувствительность 86%, специфичность 89%, точность 87%. В рамках эксперимента

оптимальный рабочий порог выбирался таким образом, чтобы увеличить чувствительность до 92% с существенной потерей значения специфичности, но при которой возможно выполнение таких клинических задач как максимальное снижение ложнонегативных результатов.

Обсуждение: Показатели информативности ИАСД не позволяют использовать их в автономном режиме, но демонстрируют возможность их использования в качестве дополнительного инструмента. При этом, алгоритм ИИ, выявляющий любые очаговые образования в легких, может быть минимальной и достаточной опцией, используемой для скрининговых программ. Алгоритм ИИ с чувствительностью более 90%, с улучшающимися показателями информативности в результате постоянного дообучения, может в определенной степени компенсировать кадровый дефицит врачей-рентгенологов. Дополнительные инструменты, такие как алгоритмы дифференциальной диагностики, стадирования РЛ, предиктивные математические модели развития заболевания могут быть полезны в процессах маршрутизации, уточненной диагностики и для определения лечебной тактики пациентов с выявленными ЗНО.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МУТАЦИЙ В ГЕНАХ РЕПАРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Мусин Ш.И., Хазиев А.Р., Измайлов А.А., Фатихова А.А.

ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РБ, г. Уфа

Актуальность. Рак предстательной железы является одним из наиболее распространенных видов рака в мире и одной ведущих причин смерти от рака у мужчин в экономически развитых странах. Генетический компонент предрасположенности к раку предстательной железы был установлен несколько десятилетий назад. Поиск генов, предрасполагающих к раку предстательной железы в семьях, был в центре внимания многих ученых по всему миру в течение последних 10 лет. Последние исследования подтверждают роль генетической предрасположенности к раку предстательной железы.

Цель исследования. Выявление частоты мутаций в генах репарации у пациентов с раком предстательной железы методами ПЦР и NGS в многонациональном регионе Российской Федерации (на примере Республики Башкортостан).

Материалы и методы. В период с 2020 по 2022 г.г. на тестирование были направлено 144 образца биоматериала пациентов с диагнозом кастратрезистентный рак предстательной железы. Материалом для исследования служили биоптат опухоли пациента и в некоторых случаях венозная кровь. 61 пациент протестирован методом ПЦР, 83 пациента методом NGS (next-generation sequencing method).

Из направленных 144 биоптатов тестирование проведено в 139 случаях (97%), в 5 (3%) случаях материал оказался не пригоден. Все пациенты были с аденокарциномой предстательной железы, имели кастратрезистентность и находились в процессе терапии антиандрогенами нового поколения либо получали их ранее.

Методом ПЦР в 61 случае проводилось исследование на наличие мутации в генах BRCA ½ на стандартной панели. В 83 биообразцах пациентов с аденокарциномой предстательной железы проведено тестирование на наличие мутаций в генах HRR методом NGS.

Результаты исследования. При проведении тестирования общая частота выявления мутаций составила 9,7%. При исследовании методом ПЦР из 61 исследуемого образца в 1 случае выявлено наличие мутации в гене BRCA2. Частота выявления мутаций методом ПЦР составила 1,6%. При исследовании методом NGS из 83 исследуемых образцов выявлено 13 случаев мутаций в генах HRR, что составило 15,6%. По спектру выявленных мутаций пациенты распределились следующим образом: самой частой была мутация в гене BRCA2 – 36%, BRCA 1 – 29%, и по 7% в генах: ATM, CHEK1, RAD54L, RAD51B, CDK12.

Выводы. В многонациональном регионе частота выявляемых мутаций в генах репарации при раке предстательной железы может быть выше, чем в среднем в популяции. С учетом национальных особенностей населения Республики Башкортостан онкогенетическое тестирование предпочтительнее проводить методом секвенирования нового поколения, что позволит повысить частоту выявления мутаций в генах HRR у больных раком предстательной железы. Повышение частоты выявляемости мутаций позволяет шире использовать такую опцию в терапии у данной группы пациентов как PARP – ингибиторы. Выявление здоровых носителей среди родственников пациентов позволяет оптимизировать скрининговые мероприятия.

АНАЛИЗ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ГБУЗ СОКОД ЗА 2020-2021 ГГ.

Мирошниченко В. Ю., Вишняков В. А., Крюкова Э. Г., Мальцева Н. В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. За последние два года, в связи с пандемией COVID-19, увеличено количество регистрируемых внутрибольничных пневмоний.

Цель исследования. Определение спектра возбудителей внутрибольничных пневмоний в ГБУЗ СОКОД. Оценка эффективности антибактериальной терапии.

Материалы и методы. Для исследования использовались бактериологические исследования промывных вод бронхов за 2020-2021 гг.

Результаты исследования: Всего было проанализировано 116 бактериологических исследований. Klebsiella pneumonia - 30 Acinetobacter baumannii - 27 Staphylococcus aureus -25 Pseudomonas aeruginosa -20 Escherichia coli -15 Candida albicans -13

По данным исследования наиболее распространены возбудители Klebsiella pneumonia и Acinetobacter baumannii. Штаммы Klebsiella pneumonia наиболее чувствительны к цефтазидиму\авиабактаму до 94% и колистину до 100%. Менее чувствительны к имипенему – 83% и амикацину 80%. Штаммы Acinetobacter baumannii резистентны к препаратам из группы цефалоспоринов III поколения (цефтазидим) и карбапенемов и наиболее чувствительны к колистину до 100%.

Выводы. Наиболее распространенными возбудителями внутрибольничных пневмоний в ГБУЗ СОКОД являются: Klebsiella pneumonia и Acinetobacter baumannii. Эти возбудители представляют наибольшую трудность в лечении внутрибольничных пневмоний.

Антибактериальными препаратами выбора в отношении возбудителя Klebsiella pneumonia являются цефтазидим\авиабактам и колистин.

Антибактериальным препаратом выбора в отношении возбудителя Acinetobacter baumannii является колистин.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В НЕОАДЪЮВАНТНОМ РЕЖИМЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мошуров И.П. [1,2], Ольшанский М.С.[1,2], Лобова О.А.[1], Васильев М.Б.[1], Бердникова К.О.[2]
[1] БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер», Воронеж
[2] Кафедра онкологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Цель исследования. определить возможность использования селективных внутриартериальных технологий (внутриартериальной химиотерапии и эмболизации) с неоадъювантной целью при комбинированном лечении рака молочной железы.

Материал и метод. С 2015г. по 2021г. было обследовано и пролечено с использованием селективной внутриартериальной химиотерапии (СВАХТ) 6 пациенток: 3 пациентки с трижды негативным раком ст. I $T_2N_{1-3}M_0$ не ответившие на 4-6 курсов системной химиотерапии по схеме АС; 3 пациентки с отёчно-инфильтративной формой рака молочной железы исходно не подлежащие оперативному лечению в связи с распространенностью процесса. Для оценки эффекта от проведенной терапии применяли: УЗИ, маммографию, рентгеновскую КТ, МРТ. Во всех случаях проводили патологоанатомическое исследование биопсийного и операционного материала, иммуногистохимическое исследование, цитологическое исследование. Проводилось не менее 2-х курсов СВАХТ доксорубицином в дозе 50мг/м^2 с последующим внутривенным введением доцетаксела 80мг/м^2. Двум пациенткам доцетаксел также вводили внутриартериально. Перед СВАХТ выполняли во всех случаях селективную катетеризацию и ангиографию доминантного источника кровоснабжения железы и самой опухоли. Исследования проводили у 4-х пациенток из правого феморального доступа и у 2-х пациенток из ипсилатерального радиального доступа с использованием катетеров JR, или IMA 5F в режиме съемки DSA при ручном введении нейонного контрастного вещества. При вовлечении в процесс подмышечных лимфоузлов 1/3 от расчетной дозы химиопрепарата вводилась в подключичную артерию на фоне пережатия плечевой артерии манжетой тонометра. Внутриартериальную инфузию проводили в рентгеноперационной с учетом скорости кровотока в целевых сосудах.

Результаты исследования. По данным селективной ангиографии боковая грудная артерия была доминантной в 2-х случаях, а в 4-х случаях доминантной была внутренняя грудная артерия (ВГА) на стороне поражения. Для перераспределения кровотока в 3-х случаях имплантировали спираль в ВГА ниже отхождения афферентов к опухоли. Никаких технических осложнений не наблюдали. Во всех случаях отмечена клиническая эффективность СВАХТ. Ни у одной пациентки с отечно-инфильтративной формой и эпизодами кровотечений не наблюдали после эндоваскулярного лечения эпизодов кровотечения. Субъективно уже через сутки все пациентки отмечали уменьшение отёка и боли. Во всех случаях стало возможным выполнение санитарной операции. У пациенток, которым СВАХТ проводилась в неоадъювантном режиме, также была выполнена операция. В полученном во время операции материале лечебный патоморфоз наблюдали во всех случаях: в 4-х случаях лечебный патоморфоз 1-2 степени, а в 2-х случаях - лечебный патоморфоз 4 степени. В сроки до 3-х лет наблюдения живы все пациентки. Генерализация по легким наступила в одном случае, по печени ни в одном случае не наступила, по костям – в одном случае.

Выводы. Селективная внутриартериальная химиоинфузия доксорубицина и доцетаксела могут успешно использоваться при лечении местнораспространенного рака молочной железы даже у ослабленных пациентов с высоким риском кровотечения. При трижды негативном раке молочной железы такой подход способствует уменьшению размеров опухоли и делает возможным достижение полного клинического патоморфоза. Однако, в связи с отсутствием четких клинических рекомендаций и малым числом наблюдений, требуется дальнейшее изучение вопроса.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА NM 23 В ОПУХОЛЯХ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

И.П. Мошуров[1,2], Д.А. Головков[1,2], С.С. Малев[1], Д.В. Суховерков[1], А.А. Гриднев[1]
ГБУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ»

Актуальность. Механизмы прогрессии злокачественных новообразованиях человека связаны с нарушениями молекулярно-биологических характеристик опухолевых клеток, в том числе с изменениями экспрессии белка nm 23, который является потенциально важным маркером метастазирования и вовлечен также в процессы клеточной пролиферации и дифференцировки.

Цель исследования. Изучение экспрессии белка nm 23 в первичных и вторичных очагах РТК с учетом клинико-морфологических особенностей заболевания и возможности прогнозирования риска отдаленного метастазирования.

Материал и метод. В исследование включен послеоперационный материал 264 больных РТК I-IVстадий опухолевого процесса. В 135 случаях у пациентов развились отдаленные метастазы, включая синхронные или метахронные метастазы в печени, метастазы в легком, надпочечнике и яичнике (метастатическая группа). В 129 случаях отдаленные метастазы и местные рецидивы в течение 3-летнего периода наблюдения выявлены не были (контрольная группа). При гистологическом исследовании материала у всех больных были диагностированы аденокарциномы различной степени дифференцировки. Продолжительность наблюдения за пациентами составила от 6 до 126 месяцев.

Результаты исследования. При иммуногистохимическом исследовании первичных опухолей толстой кишки повышенное накопление белка nm23 наблюдалось в 53.4% (141/264) исследованных случаев. Из них сильная иммунореактивность отмечался в 42.6% (60/141) позитивных наблюдений и умеренная - в 57.4% (81/141) случаев. Слабое специфическое окрашивание и негативная экспрессия маркера фиксировались в 46.6% (123/264) наблюдений. В метастазах РТК сохранялись основные закономерности экспрессии маркера, свойственные соответствующим первичным опухолям. Проведено сравнительное исследование особенностей накопления белка nm23 в клетках первичных и вторичных очагов опухолевого поражения. Наблюдалось совпадение (57/110; 51.8%), уменьшение (17/110; 15.4%) и увеличение (29/110; 26.4%) уровня экспрессии маркера в клетках метастазов в печени по сравнению с первичной опухолью, а также отсутствие реакции (7/110; 6.4%) в метастазах при выраженной экспрессии белка клетками исходной опухоли. Не было выявлено статистически значимых различий между изменениями экспрессии белка nm 23 в клетках РТК и их метастазах и основными клинико-морфологическими параметрами заболевания. Иммунореактивность в опухолевых клетках усиливалась при увеличении размера опухоли (показателя T системы TNM; p=0,135), глубины инвазии (стадия по Dukes’; p=0,127), а также при наличии регионарных метастазов (показателя N системы TNM; p=0,229), однако различия не достигали статистической значимости. Вместе с тем, наблюдалась связь повышенной экспрессии белка в первичных опухолях с развитием отдаленных метастазов РТК. В основной группе больных РТК с развившимися метастазами в печени частота выявления высокого уровня экспрессии белка nm 23 в цитоплазме раковых клеток первичной опухоли была достоверно выше, чем в контрольной группе пациентов без клинически выявленных отдаленных метастазов (89/135, 65.9% и 52/129, 40.3%, соответственно, $p<0.0001$). Nm23-иммунореактивность влияла не только на метастатический потенциал РТК, но и на клиническое течение заболевания. Неблагоприятный исход заболевания наблюдался у пациентов с антиген-позитивными опухолями чаще, чем у больных с антиген-негативными новообразованиями (71/89; 79.8% и 9/15; 60.0%, соответственно; $p=0.027$). Содержание белка nm 23 в клетках опухолей было связано с показателями выживаемости больных РТК.

Кривые выживаемости, показывают, что пациенты с nm23-позитивным окрашиванием опухолей демонстрируют более низкий показатель общей и безрецидивной выживаемости, чем больные с негативной иммунореактивностью в опухоли (30.64±5.37% и 63.5±6.35%; log-rank p=0.00001).

Выводы. Таким образом, гиперэкспрессия белка nm 23 часто выявлялась в первичных, метастазирующих опухолях ТК и их метастазах в печени и была связана с высоким риском развития отдаленных метастазов, а также с неблагоприятным исходом заболевания и с ухудшением послеоперационной общей и безрецидивной выживаемости больных РТК.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ РАКА ЖЕЛУДКА С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА НИВОЛУМАБ

И.П. Мошуров[1,2], Д.А. Головков[1,2], Ю.Н. Потапов[1,2], С.С. Малев[1], Д.В. Суховерков[1], А.А. Гриднев[1]
БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ»

Актуальность. Рак желудка продолжает занимать лидирующие позиции в структуре заболеваемости (5 место) и смертности (3 место) от онкологических заболеваний. В структуре заболеваемости в странах Европы и РФ преобладают местно-распространенные и диссеминированные формы заболевания: I-12,4%, II-22,7%, III-22,9%, IV-39,9% (А.Д.Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова). Прогноз жизни больных местно-распространенным и метастатическим раком желудка остается неблагоприятным.

Ниволумаб, который представляет собой человеческое моноклональное антитело, блокирующее взаимодействие между рецептором программируемой смерти (PD-1) и его лигандом (PD-L1 и PD-L2), продемонстрировал высокую эффективность в отношении ряда злокачественных опухолей (меланома кожи, рак легкого, почки, мочевого пузыря). В 2019 году зарегистрировано новое показание: монотерапия распространенного или рецидивирующего рака желудка после двух и более линий системной терапии без предварительного определения экспрессии PD-L1 и уровня микросателлитной нестабильности.

Клинический случай: Больной К. 51 год. Состоит на учете в БУЗ «ВО ВОКОД» с декабря 2017г. После обследования выставлен диагноз: рак желудка St IIb cT3cNxM0. По решению лечебно-консультативной комиссии 05.12.2017 выполнена расширенно-комбинированная гастрэктомия со спленэктомией, лимфодиссекцией D2. Гистологическое заключение от 13.12.2017г.: низкодифференцированная аденокарцинома желудка**.** Диагноз: рак тела желудка St IIIB pT3N3aMo G3 R0L0V0Pn0. В адъювантном режиме проведено 6 курсов химиотерапии по схеме Мейо. При контрольной МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 26.09.2019 выявлен карциноматоз брюшины. 22.10.2019 выполнена диагностическая видеолапаросокпия, биопсия новообразования париетальной брюшины. Патологоанатомическое исследование от 28.10.2019- метастаз низкодифференцированной аденокарциномы с перстневидными клетками. Иммуногистохимическое исследование от 24.10.2019- гиперэкспрессия Her2-neu не обнаружена. Проведено 8 курсов химиотерапии по схеме FLOT. При контрольном обследовании, по данным МСКТ органов малого таза от 15.07.2020 прогрессирование процесса- метастазы в ректосигмоидный отдел толстой кишки, забрюшинные лимфатические узлы. 21.07.2020 ректосигмоколоноскопия- опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки. Патологоанатомическое исследование от 26.07.2020- картина метастаза карциномы желудка, диффузный тип с перстневидными клетками. Экспрессия Her2-neu отсутствует. 27.07.2020 проведена телемедицинская консультация с МНИОИ им. П.А. Герцена- рекомендовано проведение курсов химиотерапии по схеме FOLFIRI + рамуцирумаб. После 4 курсов химиотерапии по данной схеме, при контрольном исследовании 21.09.2020 по данным МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено увеличение забрюшинных лимфатических узлов. С учетом отрицательной динамики по лимфатическим узлам 30.09.2020 начата иммунотерапия препаратом Ниволумаб 480 мг каждые 4 недели. После 7 курсов иммунотерапии, при контрольном обследовании по данным ПЭТ/КТ от 18.04.2021 отмечено уменьшение накопления РФП в забрюшинных лимфатических узлах. После 13-го курса, при контрольной ПЭТ/КТ картина полного регресса метастатических очагов.

На сегодняшний день пациент продолжает иммунотерапию препаратом Ниволумаб каждые 4 недели (суммарно 27 курсов) при сохранении ремиссии опухолевого процесса и отсутствии значимых иммуноопосредованных нежелательных явлений.

Выводы. Иммунотерапия препаратом Ниволумаб является достаточно эффективной и переносимой у многочисленных пациентов с генерализованным раком желудка. В БУЗ ВО «ВОКОД» внедряется комбинация Ниволумаба с платиновыми дуплетами в первой линии химиотерапии аденокарциномы желудка с экспрессией PD-L1 CPS≥5.

БИОПСИЯ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Мусин Ш.И.[1,2], Замилов М.М.[1], Меньшиков К.В.[1,2], Султанбаев А.В.[1,2], Шарифгалеев И.А.[1,2], Насретдинов А.Ф. [1], Хоа Нгуен[1]
ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РБ
ФГБОУ «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность. Проблема субклинического регионарного метастазирования меланомы кожи создает определенные трудности в адекватном стадировании. По различным данным в клинически и инструментально неизмененных лимфоузлах метастазы в лимфоузлах обнаруживаются у 20% пациентов к моменту постановки диагноза. Стадирование критерия N определила Процедура биопсии сигнального лимфатического узла (БСЛУ) на сегодняшний день является стандартом стадирования критерия N при толщине меланомы более 1 мм. Данная процедура позволяет избежать профилактической лимфаденэктомии и провести адекватное стадирование позволяет точно определить группу пациентов нуждающихся в адьювантной терапии.

Цель исследования. Целью данного анализа является оценка результатов биопсии сигнальных лимфатических узлов при меланоме кожи в ГАУЗ РКОД МЗ РБ г.Уфа.

Материалы и метод. С 2021 года по июль 2022 года в ГАУЗ РКОД МЗ РБ биопсия сигнального лимфатического узла при меланоме кожи проведена 67 пациентам. В структуре пациентов преобладали женщины и их доля составила 65,7% (44/67) , мужчин – 34,3% (23/67), средний возраст составил 60,5±13,6 лет. У 55,2% (37/67) пациентов была поверхностно-распространяющаяся форма меланомы, 40,3% (27/67) – узловая форма меланомы и у 4,5% (3/67) лентиго-меланома. По данным локализации меланома локализовалась в области головы и шеи в 11,9%(8/67), верхних конечностях- 19,4% (13/67), туловище- 49,3% (33/67), нижних конечностях- 19,4% (13/67) случаях. На первичном этапе диагностики 94% (63/67) пациентам проведена биопсия опухоли кожи, 6% (4/67) пациентам было выполнено радикальное иссечение меланомы кожи. Средняя толщина меланомы по Бреслоу составило 3,6±2,5 мм, неизъязвленная форма у 64,2 (43/67), изъязвленная форма меланома у 35,8% (24/67) пациентов.

Результаты исследования. Для лимфосцинтиграфии сигнальных лимфоузлов (СЛУ) использовался радиофармпрепарат «Технефит»(Tc99). По данным ОФЭКТ-КТ СЛУ идентифицированы у 92,5% (62/67) пациентов с меланомой кожи, а у 7,5% (5/67) СЛУ не были не идентифицированы. По данным анализа количества выявленных СЛУ: 1 СЛУ выявлен у 70,1% (47/67) пациентов , 2 СЛУ – 19,4% (13/67), 3 СЛУ – 2,9% (2/67) пациентов, Интраоперационно СЛУ детектировался с помощью портативного гамма-зонда GammaFinder 2. При биопсии СЛУ выявлен 1 СЛУ у 65,7% (44/67), 2 СЛУ – 14,9% (10/67), 3 СЛУ – 4,5% (3/67), 4 СЛУ – 2,9% (2/67), у 4,5% (3/67) пациентов СЛУ располагались в труднодоступной анатомической области(внутригрудные, подвздошные) и БСЛУ не была проведена. По данным гистологического исследования метастазы меланомы в СЛУ выявлены у 17,9% (12/67), у 82,1% (55/67) пациентов СЛУ были свободны от метастазов. 17,9% (12/67) пациентам в соответствии с TNM-8 установлена III стадия и назначена адьювантная терапия в соответствии с BRAF-статусом.

Выводы. При биопсии сигнальных лимфатических лимфоузлов лимфосцинтиграфическим методом удалось идентифицировать сигнальные лимфоузлы у 92,5% (62/67) пациентов с меланомой кожи. У 17,9% (12/67) пациентов по данным гистологического исследования выявлены метастазы меланомы в СЛУ, что позволило установить показания для адьювантной терапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ PARP В РЕЖИМЕ RE-CHALLENGE

Насретдинов А.Ф., Липатов О.Н., Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Мусин Ш.И., Султанбаева Н.И., Серебренников Г.А.
ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РБ

Актуальность. PARP-ингибиторы демонстрирует обнадеживающие результаты при лечении пациентов с BRCA ассоциированными опухолями. Выявление злокачественных новообразований, ассоциированных с мутациями в генах репарации, ведет к расширению показаний к применению PARP ингибиторов. Назначение PARP-ингибиторов улучшили результаты лечения по сравнению со стандартной терапией. Все это делает олапариб значимой опцией в планировании тактики лечения данной категории пациентов. Накопление клинического опыта по лечению пациентов ингибиторами PARP позволит расширить возможность использования различных подходов в терапии.

Цель исследования. Оценка эффективности PARP ингибиторов в режиме Re-Challenge на примере олапариба.

Материалы и метод. В ГАУЗ РКОД Минздрава РБ зарегистрировано 79 пациентов, получающих олапариб по поводу злокачественных новообразований яичников или фаллопиевых труб. Средний возраст пациенток составил 52 года. По результатам гистологического исследования у 65(82,3%) больных определена серозная аденокарцинома яичников, у 9(11,4%) пациенток выявлена папиллярная аденокарцинома, у 5(6,3%) диагностирована низкодифференцированная аденокарцинома яичников. Мутации в генах репарации определялись в крови и в опухолевой ткани методом ПЦР (Полимеразно-цепная реакция), а при отсутствии мутаций исследование проводилось используя метод NGS (Секвенирование нового поколения). У 78(98,7%) пациентов обнаружены мутации в гене BRCA, у 1го пациента – патогенная мутация в гене RAD 50. В первой линии олапариб принимали 43(54,4%) пациента, во второй линии терапия назначена 15(18,9%) пациентам, в третьей линии 13(16,5%) пациентам, в четвертой линии 4(5,1%) пациентам, в пятой линии - 4(5,1%) пациентам. Всего 11 пациенток, спрогрессировавших на предыдущей терапии олапарибом, в последующем получили платиносодержащие противорецидивные режимы химиотерапии, а в последующем им назначен олапариб в режиме Re-challenge.

Результаты исследования. Среди 11 пациенток получающих олапариб в режиме Re-challenge отмечено, что они завершали прием олапариба при повторной прогрессии заболевания с медианой ВБП 6 месяцев (95% ДИ, 5-9). При оценке объективного ответа отмечено, что наилучшим ответом была стабилизация заболевания. При повторном назначении PARP ингибиторов при прогрессии на предыдущих линиях нами отмечено, что максимальная выживаемость без прогрессирования (ВБП) достигает 14 месяцев.

Из частых нежелательных явлений среди пациентов, получающих терапию в режиме Re-Challenge, отмечались слабость 1-2 степени у всех пациентов, у 2 пациенток отмечалась тошнота 1 степени токсичности, у 1 пациентки повышение креатинина до 2 степени токсичности, у 1 пациентки – анемия 2 степени. Интересным открытием стало повторное назначение олапариба в качестве поддерживающей терапии, показавшего эффективность в контроле над болезнью.

Выводы. Применяемый в основном в терапии поддержки олапариб помогает добиваться стойкой ремиссии, что отражается и в реальной клинической практике. В настоящее время, расширяя опыт применения PARP ингибиторов в различных нозологиях, мы предоставим пациентам все оптимальные варианты лечения. Олапариб обладает удовлетворительным спектром токсичности, позволяя пациентам вести комфортную жизнь на фоне терапии. Необходимо провести больше исследований в области повторного назначения олапариба, при прогрессии в ранних линиях, выделив подгруппы, для которых режим Re-Challenge будет обладать лучшим эффектом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Неретин Е.Ю.
ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Меланома – это опухоль, с преимущественным поражением кожных покровов и на ее долю приходится почти 75% всех смертей от опухолей кожи в мире (Ward-Peterson M, Acuña JM, et al., 2016). Большое значение в выживаемости пациента с МК имеет то, на какой стадии выявлена опухоль, размер опухоли (Ma Q., et al., 2020), толщина опухоли до 0,8 мм (Serigne N Lo, 2018). Поэтому немаловажным фактом является ранняя диагностика меланомы кожи. Одним из факторов, препятствующих ранней диагностике меланомы кожи является недостаточный уровень знаний врачей первичного контакта начальных признаков, и, поэтому, обучение врачей первого контакта признакам меланомы кожи могло бы существенно способствовать делу раннего обнаружения опухоли. Однако до сих пор не разработана оптимальная схема обучения. При известной подготовке врача практически любой специальности в большом проценте случаев предварительный диагноз «меланома кожи» не вызывает значительных трудностей и может быть поставлен уже при первичном осмотре пациента. (Fink C, Haenssle HA., 2017).

В связи с этим в Самарской области для актуального поддержания уровня диагностических навыков у врачей разных специальностей нами была разработана интерактивная комплексная программа обучения специалистов по ранней диагностике МК с использованием методов визуального осмотра новообразования и цифровой дерматоскопии с последующим контролем и анализом знаний на компьютерном тренажере (свидетельство №2018613017 Система обучения врачей и среднего медицинского персонала по ранней диагностике меланомы кожи).

Цель исследования. Оценить возможности обучения ранней диагностики меланомы кожи в формате индивидуального обучения

Материал и метод. На базе медицинского университета «РЕАВИЗ», в рамках непрерывного медицинского образования был разработан курс по ранней диагностике меланомы кожи продолжительностью 72 часа (36 баллов). В ходе курса врачи различных специальностей с использованием авторской системы (свидетельство №2018613017) и базы данных (патент на изобретение №2018620399) проходили входной контроль, далее проводился цикл лекций с использованием кейсов ранней меланомы кожи, и выходной контроль. В его рамках прошли обучение различные специалисты – онкологи, дерматологи, хирурги, терапевты, гинекологи, студенты 6 курса. Результаты диагностики оценивались по показателям чувствительности, специфичности и точности.

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 за 2018 год.

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

При анализе результатов входного тестирования обращает на себя внимание разница между врачами разных специальностей. Этап выходного контроля представлен в таблице 2

Таблица 2

Индивидуальное обучение, выходной контроль. Ранжирование испытуемых по специальностям за 2018 год

	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%

Обсуждение полученных результатов. 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 Наилучшие показатели диагностики меланомы кожи встречаются среди врачей тех специальностей, которые чаще сталкиваются с этим заболеванием в процессе своей работы. При проведении индивидуального обучения удалось улучшить показатели диагностики меланомы кожи: чувствительность с 58,54% до 83,71%; специфичность с 64,15% до 83,49% и точность с 61,34% до 83,60%.

НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ ДОКЛИНИЧЕСКИИХ ТЕХНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ЭНДОПРОТЕЗОВ СУСТАВОВ КИСТИ И СТОПЫ

Николаенко А.Н., Иванов В.В., Хобта Р.В., Дороганов С.О.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Эндопротезирование крупных суставов шагнуло далеко вперёд, показывая блестящие функциональные результаты, число таких вмешательств в РФ составляет до 80000 в год. Однако мировая статистика и собственные клинические наблюдения отмечают значительное отставание в эндопротезировании мелких суставов. Анализ зарубежной и отечественной литературы показал потребность медицинского и научного сообществ в поиске новых конструктивных решений и материалов для изготовления мелких имплантов для кисти и стопы. Внедрение новой технологии в клиническую практику на сегодняшний день сопровождается широким рядом доклинических исследований и тестов. Прежде чем попасть в лечебное учреждение, изделие медицинского назначения проходит технические испытания в сертифицированной лаборатории, токсикологические исследования на стандартных культурах клеток, тестирование образцов на лабораторных животных и кадаверные эксперименты. Принимая во внимание высокие ежедневные требования, возлагаемые на кисть и стопу человека, нами была разработана концепция цифрового моделирования, позволяющая провести испытания новых эндопротезов ex vivo, оградив пациента от дополнительных физических и психологических травм и замкнув цикл доклинических испытаний, требуемых для сертификации новой технологии.

Цель исследования. Разработать концепцию цифровых исследований эндопротезов мелких суставов кисти и стопы.

Материалы и метод. В период с 2017 по 2021 годы нами было проведено комплексное обследование пациентов с заболеваниями и повреждениями суставов кисти и стопы, обратившихся в поликлинику Самарского онкологического диспансера и Клиники СамГМУ. Проведён широкий анализ зарубежной и отечественной литературы по эндопротезированию суставов кисти и стопы, а также выполнены кадаверные диссекции мелких суставов. На основании проведённой клинической, научной и проектировочной работы нами был разработан конструктив цельнокерамических двухкомпонентных эндопротезов пястно-фалангового и проксимального межфалангового суставов кисти, а также первого плюснефалангового сустава стопы. Получены патенты РФ на полезные модели. Данные эндопротезы отвечают современной тенденции анатомической адаптированности имплантов. Новые изделия прошли полный цикл технических и токсикологических испытаний в сертифицированных лабораториях. Для моделирования критических ситуаций использования разработанных эндопротезов вместе с командой инженеров НИИ Бионики и персонифицированной медицины мы применили метод конечных элементов. Из многообразия движений кисти и стопы мы выбрали основные стереотипы и загрузили их в программный комплекс в виде 3D-моделей суставов после эндопротезирования изучаемыми имплантами.

Результаты исследования. В ходе проведённого цифрового исследования нами были получены объективные показатели нагрузки, прилагаемой на исследуемый сустав, при которых происходит критическое состояние, приводящее к основным осложнениям – вывиху компонентов эндопротеза, перелому ножки эндопротеза, перипротезному перелому кости. Были намечены «красные флажки» эксплуатации, а также дано математическое обоснование функционального объёма движений в суставе после эндопротезирования разработанными имплантами.

Выводы. Разработанная концепция доклинических технических испытаний эндопротезов суставов кисти и стопы позволит объективизировать подходы к послеоперационному ведению пациентов после замены суставов и при этом избежать риска развития грозных осложнений. Данная концепция предваряет целое направление в биоинженерной науке, которое применимо к разработке различных имплантов и изделий медицинского назначения для любой анатомической области.

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

Окунева И.В., Золотарева Т.Г., Козлова О.А.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»

Актуальность. Рак легкого (РЛ) – одна из наиболее значимых проблем онкологии. За последние 20 лет наблюдается резкое увеличение заболеваемости среди населения в мире. Ежегодно регистрируют более 1 000 000 новых случаев рака легкого в мире, из них 60 000 - в России, прирост заболеваемости при этом составляет 5-8%. Проведение профилактических мероприятий, направленных на снижение влияния факторов риска РЛ, в том числе курения, во многих странах привело к снижению числа случаев этого заболевания. В Российской Федерации, в том числе в Самарской области, проводится большая работа с населением по отказу от курения, которая направлена на снижение заболеваемости и смертности, в том числе от рака легкого.

Цель исследования. Изучение динамики заболеваемости и смертности от РЛ, возрастных особенностей пациентов за период 2016-2020 годы в Самарской области.

Материалы и метод. В работе представлены данные, полученные из формы федерального статистического наблюдения № 7, № 35 «Сведения о злокачественных новообразованиях» Самарской области, справочника «Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году». Проводился сравнительный анализ данных показателей заболеваемости и смертности, 5-летней выживаемости, стадий РЛ, возраста пациентов за период с 2016 по 2020 гг.

Результаты исследования. Проводя анализ динамики заболеваемости раком легкого в Самарской области в период с 2016 по 2020 гг, отмечается, что в 2016 г. диагноз злокачественного новообразования (ЗНО) впервые был поставлен 13424 пациентам, из них диагноз РЛ – 1055 пациентам (7,86% от всех случаев). В 2020 г. впервые диагноз ЗНО был поставлен 13212 пациентам, из них диагноз РЛ – 1103 пациентам (8,35% от всех случаев). В анализируемый период показатель заболеваемости РЛ держится примерно на одинаковых цифрах с небольшим снижением в 2019 г (1079 пациентов -7,5%). При этом с 2016 по 2020 гг. отмечается снижение числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО суммарно по всем локализациям на 1,6%, а с диагнозом РЛ – увеличение на 0,4%.

Количество больных, состоящих на диспансерном учете с диагнозом ЗНО в 2016 году – 87364 пациента, из них с диагнозом РЛ – 2728 пациентов (3,1%). В 2020 г. количество больных, состоящих на диспансерном учете с диагнозом ЗНО – 98152 человек, а с диагнозом РЛ – 2983 пациента (3%). Таким образом, в период с 2016 по 2020 годы количество больных, состоящих на диспансерном учете, с диагнозом ЗНО, в целом, увеличилось на 12,3%, а диагнозом РЛ – увеличилось на 0,9%, при этом имеет тенденция к увеличению при РЛ.

Анализируя количество больных, состоящих на учете с диагнозом ЗНО, пять и более лет, выяснили, что в 2016 г – 45384 пациента, а в 2020 г – 54427 пациента. Аналогичный показатель по диагнозу РЛ: 2016 г – 1128 пациентов (2,5%), в 2020 г -1280 пациентов (2,3%). Таким образом, в период с 2016 по 2020 годы произошло увеличение количество больных с диагнозом ЗНО, в целом, на 19,9%, а с диагнозом РЛ - 13%.

Проводя анализ смертности, можно отметить, что с 2016 года число умерших от ЗНО (из числа учтенных) составило – 5356 пациентов, из них с диагнозом РЛ – 878 пациентов (16,4% от общего числа пациентов). В 2020 году число умерших от ЗНО (из числа учтенных) составило – 5387 пациента, из них с диагнозом РЛ – 795 пациентов (14,7%). За 5-летний период число умерших от всех локализаций ЗНО увеличилось на 0,5%, в то время, как с диагнозом РЛ уменьшилось на 9,4%.

Важным показателем, определяющим прогноз заболевания, является его стадия. В 2016 году в Самарской области (без выявленных посмертно) 1 стадия была диагностирована у 193 пациентов (16,8%), 2 стадия – 155 пациентов (13,5%), 3 стадия – 317 пациентов (27,6%), 4

стадия – 462 пациентов (40,2%). В 2020 г. 1 стадия – 232 пациентов (18,9%), 2 стадия – 142 пациентов (11,5%), 3 стадия – 337 пациентов (27,4%), 4 стадия – 510 пациентов (41,5%). Распределение выявленных заболеваний РЛ по стадиям сожраняется.

Рост заболеваемости ЗНО прямо пропорционален возрасту пациентов, РЛ не является исключением. В 2016 году наиболее высокая заболеваемость РЛ отмечалась, как у мужчин (241 человек - 22,8%), так и у женщин (58 человек – 5,5%) в возрастной группе 65-69 лет. В 2020 г. наиболее высокая заболеваемость наблюдалась у мужчин в возрастной группе 65-69 лет (247 человек – 22,4%), у женщин в возрастной группе 70-74 года (69 человек – 6,2%). Во всех возрастных группах преобладали пациенты мужского пола.

Выводы. Проведенный анализ за период с 2016 по 2020 годы свидетельствует о незначительном росте заболеваемости РЛ на 0,4%, при этом отмечается снижение показателя смертности на 9,4%, что является, несомненно, положительной тенденцией и связано с внедрением современных методов лечения. При этом сохраняется соотношение стадий выявленных случаев рака легкого, доля пациентов с 3-4 стадиями существенно не изменилась. Необходимо отметить, что РЛ страдают в большей степени лица мужского пола, сохраняется тенденция к высокой заболеваемости в возрасте 65-69 лет.

Эффективными средствами для снижения смертности от РЛ являются профилактика табакокурения и скрининговые обследования, направленные на выявление ранних стадий рака и предраковых состояний. Данные за период 2020-2021 годов, на фоне новой коронавирусной инфекции, в Самарской области не показали увеличения числа больных РЛ.

Принимаемые на государственном уровне мероприятия по ограничению потребления табака, профилактические мероприятия в регионе, в том числе в рамках реализации пунктов Национального проекта «Здравоохранение», приводят к положительной динамике по снижению смертности от РЛ и увеличению продолжительности жизни

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID – 19

Орлов А.Е., Каганов О.И., Байчорова М.Г.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак легкого занимает первое место в структуре заболеваемости и причине смертности у мужчин во всем мире. Причина высокой смертности, чаще всего, заключается в поздней диагностике. Несмотря на ежегодное флюорографическое обследование работающих лиц, а также у контингента лиц, у которых часто развивается рак легкого: курящие старше 45 лет, пациентов, страдающих хроническими заболеваниями легких, злокачественные заболевания выявляются на 4 стадии, соответственно, показатель общей выживаемости не превышает 6-8 месяцев. В связи с ухудшением эпидемиологической ситуации в мире, нашей стране, области возникла потребность в выполнении компьютерной томографии большему количеству населения, тем самым, увеличив процент выявления рака легкого у населения, несмотря на отсутствие диспансеризации у населения.

Цель исследования. Продемонстрировать и оценить особенности диагностики рака легкого в период пандемии COVID 19 в Самарской области.

С целью диагностики рака легкого «золотым стандартом» является проведение флюорографического и рентгенологического исследования. Важнейшим достоинством флюорографического метода является низкая стоимость рентгенограмм малого формата, низкая лучевая нагрузка и возможность проводить с ее помощью массовые (профилактические) исследования. Основной недостаток: низкий предел различимости: малая интенсивность тени, нечеткость контуров при малых размерах менее 1,5 см, существенно затрудняет диагностику.

Результаты исследования. Учитывая, что одним из обязательных методов диагностики пневмонии при COVID 19 была компьютерная томография, большему количеству населения области был выполнен именно этот метод исследования. несмотря на отсутствие диспансеризации в 2020-2021 годах, уменьшение заболеваемости раком легкого в области не наблюдалось(в 2019 году выявлено 1191 случай, в 2020 году – 1230, 2021 году – 1209). Если в 2019 году доля пациентов с 1-2 стадией заболевания рака легкого составляла 29%, а с 4 стадией заболевания – 46%, то в 2020 – 2021 годах доля пациентов с 1-2 стадией увеличилась до 39%, что в свою очередь улучшило шансы пациентов на долгую жизнь. Доля пациентов с 4 стадией заболевания рака легкого в 2020 – 2021 годах уменьшилась до 37%.

Выводы. Возникла необходимость в создании универсального метода диагностики рака легкого, который бы позволил своевременно выявить злокачественные заболевания органов дыхания на ранней стадии с целью проведения радикального лечения, и, соответственно, увеличения общей выживаемости.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОРТАНИ

Орлов А.Е., Каганов О.И., Гукасян И.М., Сусляева А.И.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Плоскоклеточный рак головы и шеи – 6-й по распространенности рак, которым ежегодно заболевают около 550 тыс. человек и от которого ежегодно умирают почти 380 тыс. пациентов. Несмотря на раннее появление клинической картины большинства злокачественных опухолей в области органов головы и шеи, в 42% случаев диагноз устанавливается уже на III – IV стадии. Стандартизованный показатель заболеваемости раком гортани в России в 2020 г. составляет 5,86 случаев на 100 тыс. населения.

Цель исследования - продемонстрировать на примере клинического случая эффективность современной химиолучевой терапии.

Материалы и методы. Проанализирована история болезни пациента С. 1960 года рождения, находившегося на лечении в радиологическом отделении №1 СОКОД с 24.01.2018г по 23.02.2018. Из анамнеза известно, что за 3 месяца до обращения больного начала беспокоить осиплость и общая слабость. При выполнении КТ органов головы и шеи была выявлена опухоль в области левой голосовой складки. Проведение фиброларингоскопии выявило, что левое подскладочное пространство и голосовая складка замещены бугристой опухолью с распадом. Заключение щипковой биопсии - инвазивная плоскоклеточная карцинома, G2. Заключительный диагноз данной патологии (С32.8) Рак гортани cT3N0M0G2,3ст.,2а кл.гр.

От хирургического лечения пациент отказался. С целью повышения выживаемости и сохранения голосовой функции пациент получил курс конкурентной химиолучевой терапии в отделении радиологии №1. Суммарная очаговая доза облучения составила 66 Гр (2 Гр 33Фр) с одновременным введением цисплатина (3 курса из расчета 100 мг/м2) каждые 3 недели (суммарная доза - 600мг). Объем облучения – гортань (СОД 66Гр) и все шейные лимфатические узлы до яремной вырезки (СОД 50Гр) по методике VMAT. Химиолучевая терапия проводилась в полном объеме без перерывов и без отмены химиопрепарата.

Результаты исследования. Наблюдение пациента проводилось в течение 5 лет. Лабораторные показатели на протяжении всего лечения в динамике изменялись незначительно и оставались в пределах нормы.

Заключение фиброларингоскопии от 26.04.2022 года - гортань и подскладочное пространство без особенностей. Подвижность гортани симметрична, в полном объеме. Опухолевого роста не выявлено.

На данный момент пациент жалоб не предъявляет, курить бросил, динамически наблюдается у онколога по месту жительства.

Выводы. Исследуемый нами клинический случай пациента с местно-распространенным раком гортани демонстрирует эффективность современного комбинированного лечения.

МЕСТО АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СТОМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Орлов А.Е.,
Каганов О.И., Постников М.А., Габриелян А.Г., Кириллова В.П.,
Осокин О.В., Керосиров А.П.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России,
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак слизистой оболочки полости рта в структуре онкологической заболеваемости РФ занимает 18 место. Ежегодно в РФ регистрируется более девяти тысяч новых случаев заболевших раком слизистой оболочки полости рта, из них запущенные стадии у 62%. Несмотря на не высокий процент заболеваемости, число пациентов с запущенными стадиями по сей день остается достаточно высокое. Использование в практике врачей стоматологов рутинных методов диагностики включающих в себя опрос, осмотр и пальпацию, с целью выявления новообразований, зачастую приводит к гипердиагностике и перегрузке онкологической службы. В ряде субъектов РФ, а именно в стоматологических поликлиниках широко применяется не инвазивный метод аутофлуоресцентной диагностики с целью дифференциальной диагностики патологических состояний слизистой оболочки полости рта.

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

Материалы и метод. Проведен анализ 67 амбулаторных карт больных из 213, направленных от различных специалистов первичного звена в ГБУЗ СОКОД в период с 2018 по 2019 гг., с наличием экзофитных образований слизистой оболочки полости рта с подозрением на рак. Пациенты были разделены на две группы. Основная - 28 человек, которым перед выполнением биопсии образований слизистой оболочки полости рта, применена аутофлуоресцентная стоматостокия. Пациентам контрольной группы из 31 человек выполнялась биопсия без ранее проведенной аутофлуоресцентной стоматоскопии. Возраст больных от 27 до 87 лет. Соотношение М/Ж 36/23. Аутофлуоресцентная стоматоскопия пациентам основной группы проводилась с использованием аппарата «АФС 400» и очков с зеленым светофильтром. Признаки предрака и злокачественной опухоли при использовании «АФС», оценивались по световой шкале, согласно данным ряда ранее проведенных исследований аппарата «АФС 400»: зеленое свечение - имеет нормальная слизистая, розовое и красное – очаги воспаления, травмы, сосудистые новообразования, коричневое и темное (эффект «темного пятна») – очаги предрака и рака. Биопсия в обеих группа проводилась инцизионная. Критерием эффективности аутофлуоресцентной стоматоскопии являлось совпадение светового свечения при предраке и злокачественном процессе с полученным результатом гистологического исследованием образований слизистой оболочки полости рта после биопсии.

Результаты исследования. После выполненных биопсий в контрольной группе, диагноз рак подтвержден у 11 пациентов, 12 – воспалительные процессы, 8 – различные виды предрака. В основной группе при использовании аутофлуоресцентной стоматоскопии, у 3 пациентов – отмечено зеленое свечение, 11 человек – красное, 14 – коричневое и темное. После проведенной биопсии с гистологическим исследованием у 3-х пациентов с зеленным свечением в лучах АФС, диагностированы различные виды предраков. У больных с красным свечением при аутофлуросценции, в 7 случаях подтверждены воспалительные процессы, в 3-предраки и у 1 больного – рак. У пациентов с коричневым и темным свечением, в 11 случаях диагностирован рак, в 2 – предрак и в одном случае воспалительный процесс.

Выводы. В целом чувствительность метода аутофлуоресцентной стоматоскопии в диагностике предрака и рака слизистой оболочки полости рта составила 61%, его специфичность 88%, прогностичность положительного результата 92%. Полученные результаты не противоречат данным современной литературе, а метод аутофлуоресцентной стоматоскопии в дифференциальной диагностике предрака и рака слизистой оболочки полости рта, может быть использован в качестве дополнения с целью определения показаний к биопсии.

ТРЕХЭТАПНАЯ СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Орлов А.Е., Каганов О.И., Сивохина Т.А., Капп Н.Г., Бурмистрова С.А., Золотарева Т.Г.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В последние годы в онкологии все более актуальным становится вопрос об улучшении качества жизни пациентов. Восстановительное лечение, проводимое мультидисциплинарной командой, направленное на коррекцию не только медицинских проблем, но и психологического статуса, позволяет значительно снизить количество возникающих в ходе лечения осложнений, улучшить качество жизни больных, сократить сроки временной нетрудоспособности больного, и снизить риск получения инвалидности.

Цель исследования. Оценить эффективность внедрения трехэтапной системы реабилитации в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере (СОКОД) и использованием Шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ).

Материалы и метод. В СОКОД с 2021 года внедрена трехэтапная система медицинской реабилитации: I ранний этап реабилитации осуществляется в отделении реанимации и интенсивной терапии и хирургических отделениях при отсутствии противопоказаний к методам реабилитации с участием мультидисциплинарной команды; II этап реабилитации осуществляется в стационарном отделении; III этап реабилитации осуществляется в отделении медицинской реабилитации с применением методик физиотерапии, лечебной физкультуры, психотерапии, массажа в амбулаторных условиях. Для определения индивидуальной маршрутизации пациента и этапности при реализации мероприятий по медицинской реабилитации, нами применяется шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ). На каждом из этапов оценивается клиническое состояние пациентки, состояние функциональных резервов организма, высших психических функций и эмоциональной сферы, а также пациенту устанавливается реабилитационный диагноз, оцениваются нарушения бытовых и профессиональных навыков, ограничения активности и участия в значимых для нее событиях частной и общественной жизни, факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса. В итоге формируется цель реабилитационных мероприятий, составляется индивидуальная программа реабилитации с определением перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала). Также мультидисциплинарная реабилитационная команда (МДРК) перед выпиской пациента с этапа реабилитации определяет реабилитационный потенциал и дает рекомендации по дальнейшей маршрутизации. В стационарное отделение, т.е. на второй этап, направляются пациенты после радикального хирургического лечения, нуждающиеся в круглосуточном наблюдении врачей-онкологов и проведении высокоинтенсивной реабилитации, при наличии перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала). Третий этап реабилитации проходит в амбулаторных условиях с применением комплекса реабилитационных мероприятий, назначаемых по показаниям. После окончания лечения пациент осматривается специалистами МДРК с оценкой динамики и реабилитационного статуса по ШРМ, выдаются рекомендации по уходу за конечностью, профилактике и лечению лимфатического отека и дальнейшей маршрутизации.

Результаты исследования: На стационарный этап реабилитации пациенты из отделения общей онкологии стали переводиться с января 2021 года. За 2021 год и 9 месяцев 2022 года на 1 этапе пролечено 3460 пациенток с раком молочной железы, в стационарном отделении - 438 пациенток, в отделение медицинской реабилитации - 5300 пациенток. При оценке статуса пациенток по шкале ШРМ при выписке с первого этапа реабилитации 87% имели значение 3 балла, и им было рекомендовано продолжить амбулаторную реабилитацию с учетом сроков и объемов продолжающегося противоопухолевого лечения. Остальным 13% пациенток, у которых было значение ШРМ 4, рекомендовалась госпитализация на

стационарный этап реабилитации. При выписке со второго этапа реабилитации у 100% пациенток было достигнуто значение ШРМ 3 и им было рекомендовано продолжить реабилитацию на третьем этапе. Пациентки, поступившие на амбулаторный этап со значением ШРМ 3, при выписке имели значение ШРМ 2.

Выводы: Таким образом, благодаря открытию стационарного этап реабилитации, мы добились внедрения в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере трехэтапной системы реабилитации, что дало нам возможность не только начать реабилитационные мероприятия в ранние сроки, но и позволило сделать реабилитационный процесс непрерывным, а применение современных технологий физической и реабилитационной медицины не только улучшило качество жизни онкологических пациентов, но и вернуло их к прежней полноценной жизни.

О НОВОЙ ВЕРСИИ ПРЕДЛОЖЕНИЙ (ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ) РОСЗДРАВНАДЗОРА РФ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Орлов А.Е., Подусова Т.Н., Прошина О.А., Вакулич Е.А.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. С 1 сентября 2022 г. стационары медицинских организаций переходят на вторую версию Предложений (практических рекомендаций) Росздравнадзора РФ по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – Предложения) в стационаре. Каких же разделов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – ВККиБМД) коснулись изменения в новой версии Предложений? Во-первых, были усовершенствованы 10 разделов предыдущей версии. Во-вторых, раздел «Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений» теперь разделен и представлен в виде двух разделов: «Безопасность среды в медицинской организации» и «Организация ухода за пациентами (сестринские манипуляции). Профилактика падений и пролежней». При этом в каждом разделе перечень вопросов для контроля значительно расширен. В-третьих, в новую версию Предложений включены дополнительно разделы: «Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинской организации»; «Обеспечение принципов пациентоцентричности при осуществлении медицинской деятельности».

В данном сообщении остановимся на краткой характеристике нового раздела «Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинской организации».

В данном разделе сформулированы требования по внедрению локальных нормативных актов по организации ВККиБМД, которые позволят медицинской организации обеспечить условия для организации и проведения внутреннего контроля, соблюсти принципы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, проводить соответствующие мероприятия и оформлять их результаты.

Раздел условно можно представить в виде двух частей. В первую часть включены требования о наличии документов, направленных на осуществление базовой деятельности медицинской организации: Устав медицинской организации; Миссия и ценности медицинской организации; План стратегического развития; Порядок планирования бюджета и ресурсов; Локальный акт о корпоративном, операционном, финансовом управлении; Локальный акт по управлению стратегическими, операционными и финансовыми рисками; Должностные инструкции и трудовые договора работников, в которых определена обязанность по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности; Система оценки деятельности медицинских работников.

В этом же разделе имеются требования о наличии структур и документов, свидетельствующих о развитии этики в медицинской организации; направленных на построение клинического управления; на управление рисками; на управление коммуникациями с пациентами; регламентирующих документооборот.

Ко второй части раздела относится перечень требований по организации ВККиБМД, соответствующий приказу Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». В медицинской организации рекомендуется реализовать следующие структуры: служба по внутреннему контролю (далее - Служба), руководитель которой - уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности; институт уполномоченных по качеству в каждом отделении — это сами заведующие отделениями или лицо, назначенное заведующим; мультидисциплинарные рабочие группы (комиссии/подкомиссии/комитеты).

Служба должна координировать всю работу по управлению качеством и по организации внутреннего контроля.

Для проведения плановых и внеплановых проверок рекомендуется расширение состава внутренних аудиторов, действующих на постоянной или функциональной основе. Согласно Предложениям, для проведения проверок могут привлекаться и дополнительные сотрудники, перечень которых формируется приказом.

Первоочередной целью Службы указано выявление несоответствий и их устранение, учет и снижение уровня влияния причин их появления. Предложения требуют, чтобы Служба в процессе деятельности организовала управление тремя основными группами несоответствий: выявленными в результате оценки качества и безопасности медицинской деятельности на основе проверок; выявленными в результате анализа статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности, в процессе регулярного сбора в течение года (сбор и анализ статистических данных предлагается проводить с установленной периодичностью в соответствии с перечнем критериев качества и безопасности медицинской деятельности и их целевыми уровнями, утвержденными локальным нормативным актом медицинской организации); выявленными персоналом при осуществлении медицинской деятельности (необходимо ввести локальные нормативные акты действий медицинских работников при возникновении нежелательного события, включая порядок извещения о нежелательном событии).

Сбор информации о нежелательных событиях при осуществлении медицинской деятельности необходимо реализовать на основе ведения Службой электронной базы нежелательных событий. Информацию в электронной базе следует классифицировать по признакам риска последствий для пациента.

Кроме того, необходимо регламентировать локальными актами разбор нежелательных событий мультидисциплинарными рабочими группами, включающими в том числе персонал, задействованный при нежелательном событии.

В Предложениях также требуется регулярно формировать сводный отчет о выявленных несоответствиях и, по сгруппированной информации в отчете, разрабатывать Программу качества и безопасности медицинской деятельности. При этом Программа должна включать конкретные измеримые цели, задачи и ответственных, перечень корректирующих мер в части повышения качества и безопасности медицинской деятельности. О результатах выполнения Программы качества и безопасности медицинской деятельности необходимо информировать персонал медицинской организации.

В процессе внедрения Предложений по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности можно выделить следующие этапы: распределение ответственности и создание рабочих групп по внедрению рекомендаций (управленческих технологий и инструментов) Росздравнадзора; анализ на основе самооценки соответствия организации деятельности в диспансере модели предложений Росздравнадзора, сопоставление на соответствие требованиям проекта, проверка наличия факторов, которые могут повлиять на окончательную результативность внедрения. вовлечение персонала в формирование изменений; работа по постоянному улучшению на основе рекомендаций рабочих групп; подготовка деятельности медицинской организации к аудиту сертификационного органа на соответствие требованиям предложений Росздравнадзора.

Выводы. В ГБУЗ СОКОД при внедрении практических рекомендаций Росздравнадзора первой версии была успешно реализована данная последовательность этапов, и этот опыт необходимо использовать и в условиях внедрения второй версии Предложений.

РАЗРАБОТКА СТАНДАРТНЫХ ОПЕРАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР В ГБУЗ СОКОД

Орлов А.Е., Подусова Т.Н., Прошина О.А., Калугина С.Ю.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Как известно, в основе процесса управления качеством лежит применение стандартов организации. Под стандартом понимается разработанный документ, который ориентирован на организационную структуру медицинской организации, регламентирует ответственность и взаимодействие подразделений и должностных лиц в процессе их деятельности в системе менеджмента качества.

Но вот ответить на вопросы: «Как нужно делать правильно?», «Кто это будет делать?», позволяет нам стандартная операционная процедура (далее - СОП).

СОП — документ, который определяет действия исполнителей непосредственно на рабочих местах. Основное отличие СОП от других организационно-нормативных документов заключается в том, что они основаны на лучшем опыте и практических наблюдениях, просты в понимании и наглядны, а также адаптированы непосредственно к деятельности медицинской организации. Стандартные процедуры позволяют: проанализировать деятельность с точки зрения «правильно» или неправильно»; зафиксировать и оценить оптимальный способ выполнения работы; найти источник ошибок, рисков и возможностей; защитить прав пациента и врача при разрешении спорных вопросов.

В соответствии с требованиями действующего законодательства по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности стандартные операционные процедуры должны быть разработаны на всех этапах диагностики и лечения пациента.

Материалы и метод. Реализуя основную цель диспансера - минимизировать риск осложнений, связанных с оказанием медицинской помощи, и обеспечить безопасное окружение пациента - СОПы включены в обязательную частью системы менеджмента качества ГБУЗ СОКОД уже с 2015 года. В ГБУЗ СОКОД до введения в действие процедура проходит несколько этапов.

1 этап - выбор темы и название процедуры. При разработке СОПов в ГБУЗ СОКОД учитывается принцип приоритетности. Первоочередными вводятся процедуры, связанные с повышенным риском, например: внутривенное капельное введение лекарственных средств; выполнение внутримышечной инъекции; катетеризация мочевого пузыря катетером Фолея у женщин; хирургическая обработка рук и т.п.

2 этап - определение разработчика процедуры. Разработчиками СОП могут быть: руководитель структурного подразделения (заведующий отделением, начальник отдела, службы); персонал структурного подразделения, который непосредственно выполняет данный вид деятельности (врачи отделения, старшие и средние медицинские сестры, специалисты отделов и служб). В этой связи СОП ГБУЗ СОКОД делятся по видам деятельности непосредственных исполнителей: врачебные СОП; сестринские СОП; инженерные СОП и т. д.

3 этап - разработка СОП. При разработке СОП учитываются обязательные требования к построению процедуры. Согласно утвержденному в ГБУЗ СОКОД регламенту, СОП должна включать в себя: титульный лист; содержание; область применения; ответственность; термины и определения (сокращения, знаки безопасности); нормативные ссылки; описание процедуры; цель процедуры; требования к компетентности персонала; применяемое оборудование; применяемые медицинские изделия, дезинфицирующие средства; показатели качества; время проведение процедуры; документация и сроки хранения; изменения; распределение; приложения (при необходимости). Каждой процедуре присваивается идентификационный номер, по которому можно определить вид деятельности, описанный в процедуре, например: с 001 по 100 процедуры, разработанные средним и младшим

медицинским персоналом; с 101 по 199 процедуры, разработанные персоналом клинико-диагностической лаборатории и т.д.

4 этап - согласование процедуры. Разработчик в обязательном порядке согласовывает процедуру с: руководителем структурного подразделения, где была разработана данная процедура; руководителем по направлению; заместителем главного врача по правовым вопросам и управлению персоналом; заведующим отделом экспертизы качества медицинской помощи; эпидемиологической службой; службой охраны труда (при необходимости); Последним при согласовании процедуры является заместитель главного врача по клинико-экспертной и догоспитальной работе - представитель руководства по качеству.

5этап - утверждение и введение в действие процедуры. Утверждение и введение в действие процедуры осуществляется приказом главного врача ГБУЗ СОКОД. После опубликования приказа в подразделениях проводится обучение непосредственных исполнителей с фиксацией под роспись. Актуальные копии процедур размещаются на внутреннем сайте диспансера и доступны для сотрудников в режиме 24/7. Оригиналы СОП хранятся в подразделении разработчика.

Выводы. Разработанные в ГБУЗ СОКОД документированные процедуры поддерживают фундамент системы управления качеством и облегчают проведение внутренних аудитов по различным направлениям деятельности.

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОРОТКИХ КОСТЕЙ КИСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХОНДРОСАРКОМЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Орлов А.Е., Николаенко А.Н., Иванов В.В., Хобта Р.В., Дороганов С.О.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В случае злокачественных опухолей коротких костей кисти на долю органоуносящих операций приходится до 90%. Это связано с невозможностью адекватной замены удаляемого сегмента стандартным эндопротезом, в то время как различные методы биологической реконструкции приводят к резорбции трансплантата и выраженному снижению функции кисти. Выходом из положения может стать индивидуальное эндопротезирование с учётом точек фиксации сухожильно-связочного аппарата, что позволит, с одной стороны, максимально восстановить функцию кисти, а с другой – соблюсти все онкологические принципы радикальности и абластичности. Таким образом, метод индивидуального эндопротезирования представляет собой оптимальное сочетание радикальности лечения и возможности анатомического восстановления функции кисти.

Данный метод становится возможным благодаря развитию аддитивных технологий - процесса соединения материалов и выращивания объектов по 3D-модели слой за слоем. Применительно к онкоортопедии аддитивные технологии – вариант выбора в хирургическом лечении пациентов с опухолями сложнопрофильной локализации - коротких костей, костей лицевого черепа и тазового кольца.

Материалы и метод. Наш опыт использования аддитивных технологий мы представляем клиническим случаем. Пациент К., 1956 г.р., обратился на приём к онкоортопеду СОКОД с жалобами на наличие новообразования проксимальной фаланги 4 пальца правой кисти и ограничение объёма движений в 4 пястно-фаланговом суставе. На момент осмотра считал себя больным в течение трёх месяцев. Пациент был дообследован в соответствии с клиническими рекомендациями. По результатам трепан-биопсии выявлена хондросаркома. Госпитализирован в марте 2022 года в СОКОД.

Первым этапом выполнено удаление проксимальной фаланги 4 пальца правой кисти с установкой спейсера из костного цемента на кистевую спицу. В послеоперационном периоде, протекавшем без осложнений, пациент находился в гипсовой лонгете 2 недели. Плановое гистологическое исследование – хондросаркома G1. Учитывая степень дифференцировки опухоли, специальное лечение не показано. Пациент находился на диспансерном наблюдении 6 месяцев до сентября этого года, прогрессии не выявлено.

Вторым этапом принято решение о выполнении реконструктивной операции с использованием индивидуального эндопротеза. Для изготовления протеза выполнена КТ обеих кистей. Далее КТ-сканы обеих кистей с толщиной 0,625мм были загружены в цифровой программный комплекс, и были созданы их 3D-модели. Модель проксимальной фаланги 4 пальца здоровой кисти была зеркально отображена с выполнением примерки в область поражённого сегмента. На основании данной 3-модели была создана цифровая модель персонифицированного протеза. Протез состоит из трёх частей: центральная часть из титана Ti-6Al-4V, дистальная и проксимальная части из СВМПЭ. Общая длина импланта составила 35мм. В конструкции протеза предусмотрены отверстия диаметром 2 мм в количестве 12 штук. Вторым этапом выполнено удаление цементного спейсера и установка персонифицированного импланта. Эндопротез был фиксирован через отверстия в центральной части узловыми швами к фиброзному каналу, сформированному на первом этапе, а также была выполнена пластика капсул пястно-фалангового и проксимального межфалангового суставов. На контрольной рентгенографии стояние импланта удовлетворительное, подвывиха не выявлено. Пациент находится под динамическим наблюдением онкоортопеда и проходит реабилитационное лечение для восстановления функции правой кисти.

Выводы. Таким образом, аддитивное эндопротезирование на сегодняшний день является методом выбора в хирургическом лечении пациентов с опухолями на кисти, позволяющее максимально сохранить функцию с одновременным соблюдением радикальности лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУЧЕВОЙ И РАДИОНУКЛИДНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ

Павлова Е.Л., Орлов А.Е., Каганов О.И., Яннаева Ю.Г.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Болевой синдром при метастазах в кости является одним из первых симптомов, указывающих на прогрессирование заболевания в онкологии. Боль, ухудшающая качество жизни больного, отягощающая его жизнь, представляет собой серьезную социальную и медицинскую проблему. Метастазы в скелете могут наблюдаться при всех злокачественных новообразованиях. Для лечения хронического болевого синдрома , сопровождающие костные метастазы, одним из способов лечения является лучевая терапия. Возможны два способа подведения энергии: дистанционное наружное облучение и системная лучевая терапия радиоактивными изотопами, вводимыми парэнтерально. Преимуществами системной лучевой терапии является возможность воздействовать на очаги клинического и субклинического опухолевого поражения и в снижении лучевой нагрузки на критические органы и здоровые ткани, за счет избирательного накопления изотопов в костной системе.

Для СЛТ костных метастазов используют ряд изотопов, среди которых оптимальными клиническими и физическими параметрами обладает изотоп стронция -89.

Материалы и метод. В отделе лучевой терапии ГБУЗ СОКОД за период с 2019 по декабрь 2021г. проведена лучевая 110 пациентам с метастазами в кости с морфологически верифицированым раком различных локализаций в возрасте от 35 до 65 лет. У 35,4% пациентов болевой синдром локализовался в костях таза, у 15, 7% в грудном и 48,9% в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Дистанционная лучевая терапия проводилась 50 пациентам на ЛУ Cinac TrueBeam,Electa Synergy на зоны матастатического поражения, в которых наблюдался наиболее выраженный болевой синдром. Введение раствора 89-Стронция хлорида проводилось 60 пациентам в обьеме 4,0 мл, активностью 150 МБк.

Результаты исследования. Перед началом лечения в группе с лучевой терапией выраженность болевого синдрома по ВАШ 8-9 была 30 (60%) пациентов, 4-7 балла – 15 (30%) человек, менее 4 баллов – 5 (10%) человек. В группе с применением стронция выраженность болевого синдрома 8-9 бала была у 30 (50%) больных, с выраженностью 4-7 баллов 24 (40%) пациента и с выраженностью менее 4 балов 6 (10%) пациентов (p=0,12). Анальгетики принимали более половины пациентов.После проведенного лечения в группе после лучевой терапии выраженность болевого синдрома 8-9 баллов была выявлена у 10 (20%) больных в группе с стронцием у 2 (3,3%), в диапазоне 4-7 баллов 30 (50%) больных и 10 (16,7%), менее 4 баллов 10 (20%) и 48 (80%) пациентов соответственно (p=0,04). Положительный ответ после проведения лучевой терапии отмечен у 22 (44%) больных после лучевой терапии и у 45 (75%) больных (p=0,02), без динамики 18 и 15 пациентов (p=0,11), отрицательная динамика у 10 (20%) и 0 (0%) пациентов (p=0,01) соответственно.Противоболевой эффект после проведенного лечения развивался в течении 1 месяца.

Выводы. Применение метода радионуклиидной терапии в лечении больных с метатастазами в кости с целью купирования болевого синдрома значимо снижают и болевой синдром по сравнению с методом лучевой терапии, при этом не приводя к ухудшению состояния

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Петрова О.М., Кудряшова Л.Н., Петрова М.В.
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
ГБУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ»

Актуальность. Снижение нутритивного статуса - проблема, с которой зачастую, сталкиваются пациенты с запущенной формой рака органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Симптоматическая терапия у таких больных, является необходимым компонентом паллиативного лечения на всех этапах курации.

Материалы и метод. В 2020 году, нами было отобрано 153 пациента со злокачественными новообразованиями органов пищеварения, генерализованной формой, и прогнозом для жизни 6 и более месяцев. Все пациенты, разделены на 3 группы- 1-я группа (n=51) - пациенты получали нутритивную поддержку и паллиативное лечение (симптоматическое+противоболевое);- 2-я группа (n=49) - пациенты получали нутритивную поддержку, полиненасыщенные жирные кислоты Омега – 3 и паллиативное лечение (симптоматическое+противоболевое); - 3-я группа (n=53) – контрольная, пациенты получали паллиативное лечение (симптоматическое+противоболевое).

Далее был проведен анализ полученных результатов анкетирования пациентов до начала лечения и через 3 месяца, на выраженность основных симптомов сопровождающих злокачественные новообразования ЖКТ.

На начало исследования, хронический болевой синдром (ХБС), наблюдался у 27,5% (14 человек) больных первой группы; у 18,3% (9 человек) второй группы и у 22,6% (12 человек) третьей группы. Более половины пациентов отрицали наличие постоянного болевого синдрома – 72,5% (37 человек) в 1 группе, 81,7% (40 человек) во 2 группе, и 77,4% (38 человек) в 3 группе. Через 3 месяца от начала исследования доля больных отрицавших наличие ХБС увеличилась в группах получавших нутритивную поддержку на 5,5% и составила 76,5%; получавших нутритивную поддержку и полиненасыщенные жирные кислоты Омега – 3 на 8,4% и составила 87,8%. В контрольной группе, доля этих пациентов уменьшилась на 7,4% и составила 71,7%.

Результаты исследования. На начало исследования, не отмечали наличие слабости лишь около 10% пациентов всех групп. Умеренная слабость наблюдалась у каждого третьего пациента: первая группа - 27,2% (14 больных); вторая – 26,5% (13 больных) и третья группа - 26,4% (17 больных). Выраженная общая слабость была более чем у 60% пациентов (62,8; 65,3; 62,3% соответственно).

Через 3 месяца, если в группах получавших нутритивную поддержку и ПНЖК 3 омега доля больных, которые не отмечали общей слабости, увеличилось с 9,8 до 11,8% и 8,2 до 14,3% соответственно, то доля больных контрольной группы уменьшилась с 11,3 до 3,8%. Что касается больных отмечавших умеренную общую слабость, то их количество увеличилось во всех группах.

В 1-ой до 43,1%; во 2-ой до 40,3% и в 3-й до 32,1%. Проявление симптомов тошноты и рвоты на начало исследования у пациентов 1-ой группы, получавшей кроме симптоматической терапии нутритивную поддержку, в 86,3% случаев (44 человека) отрицали, лишь в 11,8% случаев (6 человек) возникали периодически, а в 1,9% случаев (1 человек) отмечал постоянный характер.

Во 2-ой группе, дополнительно получавшей ПНЖК - 3 Омега, тошнота в 75,5% случаев (37 человек) и рвота в 85,7% случаев (42 человека) отсутствовали, в 20,4% случаев (10 человек) и 10,2% (5 человек) тошнота и рвота соответственно возникали иногда, и в 4,1% случаев (2 человека) имели постоянный характер.

В 3-ей группе, получавшей только симптоматическую терапию, вышеуказанные симптомы распределились следующим образом: не было тошноты в 73,6% случаев (39 человек), рвоты в 75,5% случаев (40 человек); появлялись иногда тошнота в 20,8% случаев (11 человек) и рвота 17,0% случаев (9 человек); постоянная тошнота и рвота наблюдались в 5,6% случаев (3 человека) и в 7,5% случаев (4 человека) соответственно.

Через 3 месяца увеличилась доля пациентов без тошноты до 94,2 и 94,2% соответственно и рвоты до 94,2 и 93,9% соответственно в группах получавших нутритивное питание и полиненасыщенные жирные кислоты и уменьшилась в контрольной группе с тошнотой до 52,8% и рвотой до 54,7%. Хотелось бы отметить, что в контрольной группе увеличилось количество пациентов с тошнотой, возникающей периодически с 20,8 до 32,1% и постоянной - с 5,6 до 15,1%. Увеличилось в контрольной группе и количество пациентов с рвотой, возникающей иногда до 30,2% и постоянной рвотой до 15,1%.

Выводы. Таким образом, анализ проведенного исследования позволяет сделать заключение, что своевременная нутритивная поддержка положительно влияет на снижение негативных симптомов, сопровождающих онкологические заболевания дает значительно лучшие результаты в повышении качества жизни.

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ДНА ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА ЛОСКУТОМ С НОСОГУБНОЙ СКЛАДКИ

Поварков С.М., Мошуров И.П.
ГУЗ «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»

Актуальность. Несмотря на широкий спектр методов ранней диагностики, более 60% опухолей полости рта выявляются на III-IV стадиях. В настоящее время стандартизованный показатель заболеваемости раком полости рта в России в 2021 году на 100 тысяч населения составил: среди мужчин – 9,16 случаев, среди женщин – 3,93 случаев. В 2021 году в России было зарегистрировано 9217 новых случаев рака слизистой оболочки полости рта, при этом средний возраст заболевших составил 62 года (А.Д. Каприн, В.В. Старинский, А.О. Шахзадова, 2022). В связи с этим выявление факторов, способных улучшить результаты лечения, уменьшить частоту послеоперационных осложнений, повлиять на прогноз или качество жизни пациентов, можно рассматривать как актуальную область исследований. При этом, важной проблемой является определение хирургической тактики в применении наиболее оптимального метода реконструкции для устранения образовавшегося дефекта.

Цель исследования. Определение наиболее оптимального метода хирургической реконструкции дефекта у пациентов со злокачественными новообразованиями слизистой оболочки полости рта.

Материалы и метод. С 2021 по 2022 год в БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер» в рамках данного исследования выполнено 8 случаев хирургического лечения с одномоментным реконструктивно-пластическим компонентом лоскутом с носогубной складки (у мужчин в возрасте от 51 до 63 лет) с гистологически подтвержденным диагнозом – плоскоклеточный ороговевающий рак. Высокодифференцированный плоскоклеточный ороговевающий рак в 3 случаях (37,5%) и умереннодифференцированный плоскоклеточный ороговевающий рак в 5 случаях (62,5%). У всех пациентов местное распространение опухоли соответствовало T_2. Оперативное лечение заключалось в удалении опухоли с последующим замещением дефекта лоскутом с носогубной складки. Носогубной лоскут относится к кожным лоскутам, который обладает тонкой кожей, но способной в полной мере заместить дефект слизистой оболочки полости рта и языка. Формировался лоскут по соотношению ширины к длине 1:3.

Всем пациентам исследуемой группы выполнялась односторонняя шейная лимфодиссекция на стороне опухолевого процесса, независимо от наличия или отсутствия подтвержденного метастазирования в регионарные лимфоузлы.

Результаты исследования. Серьезных послеоперационных осложнений в применении данной методики обнаружено не было. Полное приживление лоскута отмечено у всех 8 пациентов. При этом в полной мере у пациентов сохранились функции речи, жевания и глотания. Замещение дефектов вышеизложенной методикой выполнялись у пациентов с полной вторичной адентией. Особенностью данного способа является то, что после вторичной реваскуляризации лоскута, а также корригирующих операций возможно улучшение условий фиксации съемного протеза. В перспективе через лоскут возможно проведение дентальной имплантации.

Выводы. Кожный лоскут с носогубной складки можно рассматривать как надежный вариант реконструкции дефектов дна полости рта и языка при T_2 и полной вторичной адентии. При использовании указанных лоскутов при реконструкции дефектов дна полости рта и языка можно добиться удовлетворительных эстетических и функциональных результатов.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ

Родионова В.А., Саксонова А.В., Лысенко А.И., Никитина Т.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Опухоли средостения составляют 0,5-3% среди новообразований различной локализации, большую часть из которых представляют лимфопролиферативные заболевания и метастатические поражения средостения (Казакевич В.И., 2013). Опухоли средостения долгое время протекают бессимптомно и выявляются на поздних стадиях, когда достигают больших размеров и сдавливают прилежащие органы. Золотым стандартом диагностики является рентгеновская компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Ультразвуковой метод исследования органов средостения не является предпочтительным, так как визуализации органов препятствует костная ткань (рёбра, грудина, позвоночник) и пневматизированные легкие. Отражение волн может происходить на уровне поверхности легкого, плевральной полости (при пневмотораксе) или подкожной клетчатки (при подкожной эмфиземе). Важным фактором хорошей визуализации является плотный контакт датчика с кожей, что также не всегда возможно (Wernecke K., 1986). УЗИ органов грудной клетки является лишь дополнительным уточняющим методом диагностики. И в некоторых случаях ультразвуковое исследование органов средостения имеет свои преимущества: возможность выбора удобного, нестандартного скана; исследование в режиме реального времени с оценкой тканей в движении; использование режимов цветного и энергетического картирования, допплерографии для регистрации и анализа спектра кровотока.

Клинический случай 1. Пациентка А., 46 лет. Диагноз: В-крупноклеточная лимфома средостения. На КТ сканах просвет верхней полой вены на фоне образования не прослеживается. Больше данных за прорастание верхней полой вены объемным образованием с её тромбозом. Пациентке было назначено УЗИ средостения: в В-режиме на статичном скане стенки верхней полой вены трудноразличимы. Просвет вены полностью заполнен гетерогенными включениями – можно предоположить тромбоз. Но в режиме реального времени на видеопетле, полученной из того же доступа с применением режима цветового картирования, удалось зарегистрировать по вене кровоток с выраженным стазом крови за счет сдавления опухолью ВПВ на уровне ее впадения в правое предсердие. Таким образом, УЗИ средостения позволило провести дифференциальную диагностику между опухолевым тромбозом верхней полой вены и её экстраваза льной компрессией, что влияет на тактику лечения.

Клинический случай 2. Пациент Б., 60 лет. Диагноз: периферический рак верхней доли левого легкого с централизацией, гистологическая картина: нейроэндокринная карцинома G3. По данным КТ в S3 левого легкого объемное образование с четкими бугристыми контурами размерами 181х116 мм, с контрастным усилением, обтурирует верхнедолевой бронх, компримируют нижнюю долю, в образовании не определяется верхнедолевая ветвь левой легочной артерии, отмечаются признаки инвазии в легочные вены слева и в средостение. Магистральные сосуды и трахея обычного расположения и диаметра. Назначено УЗИ средостения. Дополнительно выявлен опухолевый тромбоз одной из легочных вен с распространением в полость левого предсердия. Ультразвуковое исследование позволило более точно определить распространенность опухолевого процесса.

Выводы. Ультразвуковое исследование органов средостения является доступным и информативным методом, позволяющим уточнить местную распространенность опухолевого процесса, степень вовлечения окружающих крупных сосудов и характер кровотока по ним, и должно проводиться с целью повышения эффективности первичной и дифференциальной диагностики опухолей легкого и средостения.

Список литературы.

1. В.И. Казакевич. Использование ультразвукового исследования в определении местного распространения опухолей средостения. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена, 3, 2013 20-25.
2. В.И. Казакевич. Ультразвуковое исследование органов грудной клетки при опухолях легких. МНИОИ им.П.А.Герцена, М.2003 -168с.
3. Wernecke K., Peters P.E., Galanski M. Mtediastinal tumors: evaluation with suprasternal sonography. Radiology. 1986; 1596: 405-9.
4. Gebgard Mathis. Chest sonography. Springer-VERLAG Berlin Heidelberg 2008.107-131

COVID-19-АССОЦИИРОВАННЫЙ СИНДРОМ ТАКОЦУБО В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Родионова В.А., Шахов И.А., Кузьмин В.П., Паравина Е.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П.Полякова»
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»

Актуальность. Одним из прогностически важных осложнений новой коронавирусной инфекции является развитие COVID-19-ассоциированной острой миокардиальной дисфункции, или синдрома Такоцубо (СТ). Причин для его развития у онкологических больных более чем достаточно: выделение катехоламинов с избыточной чувствительностью кардиомиоцитов, эндотелиальная дисфункция вследствие вирусного поражения миокарда, токсический эффект химиотерапии, и др. СТ представляет собой острое состояние, схожее по клиническим проявлениям с острым коронарным синдромом (ОКС), как правило, обратимое, выражающееся в виде острой дисфункции левого желудочк (ЛЖ) при отсутствии обструкции коронарных артерий. Значительную роль в прогнозе СТ у кардиоонкологического больного играют определенные физиологические факторы – астенизация, нарушение белково-электролитного обмена, гормональные и метаболические нарушения, психоэмоциональное состояние пациента. По данным международного регистра СТ диагностируется в 2-5% всех случаев ОКС. По статистике в Российской Федерации - в 1-3% случаев ОКС. В ГБУЗ СОКОД за за 2019- 2021 год в условиях стационара зарегистрировано 108 случаев сердечно-сосудистых осложнений, из них диагноз COVID-19-ассоциированной острой миокардиальной дисфункции, или СТ выставлялся в 3 случаях.

Цель исследования. Демонстрация клинического случая с целью выявления особенностей течения COVID-19-ассоциированного СТ у онкологических больных.

Материалы методы. Пациентка А., возраст 62 года, обследовалась в условия СОКОД в течение 2-х недель по поводу основного диагноза: Рак яичников СТ3CNXM0 2 клиническая группа, сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь II ст , риск III, степень гипертензии 1. ИБС. Стенокардия напряжения II ф.кл. Фибрилляция предсердий (ФП), постоянная нормосистолическая форма. HIIA, NYHA III. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. Амбулаторно принимала ингибиторы АПФ, антиагреганты, сердечные гликозиды, антикоагулянты. По данным трансторакальной ЭХОКГ, нарушений локальной сократимости ЛЖ не выявлено, незначительная концентрическая гипертрофия ЛЖ, дилатация полости левого предсердия, расчетное систолическое давление в легочной артерии 22 мм.рт.ст. ОАК, биохимический анализ крови без особенностей. Проведена лапаротомия, удаление матки и придатков. На третий день после оперативного лечения – повышение температуры до 38,7 градусов, жалобы на ангинальные боли, одышку, сердцебиение, резкую слабость, головокружение, снижение АД до 70/40 мм.рт.ст. Переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. ПЦР тест на обнаружение SARS-CoV-2 положительный. ЭКГ: ФП с ЧСЖ 120 в 1 мин, зубец q V2-V3, нарушение процессов реполяризации по типу субэндокардиальной ишемии в области передней стенки (отрицательные равнобедренные зубец T V2-V3). Тропониновый тест – положительный, ProBNP 1430 нг/мл. Трансторакальная ЭХОКГ – акинезия в области верхушки циркулярно, гипокинезия передней и боковой стенок медиальных сегментов, ФВ 38%, систолическое давление в ЛА 40 мм.рт.ст. Инвазивная коронарография – отсутствие обструктивного поражения коронарных артерий. На фоне посиндромной терапии, противовирусной терапии, инотропной поддержки норадреналином, антикоагулянтной, антиагрегантной терапии, нитратов, левосимендана, транквилизаторов - стабилизация гемодинамики, улучшение состояния. На пятый день - отсутствие ангинальных болей, нормализация биомаркеров, положительная динамика по данным ЭКГ (отсутствие признаков ишемии, нормосистолия), ЭХОКГ (нарушений локальной сократимости левого желудочка не выявлено, ФВ 55%, расчетное систолическое давление в легочной артерии 28

мм рт.ст.) Выписана в удовлетворительном состоянии для продолжения дальнейшего специального лечения в ГБУЗ СОКОД.

Результаты и выводы: Своевременная диагностика СТ, а особенно COVID-19-ассоциированного СТ, крайне важна у онкологических больных, испытывающих интенсивный эмоциональный стресс в связи с их диагнозом и агрессивным лечением. При подготовке пациента к лечению необходимо комплексно оценивать его физиологическое состояние. Большое значение имеет коррекция психоэмоционального статуса, белково-электролитных нарушений, контроль и коррекция гемодинамики. ЭХОКГ исследование в динамике – важный информативный метод своевременной диагностики данной патологии.

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОБЬЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СЕРДЦА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Родионова В.А., Шибанова Н.Н., Никитина Т.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Опухоли сердца (ОС) – разнородные по гистологическому строению новообразования, первично возникающие из тканей сердца или прорастающие в них из других органов. В зависимости от их типа, локализации и размера, могут вызывать одышку, кашель, тахикардию, аритмии, боли за грудиной, сердечную недостаточность, тампонаду сердца, тромбоэмболии. Диагностика ОС проводится с учетом данных ЭхоКГ, рентгенографии, вентрикулографии, МРТ и МСКТ сердца, ЭКГ, биопсии. При выявлении первичных доброкачественных ОС, как правило, производится их радикальное иссечение; лечение первичных злокачественных и метастатических новообразований обычно паллиативное (лучевая терапия, химиотерапия). ОС, представляющие самостоятельные заболевания, являются первичными; опухоли, метастазирующие по кровеносным и лимфатическим сосудам либо прорастающие из соседних органов, - вторичными. Причины развития первичных ОС неизвестны. Вторичные ОС чаще представлены метастазами рака молочной железы, желудка, легких, реже - рака щитовидной железы и почек. Самые частые первичные злокачественные ОС- саркомы. Они встречаются, главным образом, в молодом возрасте (средний возраст 40 лет). Саркомы сердца могут быть представлены ангиосаркомами (40%), недифференцированными саркомами (25%), злокачественными фиброзными гистиоцитомами (11-24%), лейомиосаркомами (98-9%), рабдомиосаркомами, фибросаркомами, липосаркомами, остеосаркомами. Злокачественные ОС чаще возникают в левом предсердии, приводя к обструкции митрального отверстия, тампонаде сердца, сердечной недостаточности, метастазированию в легкие. Мезотелиомы перикарда относительно редки и встречаются преимущественно у мужчин. Они обычно метастазируют в плевру, позвоночник, мозг, окружающие мягкие ткани. Первичные лимфомы чаще поражают лиц, страдающих иммунодефицитом (в т. ч. ВИЧ-инфекцией). Эти опухоли сердца склонны к чрезвычайно быстрому росту и сопровождаются сердечной недостаточностью, аритмиями, тампонадой и синдромом верхней полой вены. Метастатические ОС чаще всего поражают перикард, реже – сердечную мышцу, эндокард и сердечные клапаны. Как и первичные ОС, они могут вызывать одышку, острый перикардит, тампонаду сердца, нарушения ритма, атриовентрикулярную блокаду, застойную сердечную недостаточность. В сердце могут метастазировать рак легких, груди, почечный рак, саркома мягких тканей, лейкоз, меланома, лимфома, саркома Капоши. Диагностика ввиду вариабельности клинической картины и множественности морфологических форм ОС, их диагностика является непростой задачей. Данные ЭКГ при опухолях сердца полиморфны и малоспецифичны: они могут отражать признаки гипертрофии камер сердца, нарушения проводимости и ритма, ишемию миокарда и т. д. Рентгенография органов грудной клетки чаще всего выявляет увеличение размеров сердца и признаки легочной гипертензии. Более чувствительным методом диагностики опухолей является УЗИ сердца: с помощью чреспищеводной ЭхоКГ лучше визуализируются опухоли предсердий, путем трансторакальной ЭхоКГ – опухоли желудочков.

Цель исследования. Представить кинический случай выявленного новообразования в сердце при проведении трансторакальной ЭхоКГ.

Материалы и метод. Пациентка Л., 74 года, проходила обследование и лечение в условиях СОКОД с диагнозом D30.0 Т-г правой почки, 1а кл.гр., жалоб со стороны сердечно - сосудистой системы не предъявляла. Обследование включало в себя: ЭКГ в 12 отведениях, ЭХО-КГ с цветным картированием и доплеровским анализом на аппарате PHILIPS IU22.

Результаты исследования. При проведении эхокардиографии в полости правого желудочка лоцируется гетерогенное образование размером 38х48 мм, заполняющие до ½ полости правого желудочка интимно соединенное с прилегающими стенками правого желудочка и межжелудочковой перегородки. Выпот в полости перикарда не выявлен. При проведении ЭКГ – синусовый ритм, диффузные неспецифические изменения сегмента ST и зубца Т. При последующим наблюдении пациентки в условиях СОКОД выявлены множественные метастазы в легкие, правый надпочечник. На ЭКГ: синусовый ритм, нормосистолия, диффузные неспецифичексие изменения сегмента ST и зубца Т. При проведении эхокардиографии объёмное образование правого желудочка несколько увеличилось в размерах по сравнению с предыдущим обследованием. Пациентка проходит дальнейшее комплексное противоопухолевое лечение в условиях СОКОД под наблюдением кардиолога, контролем ЭКГ и ЭХО- КГ.

Выводы. Трансторакальная эхокардиография является высокоинформативным и доступным методом исследования, позволяющим выявить объемные образования сердца и выработать дальнейшую тактику лечения пациента.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ СТРУМА ЯИЧНИКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Селезнева А.В., Баканова Ю.Г., Югина О.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Струма яичника, описанная впервые VonKaldend, 1895 относится к монодермальной тератоме, и представляет собой достаточно редкую опухоль, которая исключительно в значительной мере состоит из ткани щитовидной железы. Она является эмбриональной опухолью и состоит из клеток, полученных из одного или нескольких зародышевых листков (мезо-, эндо-, эктодермы).

По данным литературы, она составляет 2.7% всех тератом яичников. В свою очередь тератомы встречаются в 10-12% среди опухолей яичников. Приблизительно 5-10% струм яичника могут трансформироваться в карциному (злокачественная тератома). Струма яичника встречается у 40-60-летних женщин, хотя изредка поражаются женщины других возрастных групп. Рост опухоли иногда сопровождается асцитом (по типу синдрома Мейгса) и очень редко - симптомами тиреотоксикоза.

Струма яичника, как правило, является односторонней опухолью. При злокачественной тератоме симптоматика соответствует серозному раку яичника. Ультразвуковая картина не является специфической.

При патоморфологическом исследовании наружная поверхность опухоли гладкая, консистенция эластичная. Поверхность разреза дряблая, коричневая, коричневато-красная, иногда с зелёным оттенком, изредка содержит заполненные коллоидом кисты с кровоизлияниями, некрозами. Архитектоника тканей столь же разнообразна, как в щитовидной железе. Гистологический диагноз злокачественной струмы нередко является спорным в связи с отсутствием единых диагностических критериеви крайне малой частоте наблюдений. Под микроскопом злокачественная струма яичника чаще всего имеет картину папиллярного рака, в опухоли встречаются очаги нормальной ткани щитовидной железы, кистозные полости, а также зоны , имеющие строение зоба, нередки ксантоматоз, склероз, отложения солей кальция, очаги остеогенеза. Злокачественную струму следует дифференцировать от крайне редкой патологии-метастаза рака щитовидной железы.

Клинический случай: Пациентка 55лет поступила в онкологический диспансер с с жалобами на периодические тянущие боли в правом боку около 6-7 мес. По УЗИ выявлено объемное образование правого яичника кистозно-солидной структуры, по эхографической картине больше данных за с-r . Гинекологом выставлен диагноз- Т-r малого таза больших размеров. Mts в забрюшинные лимфатические узлы слева, подключичный лимфоузел. Выполнена операция аднексэктомия справа, придатки справа отправлены на cito-диагностику. Макроописание: Яичник d 11см на разрезе солидно-кистозного строения, желтого цвета с участками бледно-коричневого цвета, маточная труба без особенностей. Предварительно выставлен диагноз аденокарцинома. Пациентке выполнена экстирпация матки с левыми придатками, резекция сальника,лимфодиссекция. При плановом исследовании опухоли правого яичника был выставлен диагноз злокачественной струмы яичника.

Выводы. Особенность строения злокачественной струмы яичника требует от врач-патоморфолога достаточного опыта для точной постановки морфологического диагноза. Именно точность гистологического диагноза позволяет клиническому онкологу выбрать оптимальный вариант лечения данной патологии. Настоящее клиническое наблюдение доказывает сложность патоморфологической картины злокачественной струмы яичника.

ПЕРВАЯ ЛИНИЯ ИММУНОТЕРАПИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Серебренников Г.А., Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Мусин Ш.И., Насретдинов А.Ф., Измайлов А.А., Липатов О.Н.

.ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РБ

Аннотация. Гепатоцеллюлярная карцинома - распространенный тип злокачественных новообразований печени и одна из ведущих причина смерти от рака во всем мире. В Российской Федерации по данным статистических отчетов также отмечается рост заболеваемости. Более 10 лет тирозинкиназный ингибитор сорафениб был единственным зарегистрированным средством лечения распространенной гепатоцеллюлярной карциномы. Вторым препаратом для терапии распространенной гепатоцеллюлярной карциномы в первой линии был зарегистрирован ленватиниб. В эру ингибиторов контрольных точек остается актуальным возможность такой терапии в первой и последующих линиях распространенной гепатоцеллюлярной карциномы. Комбинация атезолизумаба с бевацизумабом в исследовании III фазы (IMbrave150) улучшило результаты лечения, такие как общая выживаемость и выживаемость без прогрессирования.

Цель сследования. Оценить результаты применения комбинации атезолизумаба и бевацизумаба в реальной клинической практике у пациентов с местнораспространенной или метастатической гепатоцеллюлярной карциномой.

Материалы и методы. В исследование включено 22 пациента с местнораспространенной или метастатической гепатоцеллюлярной карциномой получавшие терапию в первой линии комбинацией атезолизумаба и бевацизумаба в Республиканской клиническом онкологическом диспансере. В исследование включались пациенты, которым была проведена оценка эффективности терапии как минимум 1 раз. По полу пациенты распределились следующим образом: мужчины – 16 пациентов, женщины – 6. По этиологическим факторам у 10 пациентов в анамнезе не было гепатитов, в 3 случаях гепатит В, в 9 случаях гепатит С. Средний возраст составил 59,7 лет, причем в возрастной группе 61-80 лет было наибольшее количество пациентов 11. По шкале Чайлд Пью на момент начала терапии стадия А у 1 пациента, стадия В у 18 пациентов и стадия С в 3 случаях. По статусу ECOG 0 баллов в 1 случае, 1 балл в 18 случаях и 2 балла отмечено у 3 пациентов. Проведена оценка медианы общей выживаемости и выживаемости без прогрессирования. Также проведен подгрупповой анализ выживаемости без прогрессирования в зависимости от уровня АФП и стадии Чайлд Пью.

Результаты исследования. По данным проведенного анализа, выживаемость без прогрессирования составила 9 месяцев, тогда как в исследовании IMbrave150 этот показатель составил 6,9 мес. Медиана общей выживаемости не достигнута в настоящее время. В подгрупповом анализе выживаемость без прогрессирования коррелировала как от стадии Чайлд-Пью так и от уровня АФП. При стадии А по Чайлд-Пью медиана выживаемость без прогрессирования не достигнута, при стадии В ВБП составила 9 мес., при стадии С этот показатель составил лишь 5 мес. Мы распредели пациентов по уровню АФП на три группы – до 100, от 100 до 400 и более 400. ВБП в группе до 100 и в группе от 100 до 400 не достигнута, в группе пациентов с уровнем АФП более 400 этот показатель составил 6 месяцев.

Выводы. В отличии от клинического исследования IMbrave150 в рутинной практике комбинацию атезолизумаба и бевацизумаба получали пациенты с более тяжелым статусом по ECOG и стадией по Чайлд Пью. Комбинированная терапия атезолизумабом и бевацизумабом при местнораспространенной или метастатической гепатоцеллюлярной карциномой продемонстрировала свою эффективность в реальной клинической практике. Полученные результаты свидетельствуют что пациенты с более тяжелым соматическим статусом могут иметь выгоду от комбинированной терапии атезолизумабом и бевацизумабом.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОЗОМ ЛЕГКИХ ВСЛЕДСТВИИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Сивохина Т.А., Орлов А.Е., Капп Н.Г., Бурмистрова С. А., Суховилова Е. В.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Лучевая терапия является ведущим методом в комбинированном лечении рака молочной железы. Одним из осложнений проведения лучевой терапии является развитие пневмофиброза легких. Причиной пневмофиброза легких становятся остро развивающиеся лучевые повреждения лёгких (пневмониты). Клинически сопровождается кашлем с сухой или малопродуктивный с вязкой мокротой, медленно нарастает экспираторная одышка и боли в грудной клетке, на рентгенограммах выявляется уплотнение интерстициальной ткани. Завершением клиники является развитие пневмосклероза лёгких, обусловленное рентгенологически сплошными затемнениями, не подвергающимися регрессии. Пневмофиброз легким является значимым критерием снижения качества жизни

Цель исследования. Оценить эффективность реабилитационных мероприятий в лечении постлучевых фиброзов лёгких вследствие радикального комбинированного лечения рака молочной железы.

Материалы и методы. В исследование были включены 89 женщин с диагнозом рак молочной железы I-IIIB стадии после радикального хирургического лечения и курса лучевой терапии с признаками постлучевого фиброза легких. Для оценки эффективности лечения пациенты были разделены на 2 группы. Пациентам основной группы, состоящей из 44 женщин, в течение двух недель проводились ежедневные процедуры: лекарственные ингаляции с 5% раствором диметил сульфоксида (димексида), низкочастотной магнитотерапии грудной клетки и дыхательной гимнастики. В то время как пациентам группе сравнения, состоящей из 45 женщин, проводились только занятия дыхательной гимнастикой. Всем пациентам проводились индивидуальные психокоррекционные занятия с психологом.

Результаты исследования. В результате исследования было установлено, что результаты проведения комплекса реабилитационных мероприятий у пациентов основной группы дают статистические значимые различия с результатами лечения группы сравнения. В обеих группах интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале была 6±1, после лечения в основной группе - 3±2, в контрольной - 5±1. ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Показатели качества жизни по опроснику SF-36 психический и физический компонент здоровья в основной группе с 20,1 ±3,2 и 41,2±2,1 увеличились до 39,5±4 и 47±3,2 соответственно, когда в группе сравнения увеличились с 20,2±2,1 и 40,1±2.3 до 33±7 и 43,5±3,5 соответственно. ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$) Так же в основной группе значительно уменьшились частота кашля, степень выраженности одышки.

Выводы. Комплексное применения методов низкочастотной магнитотерапии, лекарственной ингаляционной терапии и дыхательной гимнастики является эффективным методом коррекции постлучевых фиброзов лёгких у пациентов с диагнозом рак молочной железы I-IIIB стадии, перенесших комбинированное лечение с включением радикального хирургического лечения и лучевой терапии.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Сивохина Т.А., Каганов О.И., Бурмистрова С.А., Капп Н.Г., Лаврентьева Е.Б.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Одно из наиболее часто встречающихся осложнений хирургического лечения опухолей слюнных желез - парез мимической мускулатуры лица, который возникает вследствие развития посттравматической послеоперационной невропатии лицевого нерва, которая чаще развивается после тотальной и субтотальной паротидэктомии (100% и 67% соответственно). Данное осложнение отражается на психологическом состоянии пациентов, также снижает качество жизни. Таким образом, реабилитация пациентов, перенесших хирургическое лечение опухолей слюнных желез, является важным этапом в лечении данной категории пациентов.

Цель исследования: разработать эффективный комплекс реабилитационных мероприятий для пациентов с парезом мимической мускулатуры после хирургического лечения рака слюнной железы.

Материалы и метод. В исследование было включено 82 пациента после хирургического лечения рака слюнной железы I-III стадии, имеющие в раннем послеоперационном периоде парез мимической мускулатуры. Для оценки эффективности лечения пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 42 пациента, которые получали в течение 2 недель курс лечения, состоящий из специализированного комплекса лечебной физкультуры, электростатического массажа системой «Хивамат» на область лица, электростимуляции мышц пораженной половины лица и лазеротерапии по ходу ветвей пораженного нерва. Группа сравнения состояла из 40 пациентов, получавших в течение того же промежутка времени комплекс процедур, состоящий из занятий лечебной физкультурой и лазеротерапии.

Результаты исследования. В результате исследования были установлены статистически значимые различия. Отмечена положительная динамика в обеих исследуемых группах по всем показателям, но с выраженными различиями. Все пациенты основной группы к середине курса лечения отмечали уменьшение субъективных ощущений (боль, онемения в послеоперационной области), а также уменьшение рези в глазах и слезотечения. К концу курса реабилитации 32 пациентов данной группы (72,3%) отмечали значительное уменьшение асимметрии лица - визуально отмечалось полное смыкание век, увеличение подвижности угла рта на стороне операции. У пациентов второй группы также отмечалось уменьшение субъективных ощущений. Асимметрия лица также уменьшилась, но лишь у 31% пациентов данной группы ($t \geq 2$, $p \leq 0{,}05$). В основной группе интенсивность боли по шкале ВАШ уменьшилась с 6±1 до 3±1, в то время как в контрольной группе уменьшились с 6±1 до 5±1 ($t \geq 2$, $p \leq 0{,}05$). Показатели качества жизни так же значительно улучшились в основной группе. До лечения психический компонент здоровья - M=33,1, физический компонент здоровья M=30,3. после курса реабилитации – M=53,1 и M=42,8 соответственно. Тогда как в группе сравнения до- психический компонент здоровья M=32,4 и физический компонент здоровья M= 31,1 и после лечения - M=42,8 и M=35,6 соответственно ($t \geq 2$, $p \leq 0{,}05$).

Выводы. Таким образом, оптимальной реабилитационной программой с максимальной коррекцией явлений послеоперационной невропатии лицевого нерва является комплекс процедур состоящий из - специально разработанного комплекса лечебной физкультуры, электростатического массажа системой «Хивамат», мануального массажа лица, электростимуляции мышц пораженной половины лица и лазеротерапии по ходу ветвей пораженного нерва. Применение комплексной программы реабилитации приводит к значительному улучшению структурно-функциональной организации нервной ткани, улучшению нервно-мышечной проводимости, что в конечном итоге приводит к уменьшению проявлений послеоперационной невропатии лицевого нерва, что ведет к повышению качество жизни пациентов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННОГО БАЛЛОНА ДЛЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Скупченко А.В., Репин А.А., Рассудишкин А.С., Лысенко А.В., Пущенко А.И.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Гепатоцеллюлярный рак занимает 5-е место по распространенности и 2-е по смертности среди онкологических заболеваний. В структуре первичных злокачественных опухолей печени гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) составляет 85—90% . В большинстве наблюдений ГЦР диагностируется в поздних стадиях, когда невозможно проведение радикального лечения. Трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) печени является методом выбора при промежуточной стадии ГЦР, которая встречается наиболее часто. Селективность манипуляции позволяет минимизировать системное воздействие на организм и обеспечивает высокую эффективность за счет доставки химиоэмболизирующих агентов непосредственно в сосудистое русло опухоли. Использование окклюзионного баллона позволяет добиться наилучшего накопления эмболизата в питающих артериальных сосудах, самой опухоли и ветвях воротной вены. При эмболизации с использованием микробаллона кровоток по окклюзированной артерии прекращается, но сохраняется кровоток через коллатеральную сеть, что позволяет нагнетать эмболизат под давлением, добиваясь его большей аккумуляции в опухоли.

Цель исследования - оценка результатов лечения больных ГЦР после «цементирующей эмболизации» опухоли, включающей заполнение эмболизирующим материалом питающих артериальных сосудов, самой опухоли и ветвей воротной вены.

Материалы и методы. 9 пациентов с гепатоцеллюлярным раком (14 опухолей), размеры опухолей 1,2 – 5,1 см, суперселективная эмболизация выполнялась комплексом липиодола и раствора доксорубицина после предварительной окклюзии питающего опухоль сосуда баллоном Occlusafe, Непосредственные результаты выполненной суперселективной эмболизации оценивались при помощи субтракционной ангиографии по критериям Miyayama S. (Уровни визуализации воротной вены после выполненной эмболизации: Grade 0 - отсутствие визуализации, Grade 1 -незначительная визуализация, и Grade 3 - выраженная визуализация воротной вены). Степень достигнутой окклюзии по Miyayma S : Grade 0 – 1 опухоль (7%), Grade 1 – 2 опухоли (14%) , Grade 3 – 11опухолей (79%) .

Результаты исследования. Оценка результатов проводилась по данным 3D – CT и критериям RECIST через 3 месяца, 6 месяцев и 12 месяцев. Время выявленного рецидива при окклюзии по Miayama S. Grade 0 (1 опухоль), рецидив в зоне эмболизации возник через 12 месяцев, Grade 1(2опухоли) 1рецидив в зоне эмболизации возник через 1 месяц. Grade 3(11 опухолей) - 1 рецидив в зоне эмболизации возник через 12 месяцев.

Выводы. Суперселективная эмболизация ГЦР размерами до 5 см с использованием окклюзионного микробаллона позволяет эффективно достигать «цементирующей эмболизации» опухоли, включающей заполнение эмболизирующим материалом питающих артериальных сосудов, самой опухоли и ветвей воротной вены**.** Эффективность эмболизации зависит от глубины проникновения эмболизирующего агента в портальную систему

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ РЕЦИДИВЕ МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ОПУХОЛЬЮ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ РАНЕЕ ВЫПОЛНЕННОЙ ПЕРЕВЯЗКИ ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ

Скупченко А.В., Лысенко А.В., Пущенко А.И., Рассудишкин А.С., Репин А.А., Федосеева А.И.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак шейки матки (РШМ) – злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки шейки матки (эктоцервикса или эндоцервикса). Занимают высокое 5-е ранговое место (5,2%) в структуре онкологической заболеваемости и 10-е место (4,7 %) в структуре причин онкологической смертности женщин в России [1].

Кровотечение осложняет течение рака шейки матки в 55–83,5 % случаев [2]. Способы борьбы с данным осложнением ограничены в силу анатомии и распространенности процесса. Консервативные методы остановки кровотечения включают в себя общую гемостатическую терапию и местное воздействие (использование биологических препаратов и тугая тампонада влагалища). Из известных хирургических методов у больных РШМ в настоящее время доступны: криодеструкция, электрокоагуляция, экстренная гистерэктомия, перевязка внутренних подвздошных артерий, рентгеноэндоваскулярная окклюзия маточных или внутренних подвздошных артерий.

Материалы и метод. Представлен клинический случай применения метода рентгеноэндоваскулярной окклюзии при рецидиве маточного кровотечения у пациентки с опухолью шейки матки после ранее выполненной перевязки внутренних подвздошных артерий.

Пациентка П., 1971 года рождения. Клинический диагноз: С53.8 Рак шейки матки cT2N1M0, Gx, III стадия, 2 клиническая группа.

Больна с 2021 года (периодические кровянистые выделения из половых путей). По данным МРТ малого таза матка деформирована за счет мягкотканного образования шейки матки размерами до 92*84*130мм с неровными контурами и признаками контрастного усиления. Описанное образование распространяется на тело матки (до дна), верхнюю треть влагалища, пришеечную клетчатку в области переднего Дугласового пространства, прилежит к задней стенке мочевого пузыря (на протяжении около 45мм с распространением в просвет), прилежит к среднеампулярному отделу прямой кишки без признаков инвазии.

За период обследования с марта по сентябрь 2022г в общей сложности произошло пять эпизодов маточного кровотечения. В июне 2022 выполнена перевязка внутренних подвздошных артерий. Решение врачебной комиссии после телемедицинской консультации с ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Москва – показана экзентерация органов малого таза. 14.09.2022 госпитализирована в отделение онкогинекологии СОКОД. 15.09.2022 (через 3.5 месяца после перевязки внутренних подвздошных артерий) у пациентки очередной рецидив маточного кровотечения.

По жизненным показаниям выполнена ангиографию сосудов малого таза.

Устья внутренних подвздошных артерий в типичном месте, определяются слепо заканчивающиеся их «культи» с обеих сторон длиной около 1.5-2 см после ранее выполненной перевязки. При дальнейшем распространении контрастного вещества по наружной подвздошной артерии слева имеется отсроченное ретроградное контрастирование дистального отдела левой внутренней подвздошной артерии (ниже уровня перевязки) с типичной анатомией её ветвей. Выявлены коллатеральные сосудистые перетоки между артериями, огибающими головку бедренной кости (из бассейна наружной подвздошной) и нижней и верхней ягодичными артериями (из бассейна внутренней подвздошной). С большими техническими трудностями удалось катетеризировать устье левой медиальной артерии, огибающей бедренную кость. Далее микрокатетер проведен через извитые сосудистые перетоки в просвет внутренней подвздошной артерии. Селективно

катетеризировать маточную артерию слева не удалось. Выполнена эмболизация внутренней подвздошной артерии слева микроэмболами ПВА. Кровотечение остановлено. Операция завершена.

Выводы. Применение методики эндоваскулярного гемостаза при маточных кровотечениях у пациенток с диагнозом РШМ является альтернативой традиционному хирургическому лечению и позволяет получить быстрый и стойкий гемостатический эффект. Приведенный пример позволяет рекомендовать проведение диагностической ангиографии с возможной эмболизацией опухолевых сосудов также и у пациенток после ранее выполнявшихся полостных вмешательств в анамнезе.

Список литературы.

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2018г.(заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019. 250 с.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб., 2002. 544 с.

ОЦЕНКА ПЕРВЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК ВУЛЬВЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ ПЛАНИРОВАНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ VMAT

Собина С.С.[1], Лукьянова И.В.[2], Каганов О.И.[1,2], Куликова С.А.[2], Носова Н.В.[2], Парфёнова Н.Ю.[2], Костромина Л.И.[2]

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»[1]

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»[2]

Актуальность. Наряду со стандартными методиками планирования лучевой терапии с 2021 года в ГБУЗ СОКОД применяется методика ротационного объемно-модулированного облучения (VMAT), позволяющая провести планирование облучения со значительным градиентом дозы на границе облучаемого объема.

Цель исследования. провести сравнительную оценку частоты развития и степени тяжести ранних и поздних лучевых реакций, а также первых результатов лечения пациентов с диагнозом рак вульвы с использованием методики планирования лучевой терапии - VMAT.

Материалы и метод. Материалом для исследования послужили данные 36 пациентов с морфологически подтвержденным диагнозом рак вульвы, проходивших курс ДЛТ по радикальной программе в СОКОД с января по декабрь 2021 года. В основную группу вошли 11 пациентов, получавших лечение с использованием методики VMAT, в группу контроля - 25 пациентов, которым было проведено облучение по методике 3D-КЛТ. Критерий включения пациентов: проведение ДЛТ по радикальной самостоятельной программе в режиме классического фракционирования: ежедневно, 5 раз в неделю, РОД 2 Гр, СОД 60-64 Гр (в зависимости от стадии заболевания) на область вульвы и зоны регионарного метастазирования. Лучевая терапия с платиносодержащей сенсибилизирующей химиотерапией с использованием препарата Цисплатин проводилась 3 пациентам: в основной группе – 1 пациенту, в группе контроля – 2 пациентам. У 85,52% пациентов установлены I-II стадии заболевания. Средний возраст пациентов: 72,59 лет. Группы пациентов были сопоставимы по основным характеристикам. Всем пациентам для планирования облучения проводилась рентгеновская КТ в лечебном положении, толщина томографического слоя составила 5 мм. Оценка ранних лучевых реакций проводилась с использованием классификаций RTOG/EORTC.

Результаты исследования. Все включенные в исследование пациенты закончили курс лечения в рамках протокола, незапланированных перерывов в лечении в основной и контрольной группах не было.

В основной группе острые лучевые реакции со стороны мочевыводящих путей в виде лучевого цистита, сопровождающегося учащением мочеиспускания, преобладанием ночного диуреза над дневным, ложными позывами к мочеиспусканию, зарегистрированы не были. В группе контроля данные реакции со стороны мочевыводящих путей I степени тяжести встретились у 9 пациентов (36,0%), а лучевые реакции II степени тяжести, к проявлению которых относится учащение мочеиспускания или никтурия с частотой более 1 раза в час, дизурия, императивные позывы к мочеиспусканию, спазмы мочевого пузыря, требующие медикаментозной коррекции, были зарегистрированы у 5 человек (20,0%). Все острые лучевые реакции со стороны прямой кишки, зарегистрированные у представителей основной группы, относились к I степени тяжести заболевания и не требовали специальной коррекции. Более серьезные токсические реакции II степени тяжести в виде постлучевого ректита: диареи, требующей назначения терапии, выделения слизи, болей внизу живота, требующих обезболивания, развились у 2 пациентов из группы контроля (8,0%), получавших лечение по методике 3D-конформной лучевой терапии.

В основной группе поздние лучевые реакции со стороны мочевыводящих путей выявлены не были. В группе контроля данные реакции I степени тяжести встретились у 3 пациентов (12,0%). В обеих группах поздние лучевые реакции со стороны прямой кишки выявлены не были.

Оценка результатов лечения проводилась всем включенным в исследование пациентам по данным МРТ через 3 и 6 месяцев после завершения лечения в соответствии с критериями ВОЗ. Для сравнения использовались данные МРТ, выполненной на этапе предлучевой подготовки. В основной группе из 11 пациентов полный ответ на проведенное лечение выявлен у 8 пациентов (72,7%), в том числе у одной пациентки, у которой проводилась платиносодержащая сенсибилизирующая химиотерапия с использованием препарата Цисплатин; частичный ответ достигнут у 3 пациентов (27,3%). В группе контроля полный ответ на лечение наблюдался у 16 пациентов (64,0%), в том числе у двух пациенток, у которых проводилась платиносодержащая сенсибилизирующая химиотерапия с использованием препарата Цисплатин; частичный ответ — у 9 пациентов (36,0 %).

Выводы. В обеих группах отмечена удовлетворительная переносимость лечения. В группе пациентов, которым было проведено облучение по методикам 3D-КЛТ, ранние и поздние лучевые реакции встречались чаще и имели более высокую степень тяжести. Применение методики VMAT позволяет провести высококонформное распределение дозы в облучаемом объеме, сведя к минимуму выраженность проявлений ранней и поздней лучевой токсичности, не снижая при этом эффективность проводимого лечения.

РАДИОЧАСТОЧНАЯ АБЛЯЦИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Соловов В.А., Аблекова О.Н., Ганьжов В.О., Матяш Я.С.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара»

Актуальность. Радиочастотная абляция (РЧА) является малоинвазивным, безопасным и эффективным методом лечения доброкачественных узловых образований щитовидной железы.

Цель исследования - оценить результаты радиочастотной абляция доброкачественных узловых образований щитовидной железы.

Материалы и методы. В ретроспективный анализ были включены результаты лечения 716 пациентов с доброкачественными новообразованиями щитовидной железы, которым была выполнена РЧА в 2014 - 2021 г. Все пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт в области шеи, у 21 % пациентов отмечались изменения формы шеи, 17 % жаловались на болезненность при пальпации. Размер узловых образований в среднем составлял 3,7 (2,5-7,8) см. Для исключения злокачественной опухоли всем пациентам дважды была выполнена прицельная биопсия узловых образований под ультразвуковым контролем. После проведения РЧА у всех пациентов определяли уровень гормонов щитовидной железы и проводили контрольное ультразвуковое исследование через 1, 6, 9, 12, 24, 36, 48, 60 месяцев.

Для абляции использовались специальные электроды с длиной рабочей части 0,5-0,7 см. Применялась местная анестезия в месте введения электрода. Длительность абляции составила 3-15 минут в зависимости от размера узлового образования. Абляция проводилась под ультразвуковой навигацией и завершалась, когда все узловое образование становилось гиперэхогенным.

Результаты исследования. После выполнения РЧА объемы узлов щитовидной железы уменьшились по сравнению с исходными на 41 %, 52 %, 66, 71 % через 6, 12, 24, 48 месяцев соответственно. Наибольшее уменьшение объема наблюдалось в течение первых шести месяцев. Терапевтический эффект был достигнут за один сеанс у 61 % пациентов, 39% пациентам была выполнена повторная РЧА вследствие недостаточного сокращения узлового образования. У пациентов с автономно функционирующими узлами с гипертиреозом функция щитовидной железы нормализовалась полностью через 4 недели после РЧА у 89%, в 11% потребовалось выполнение повторной РЧА. Все пациенты отмечали уменьшение или полное исчезновение симптомов в течение шести месяцев после проведения РЧА. Никаких осложнений при проведении РЧА не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, полученные результаты показывают, что РЧА является эффективным, малоинвазивным методом лечения доброкачественных узловых образований щитовидной железы.

ФОКУСИРОВАННАЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АБЛЯЦИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: 15 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЙ

Соловов В. А., Тюрин А. А., Ганьжов В. О., Фесенко Д. В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Фокусированный высокоинтенсивный ультразвук (HIFU) является высокоэффективным, неинвазивным методом лечения рака простаты с минимальными побочными эффектами.

Цель исследования - оценить пятнацатилетние результаты HIFU терапии при лечении больных с раком предстательной железы.

Материалы и методы. В ретроспективный анализ были включены результаты лечения 1466 больных раком предстательной железы, которым была выполнена HIFU в 2007 - 2022 гг. Пациентов с низким риском прогрессии рака простаты (Глиссон 5-6, стадия T1- 2N0M0, ПСА < 10 нг/мл) было 293, с промежуточным (Глиссон 7, стадия T1- 2N0M0, ПСА 10-20 нг/мл) - 563, с высоким (Глиссон 8-9, стадия T2-3N0M0, ПСА 20-50 нг/мл) - 566, с местным рецидивом после ДЛТ и РПЭ – 44. Средний возраст составил 74,1 (52-89) года. 1118 (76,2%) пациентам до HIFU-терапии была выполнена трансуретральной резекция простаты (ТУР). Среднее время наблюдения после лечения составило 122 (3-183) месяца.

Результаты исследования. Местный рецидив или прогрессия после 15 лет наблюдения в группе с низким риском прогрессии наблюдались у 8 % пациентов, в группе с промежуточным риском развития прогрессии у 11 % , в группе с высоким риском у 32 %, в группе с местным рецидивом после ДЛТ и РПЭ у 26 %.

После 15 лет наблюдения безрецидивная выживаемость в группе с низким риском прогрессии была 92%, 91% в группе с промежуточным риском, 68 % в группе с высоким риском и 74 % в группе пациентов с местным рецидивом после ДЛТ и РПЭ.

Выводы. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что HIFU является высокоэффективным методом лечения при долгосрочном наблюдении первичного рака предстательной железы, спасительной терапией локального рецидива после ДЛТ и РПЭ.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В Г. САМАРА

Сомов А.Н., Егорова А.Г., Юсупов Р.Н., Шабардина А.С., Копылов А.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В Самарской области за последние 10 лет регистрируется рост заболеваемости колоректальным раком (далее КРР) с 49,5 на 100 тысяч населения в 2012 году до 58,7 на 100 тысяч населения в 2021 году. Среди мужского населения показатель возрос с 47,7 в 2012 году до 64,4 в 2021 году, среди женского населения – с 51,0 до 53,8 соответственно. Доля злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях, снизилась, и в 2021 году составила 58,3% (2012 г. – 59,2.%). Показатель запущенности КРР (IV ст.) в 2021 году составил 22,7%. Смертность от КРР в динамике имеет незначительную тенденцию к росту: 2012 год – 28,1 на 100 тыс. населения, 2020 год – 29,6 на 100 тыс. населения; 2021 год – 29,0 на 100 тыс. населения.

Цель исследования: оценить перспективы развития скрининга колоректального рака в Самарской области.

Материалы и методы. Скрининг КРР – это совокупность мероприятий профилактического, диагностического, организационного характера, нацеленных на раннее выявление бессимптомных предраковых и раковых заболеваний ободочной и прямой кишки в группе риска. Группой риска является население Самарской области в возрастной категории 40-75 лет.

На первом этапе скрининга проводится исследование кала на скрытую кровь (иммунохимическим количественным методом, при этом он считается положительным, если результат превышает 50 нг/мл) и анкетирование населения с целью выявления случаев отягощенной наследственности по КРР.

При положительном результате исследования кала на скрытую кровь и установленной отягощенной наследственности пациент направляется на скрининговую колоноскопию, которая может проводиться как с седацией, так и без нее. При обнаружении полипов рекомендуется их удаление с последующей отправкой биоматериала на морфологическое исследование. По решению врача-эндоскописта возможно одномоментное удаление полипа или отсроченное в условиях круглосуточного или дневного стационара.

При эндоскопической картине КРР, подтверждаемой патологоанатомическим исследованием, пациент не позднее 3 рабочих дней направляется для обследования в ГБУЗ «СОКОД».

Результаты исследования. Целевой группой для проведения скрининга КРР в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДГВН) являются люди в возрасте от 40 до 75 лет. В 2023 году скринингу подлежит население следующих годов рождения: 1983, 1981, 1979, 1977, 1975, 1973, 1971, 1969, 1967, 1965, 1963, 1961, 1959, 1958, 1958, 1956, 1955, 1954, 1953, 1952, 1951, 1950, 1949, 1948. Предполагая, что охват целевой группы в 2023 году составит не менее 33%, для г. Самара количество исследований составит 152757 исследований. С целью централизации проведения исследований кала на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом необходимо выбрать две медицинских организации г. Самара (ГБУЗ СОКОД, ГБУЗ СГБ №6 г. Самара), куда будет отправлен собранный материал от медицинских организаций, выполняющих забор кала. При этом следует предусмотреть следующий регламент взаимодействия между медицинскими организациями:

1. Руководители ГБУЗ СОКОД, ГБУЗ СГБ №6 обеспечивают:

–передачу пробирок для сбора образцов кала для дальнейшего проведения исследования на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом в соответствии с приложением 10 к приказу;

−проведение исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом в срок не позднее 3 рабочих дней с момента получения образца с биологическим материалом;

−направление результата исследования в медицинские организации посредством защищенного канала связи, а также телефонного звонка, в срок не позднее 1 рабочего дня со дня получения результата.

2. Руководители медицинских организаций, на базе которых выполняется забор материала, обеспечивают:

−составление поименного списка лиц, подлежащих скринингу КРР в текущем году, и их адресный вызов;

−оформление направления на исследование кала на скрытую кровь. При этом не допускается проведение теста на скрытую кровь в случаях, когда пациент находится на диспансерном наблюдении с диагнозом полипоз кишечника или колоректальный рак, а также два и более раз, за исключением случаев, когда исследование невозможно было провести по причине неадекватной пробоподготовки или утраты пробирки с биоматериалом;

−проведение пробоподготовки в соответствии с инструкциями. Материалом для анализа является проба кала пациента, который может быть отобран в любое время без какой-либо подготовки пациента (диета и т.д.). Кал должен быть доставлен к месту пробоподготовки пациентом самостоятельно не позднее 4 часов после сбора при комнатной температуре. Медицинский работник переносит кал из контейнера пациента в пробирку для сбора образцов кала (контейнеры с образцом, доставленные в медицинскую организацию, до переноса биоматериала в пробирку для сбора образцов кала необходимо хранить при 2-8 °С не более 4 часов). Пробирки должны быть промаркированы, и плотно закрыты. Хранение пробирок с подготовленным образцом должно быть при температуре 2-8 С°, без воздействия прямого света в течение не более 72 часов после отбора биоматериала;

−передачу пробирок с биоматериалом с приложением корректно заполненных направлений для проведения исследования на скрытую кровь в ГБУЗ СОКОД и ГБУЗ СО СГБ №6 в срок не позднее 3 дней после забора биоматериала;

−получение результатов количественного исследования кала на скрытую кровь посредством защищенного канала связи и телефонного звонка;

−формирование поименного списка пациентов с положительным тестом (50 нг/мл и более по гемоглобину) и отягощенной наследственностью по КРР;

−вызов пациентов с положительным тестом на скрытую кровь и отягощенной наследственностью по КРР с целью направления пациента на II этап скрининга - эндоскопическое исследование (колоноскопия) в срок не позднее 7 календарных дней от даты получения положительного результата.

3. Руководители медицинских организаций, на базе которых осуществляется проведение колоноскопии, обеспечивают:

−проведение скрининговой колоноскопии и оформление протокола исследования;

−наличие необходимых расходных материалов для проведения колоноскопии с одномоментной полипэктомией (амбулаторной) в соответствии с расчетным количеством исследований;

−плановую госпитализацию пациента для проведения эндоскопической полипэктомии в условиях круглосуточного стационара (по показаниям) при отсутствии возможности проведения амбулаторной полипэктомии;

−морфологическое исследование удаленных полипов в 100% случаев обнаружения.

Учитывая критерии оценки успешной реализации скрининга, число положительных тестов кала на скрытую кровь составит 7638 или 5% от количества проведенных исследований. При этом не менее 70% пациентов (5346) из этой категории должна быть выполнена колоноскопия. Согласно проведенным расчетам у 5% пациентов, после проведения колоноскопии выявляется КРР.

К ожидаемым результатам проведения скрининга относятся: увеличение доли пациентов с диагнозом рак прямой и ободочной кишки, выявленных активно (не менее 1%), увеличение доли пациентов с диагнозом рак прямой и ободочной кишки, выявленных на ранних стадиях (не менее 1%), а также снижение годичной летальности с момента установления диагноза в сравнении с показателями предшествующего года (не менее 1%).

Выводы. Таким образом, для внедрения скрининга КРР на территории г. Самара необходимо рассчитать количество запланированных исследований, распределив их по медицинским организациям исходя из численности прикрепленного населения. Помимо этого следует выбрать медицинские организации, на базе которых будут выполняться исследования и прописать регламент взаимодействия между медицинскими организациями. Учитывая критерии скрининга, можно рассчитать количество требуемых колоноскопий у пациентов с положительным тестом и количество пациентов, у которых выявиться КРР после проведения скрининга. Результатом проведения скрининга будет увеличение доли пациентов с диагнозом рак прямой и ободочной кишки, выявленных активно, увеличение доли пациентов с диагнозом рак прямой и ободочной кишки, выявленных на ранних стадиях, а также снижение годичной летальности с момента установления диагноза в сравнении с показателями предшествующего года.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК ЛЕГКОГО

Ткачев А. А., Ляс Н. В., Тюлюсов А. М., Краснощекова Е. А.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире, и в 2017 году число выявленных новых случаев заболевания составило 15 миллионов. В России в общей структуре онкологической заболеваемости рак легкого в 2018 году занимал 3 место после рака кожи, меланомы и составлял 10,8%. В мужской популяции рак легкого в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями занимал первое место – 17,6% и 10 место в женской популяции – 3,8%. Абсолютное число впервые в жизни установленного диагноза рак легкого в 2018 году составляло 62548 случаев. Во всем мире в 2018 году 1,69 миллиона смертей или 19,4% – почти каждая пятая смерть – от рака легкого. Рак легкого является основной причиной смерти от онкологических заболеваний в 87 странах у мужчин и в 26 – у женщин. В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований наибольший удельный вес составляют опухоли трахеи, бронхов, легкого – 18,3%. Абсолютное число умерших от рака легкого в РФ в 2018 году составило – 52 365. Более 1/4 – 26,5% случаев смерти мужчин обусловлены раком легкого, в женской популяции наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования молочной железы (16,7%), рак легкого занимает 4 место – 6,8%. Летальность больных в течение года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых на учет в России в 2015 году составляла 51,5%. Учитывая частоту и значимость такого заболевания как рак легкого, результаты его лечения, которые нельзя охарактеризовать как удовлетворяющие современным запросам врача и пациента. Закономерным является поиск новых методов воздействия на опухоль, борьба с осложнениями, улучшение качества жизни пациентов. Хирургический метод занимает особое место среди всех методов лечения рака легкого,

Материал и метод. В период с 2015 по 2021 гг. в хирургическом торакальном отделении Самарского Областного Клинического Онкологического Диспансера выполнено хирургическое лечение более 3 тысяч больных раком легкого, средний возраст которых составил 63 года. Прооперировано 1347 пациентов, радикальная операция выполнена 1265 пациентам.

Мужчин было 1035 (78%), женщин – 312 (23%). Пациентов, у которых диагностирована I стадия заболевания, было 404 человека (30%), II стадия заболевания – 471 человек (35%), III стадия - 390 человек (29%) и IV стадия – 80 человек (6%).

При исследовании гистологической структуры опухоли, плоскоклеточный рак был выявлен у 71% пациентов, аденокарцинома у 29%.

Результаты исследования. Радикальное хирургическое лечение выполнено 1175 пациенту (95%). Пациентам с 1 стадией рака легкого в 80% выполнялась лобэктомия (286 пациентов), в 10%- пневмонэктомия (36 пациентов), в 5%-билобэктомия (18 пациентов) и в 5%-атипичная резекция легкого (18 пациентов). Пациентам с 2 стадией рака легкого в 82% выполнялась лобэктомия (344 пациентов), в 15%- пневмонэктомия (63 пациента), в 3%-билобэктомия (13 пациентов). Пациентам с 3 стадией рака легкого в 40% выполнялась лобэктомия (158 пациентов), в 40%- пневмонэктомия (159 пациента), в 20%-билобэктомия (78 пациентов). Пациентам с 4 стадией рака легкого в 100% случаев выполнялась эксплоративная торакотомия.

Выводы. Несмотря на успехи в лечении, рак легкого по-прежнему занимает первое место в структуре смертности от злокачественных новообразований во многих странах мира, в том числе и в Российской Федерации. Немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ) составляет около 85% всех раков легкого. Больные с I, II и IIIA стадией НМРЛ считаются потенциально резектабельными с 5- летней выживаемостью после радикальной операции ~ 60–90%, 30–70%, и 10–30%, соответственно. Стандартом лечения пациентов с НМРЛ является хирургическое лечение: лобэктомия, билобэктомия, пневмонэктомия с систематической медиастинальной лимфодиссекцией.

Непосредственные результаты хирургического лечения пациентов по поводу рака легкого в значительной степени определяются: а) характером и выраженностью сопутствующих заболеваний на момент операции; б) рациональным ведением ближайшего послеоперационного периода и профилактикой его осложнений.

SITUS VISCERUM INVERSUS НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Тонеева С.В., Баландина А.В., Каганов О.И.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Situs viscerum inversus – это редкая аномалия зеркального расположения органов брюшинной полости с частотой распространения в диапазоне от 1: 5000 до 1: 20000. Такое расположение внутренних органов выявляют в одном наблюдении на 10 млн. родов[1]. Situs viscerum inversus наследуется по аутосомно – рецессивному типу. Транспозиция внутренних органов, биологически нормальна, и, как правило, не сопровождается патологией развития самих органов и нарушением их функций. Различают полную транспозицию внутренних органов, при которой все органы расположены инвертно по отношению к нормальной их локализации, и частичную, когда обратно расположенными оказываются все или отдельные органы одной из полостей тела, например, сердце, желудок, двенадцатиперстная и слепая кишка, селезенка [2,3]. В клинической практике при обследовании пациентов с зеркальным расположением внутренних органов имеется большая вероятность анатомической дезориентировки, так как большинство симптомов будут находиться на «неправильной» стороне, а это может повлечь постановку неверного диагноза и выбор некорректного метода лечения заболевания. Таким образом, знание и выявление данной аномалии развития позволяет предупредить диагностические ошибки, ускорить постановку верного диагноза и раньше начать соответствующее лечение.

Цель исследования. Продемонстрировать роль и значимость компьютерной томографии в первичной диагностике данного состояния, выборе метода возможного оперативного вмешательства при возникновении хирургической патологии органов брюшной полости.

Материалы и метод. Пациент был обследован с помощью компьютерного томографа «Philips» 128 - срезовый, исследование выполнялось срезами толщиной 1мм. Параметры сканирования 120 кВольт, 170мА, коллиматор 1,5мм, матрица восстановления 512*512 и алгоритм высокого пространственного разрешения. Диапазон сканирования включал органы брюшной полости и забрюшинного пространства, исследование проводилось в положении лежа на спине, с внутривенным контрастным усилением с использованием контрастного вещества «Омнипак-320», в дозе 100 мл.

Клинический случай. Пациентка Л., 1951 года рождения обследована в отделение компьютерной и магнитно-резонансной томографии ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» с целью исключения отдаленных mts в органы брюшной полости и забрюшинного пространства. При анализе компьютерных томограмм было обнаружено обратное (зеркальное) расположение внутренних органов брюшной полости. Печень расположена в левом подреберье, контуры ровные, структура гомогенная, участков патологической плотности не выявлено. Желчный пузырь удален, общий желчный проток не расширен, определяется слева. Селезенка расположена справа, контуры ровные, структура гомогенная. Желудок расположен справа, утолщения стенок не выявлено. Кроме этого были выявлены множественные образования по париетальной брюшине сливного характера (перитонеальный канцероматоз), аденомы надпочечников.

При возможном развитии хирургической патологии необходима рациональная расстановка операционной бригады и рациональный выбор хирургического доступа.

Выводы. Таким образом, компьютерная томография является одним из важнейших методов первичного выявления транспозиции внутренних органов, что позволяет выбрать, оптимальную тактику оперативного вмешательства и хирургический доступ в случае возможного возникновения хирургической патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Список литературы.

1. Полянский И.Ю. Лапароскопическая холецистэктомия у больной с полным обратным расположением внутренних органов / И.Ю. Полянский // Arta medica. – 2015. – № 1. – С. 50–51. 2. Bell D.J., Gaill

2. Bell D.J., Gaillard F. et al. Situs-inversus [Электронный ресурс]. – URL: https://radiopaedia.org/articles/situs-inversus (дата обращения: 10.02.2019).

2. Бондаренко, И.А. Полная транспозиция органов (клинический случай) / И.А. Бондаренко, Т.В. Чеснокова // Радиология-практика. – 2014 – № 2 – С. 57–63.

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Тремазова Ю.В, Каганов О.И., Воздвиженский М.О, Крюкова Э.Г., Стадлер В.В., Машукаева А.С.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрав России»

Актуальность. У пациентов перенесших COVID-19, может возникнуть потребность в плановых или экстренных операциях, не связанных с заболеванием. Эти пациенты более восприимчивы к послеоперационным осложнениям из-за последствий перенесенного COVID-19, а также ранее существовавших сопутствующих заболеваний и рисков, связанных с хирургическим вмешательством и анестезией. С началом пандемии, COVID-19 вызывает особые проблемы у пациентов как с онкопатологией, такие как повышенный риск гиперкоагуляции, что приводит как к макрососудистому, так и к микрососудистому тромбозу.[1]

Цель исследования - сравнить частоту и тяжесть послеоперационных осложнений у пациентов после хирургического лечения с торакальной и абдоминальной онкопатологией до пандемии COVID-19, и у пациентов, перенесших COVID-19.

Материалы и метод. Проведено ретроспективное сравнительное исследование 411 историй болезни пациентов абдоминального и торакального отделений онкологического стационара, перенесших объемное оперативное вмешательство (обструктивная резекция прямой кишки, дистальная субтотальная резекция желудка, гемиколэктомия, брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки, субтотальная резекция пищевода, пульмонэктомия, лобэктомия, бисегментэктомия, удаление опухоли средостения), осложнения у которых развились в послеоперационном периоде. С 2018г по 2022г год в отделениях абдоминальной и торакальной онкологии было выполнено хирургическое лечение у 8458 пациентов. Учитывались послеоперационные осложнения, связанные по патогенезу с COVID-19 (тромбоэмболия легочной артерии, острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность, несостоятельность швов анастомоза, пневмонии). Они были выявлены у 411 пациентов, которые вошли в исследование.

Была сформирована основная группа пациентов с осложнениями во время пандемии COVID-19 (n=246) и контрольную группу пациентов с осложнениями до пандемии COVID-19 (n=165).

Результаты исследования. В 2020-2021 г. было выполнено 4253 операций. В период до пандемии (2018-2019г.) было выполнено 4205 операций. Из общего числа прооперированных основной группы у 246 пациентов выявлены послеоперационные осложнения что составляет 5,78% осложнений из всего числа прооперированных основной группы. Из общего числа прооперированных контрольной группы, осложнения выявлены у 165 пациентов, что составляет 3,92%. Из них тромбоэмболия легочной артерии выявлена в основной группе у 53 человек, а в контрольной 35. Острое нарушение мозгового кровообращения у 14 в основной группе, у 7 в контрольной, инфаркт миокарда в основной у 18, в контрольной 10, сердечно-сосудистая недостаточность у 20 в основной, в контрольной 11, несостоятельность швов анастомозов у 86 в основной и 80 в контрольной, послеоперационные пневмонии у 55 человек в основной и 22 - в контрольной группах. Летальный исход из числа послеоперационных осложнений был в 124 случаях основной группы и у 58 в контрольной, что составляет увеличение летального исхода с 35,1% до 50,4%.

Наибольшее количество пациентов с послеоперационными осложнениями было выявлено в основной группе пациентов (2020-2021гг), прирост осложнений составил 47,9%. Среди видов послеоперационных осложнений наибольшее число осложнений пришлось на тромботические, прирост составил 66,7%. Из них: тромбоэмболия легочной артерии увеличилась на 51,4%. Острое нарушение мозгового кровообращения на 100%.

Инфаркт миокарда 80%. Сердечно-сосудистая недостаточность на 81,8%. Летальный исход в основной группе (2020-2021гг) увеличился на 113,7%. Данные результаты статистически значимы.

Выводы. В период пандемии COVID-19 (2020-2021гг) увеличилось количество послеоперационных осложнений у пациентов с абдоминальной и торакальной онкопатологией на 47,88% (p=0,0001). Значительный прирост в группах послеоперационных осложнений за счет увеличения тромботических осложнений на 66,7% (p=0,002). Кроме того, возросла тяжесть осложнений после оперативного вмешательства. Прирост летальности при осложнениях составил 113,7 % (p=0,00001).

Список литературы:

1. Временные методические рекомендации профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (covid-19). Версия 15.

АДЪЮВАНТНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Трубин А.Ю., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Боряев А.Н., Леснова Е.И.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (НМИРМП) характеризуется склонностью к рецидивированию. Трансуретральная резекция мочевого пузыря (ТУР) в сочетании с иммунотерапией БЦЖ снижают частоту рецидивирования и прогрессии неинвазивного РМП. Схемы введения вакцины БЦЖ являются частым предметом дискуссии в онкоурологии (Sanchez Vazquez A et al., 2020).

Цель исследования. Определение эффективности вакцины БЦЖ у больным НМИРМП.

Материалы и методы. В исследовании использованы клинические данные больных НМИРМП, получавших лечение в ГБУЗ СОКОД с 2015 по 2020гг. (n=345). После первичной ТУР, все пациенты были разделены на две группы: группа 1 – больные, которым после ТУР выполнялась иммунотерапия БЦЖ (n=169); группа 2 – контроль – иммунотерапия БЦЖ не проводилась (динамическое наблюдение (ДН); n=176). Схема иммунотерапии БЦЖ: первый индукционный курс через 4-6 недель после первичной ТУР (препарат «Имурон», 50мг), однократно в 2-е суток, 6 раз. Второй индукционный курс, через 4 недели после первого, по аналогичной схеме. Профилактические (поддерживающие) однократные введения осуществлялись 1 раз в 3 месяца в течение 2 лет. Анализ данных проводили путем построения множественной регрессии Кокса и оценки показателей 5-летней безрецидивной и общей выживаемости (метод Каплана-Мейера).

Результаты исследования. При построении многомерной модели Кокса, БЦЖ-терапия уменьшала риск рецидива заболевания в 2,7 раза (ОР - 0,36 (0,19-0,68)) по сравнению с контрольной группой (p = 0,001). Наиболее высокие значения 5-летней безрецидивной выживаемости отмечались у больных НМИРМП, получавших после ТУР адъювантную иммунотерапию БЦЖ. Изучаемый коэффициент при этом составил 84,9±4,8%, в то время как в контрольной группе он составил 63,2%. При сравнении приведенного показателя выживаемости в группах 1 и 2 были выявлены различия с высокой степенью достоверной вероятности ($P_{БЦЖ-ДН}$ = 0,001). Можно отметить, что длительность жизни без рецидива была наибольшей в группе 1 (адъювантная БЦЖ терапия) (68,9±1,5 месяца) и статистически значимо отличалась от таковой в группе 2 (контроль - динамическое наблюдение после ТУР) (58,9±2,6 месяца; p_{1-2} < 0,05). Далее, анализ показателей 5-летней общей выживаемости больных МНИРМП в изучаемых группах (группа 1 - 91,9±2,6%; группа 2 - 70,1±4,5%) также выявил статистически значимые различия ($P_{БЦЖ-ДН}$ = 0,001).

Выводы. Таким образом, используемая схема адъювантного лечения значимо снижала относительный риск рецидивирования МНИРМП. Применение иммунотерапии БЦЖ коррелировало с лучшими показателями 5-летней безрецидивной и общей выживаемости, а также длительностью безрецидивного периода. Однако, необходимы дальнейшие исследования по сравнению различных схем иммунотерапии БЦЖ.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПОЧКИ (ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ОНКОУРОЛОГИИ ГБУЗ СОКОД)

Трубин А.Ю., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Леснова Е.И., Борзенкова Е.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В структуре онкологической заболеваемости рак почки занимает 10-е место среди всех злокачественных новообразований. Большое значение при выборе метода лечения данного заболевания имеет качество жизни, что обуславливает целесообразность малоинвазивных технологи, в том числе лапароскопической нефрэктомии (ЛНЭ).

Цель исследования. Оценить клиническую и онкологическую эффективность лапароскопической нефрэктомии при раке почки.

Материалы и метод. В исследовании использованы клинические данные больных раком почки стадии pT1-3N0M0G1-3, получавших хирургическое лечение в ГБУЗ СОКОД за период с 2015г. По 2021гг. (n=1070). Все пациенты были разделены на две группы: группа 1 – лапароскопическая нефрэктомия (ЛНЭ) (n=640; 59,9%), группа 2 – открытая нефрэктомия (ОНЭ) (n=430; 39,3%). При сравнительном анализе учитывались такие показатели, как возраст и пол пациента, средний размер опухоли, стадия pTNM, гистологический подтип ПКР. Интра- и послеоперационные результаты оценивали по показателям средней длительности вмешательства, среднего объема кровопотери, послеоперационного койко-дня и количества осложнений. Анализ отдаленных онкологических результатов проводился путем сравнения показателей 5-летней безрецидивной, общей и рак-специфической выживаемости в исследуемых группах (метод Каплана-Мейера).

Результаты исследования. Группа 1 и группа 2 не имели значимых различий по таким показателям как средний возраст (56,8±9.3 и 55,1±9,3, соответственно; p=0,167), пол (соотношение мужчин и женщин 59/43 и 65/37, в группах 1 и 2, соответственно; p=0,384/0,246), средний размер опухоли (6,6 ±1,1 при ЛНЭ и 6,3 ±2,0, при ОНЭ; p=0,345), а также удельному весу того или иного подтипа почечно-клеточного рака и стороне поражения. Средняя длительность открытой операции оказалась больше по сравнению с лапароскопической (78±6,2 мин. и 100±4,6 мин., в группах ЛНЭ и ОНЭ, соответственно), со статистически значимой разницей (p=0,002). Средний объем кровопотери так же был меньше в группе ЛНЭ (58±5,4 и 245±9,2, в группах 1 и 2, соответственно), причем различия имели высокую степень достоверной вероятности (p=0,001). Послеоперационный койко-день был 12,5±1,5сут. и 8,5±1,0сут., соответственно (p=0,001). Средний период наблюдения в группе открытых операций составил 46,1 месяца, для лапароскопических вмешательств – 46,4 месяца. В результате дальнейшего анализы было выявлено, что показатели 5-летней общей (88,0% и 85,2%, в группах 1 и 2, соответственно; p=0,526), специфической (88,8% и 88,8%, в группах 1 и 2, соответственно; p=0,812) и безрецидивной выживаемости (84,5% и 83,3%, в группах 1 и 2, соответственно; p=0,721) в двух группах значимо не различались и были сопоставимы с таковыми в изученной литературе.

Выводы. Лапароскопическая нефрэктомия имела значимо лучшие показатели качества жизни (длительность операции, объем кровопотери, послеоперационный койко-день, осложнения). Применение лапароскопического доступа при выполнении радикальной нефрэктомии больным раком почки не ухудшало отдаленных онкологических результатов.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ

Трубин А.Ю., Низамова Р.С., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Боряев А.Н., Хакимов В.Г., Борзенкова Е.В.
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, 2022).

Материалы и метод. В исследование вошло 368 больных МНИРМП, среди которых единичные опухолевые очаги наблюдались у 295 пациентов (80%), а мультифокальное поражение отмечалось у 73 больных (20%). С учетом объема поражения, все пациенты были разделены на группы, в зависимости от метода адъювантного лечения: группа 1 - больные МНИРМП, которым в течение 24 ч после ТУР проводилась однократная ранняя 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 многомерная модели регрессионного анализа Кокса. Показатели 5-летней безрецидивной выживаемости определяли методом Каплана-Мейера.

Результаты исследования. риск развития рецидива в изучаемой когорте больных неинвазивным раком мочевого пузыря достоверно увеличивался при мультифокальном поражении по сравнению с единичной опухолью (ОР - 1,63; 95% (1,01-2,50); p = 0,002). Кроме того, меньший относительный риск рецидива имели пациенты, которым проводилась адъювантная иммунотерапия БЦЖ (ОР - 0,47; 95% (0,23-0,93); p = 0,003). В результате анализа было выявлено, что лучшая 5-летняя безрецидивная выживаемость при единственном фокусе рака мочевого пузыря без инвазии мышечного слоя была среди пациентов, получавших адъювантную БЦЖ-терапию (группа 1) (86,9±5,3%). При сравнении с соответствующими показателями в группе контроля и группе 2 (65,9±4,6% и 76,9±4,5%, соответственно) были получены следующие значения достоверности по лог-ранговому тесту: 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) (75,3±12,2%). Соответствующие показатели в группах 3 (контроль) и 2 составили 60,9±10,2% и 67,6±7,7%, соответственно. Однако, при оценке лог-рангового критерия в изучаемой когорте высокая степень достоверной вероятности была выявлена только для БЦЖ-терапии (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.

КАРЦИНОМА ИЗ КЛЕТОК МЕРКЕЛЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Трухова Л.В., Торопова Н.Е., Азова М.А.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Нейроэндокринные опухоли относятся к сравнительно редкой патологии. Однако за последние 30 лет отмечается довольно интенсивный рост заболеваемости, с ежегодным приростом около 3%. Карцинома из клеток Меркеля (merkel cell carcinoma - MCC) - это редкий агрессивный тип рака кожи, который развивается в клетках Меркеля на коже. Он также известен как нейроэндокринная карцинома кожи. Карцинома Меркеля обычно проявляется в виде безболезненного узелка телесного, синеватого или красно-фиолетового цвета. Наиболее часто располагается на коже лица, головы, шеи, реже на ногах или руках, хотя может возникнуть и на любом участке тела. Частота встречаемости карциномы Меркеля составляет 0,6 случаев на 10000 человек.

Клинический случай. Пациент Н. 1945 г.р. с 2005г. наблюдался в ГБУЗ СОКОД с диагнозом базальноклеточный рак кожи лица и туловища, лазерохирургические деструкции в 2005, 2012, 2018 годах. В 2019 году обратился в консультативно- диагностическое отделение ГБУЗ СОКОД с жалобами на слабость, образование в паховой области. Рекомендовано: ультразвуковое исследование (УЗИ) периферических лимфоузлов с тонкоигольной аспирационной пункционной биопсией. Заключение УЗИ: многоузловое образование в паховой области справа, по эхографической картине больше данных за саркому. Для морфологической верификации выполнена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия мягких тканей паховой области. Материал отправлен на цитологическое и иммуноцитохимическое исследование.

Результат цитологического исследования: Среди элементов крови комплексы рака из мелких лимфоцитоподобных клеток, возможно нейроэндокринного генеза. При иммуноцитохимическом исследовании были использованы следующие антитела: ЦК7-OV-TL 12\30, Dako; ЦК20-KS 20.8, Dako; CD56-123C3, Dako; Синаптофизин - SYP02; XpA-DAK-A3,Dako; TTF-1-8G7G3/1, Dako; CEA- II-7,Dako; CA19-9-1116-NS-19-9, Dako; Ki-67-MIB-1, Dako; Thyroglobulin-Tg6, Dako; Ber-EP4- Ber-EP4, Dako; CDX2 Clone DAK-CDX2,Dako. Положительная экспрессия Ber-EP4; CD 56; ЦК 20 и Ki-67 в 30% клеток, позволила сделать заключение: в материале, полученном при тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии образования мягких тканей правой паховой области, наблюдается коэкспрессия эпителиальных маркеров и CD 56 (нейроэндокринный маркер). Учитывая выраженную экспрессию ЦК 20, при отсутствии экспрессии ЦК 7, иммуноцитохимически нельзя полностью исключить рак из клеток Меркеля.

После получения результатов цитологического и иммуноцитохимического заключения, рекомендовано проведение МРТ и УЗИ органов малого таза. Заключение: МР-картина метастазов в паховые лимфоузлы справа. УЗИ: очаговое образование левой почки, по эхографической картине дифференцировать рак и метастаз. Выполнена пункционная биопсия образования левой почки под УЗ-контролем. Цитологическое заключение: злокачественная опухоль из лимфоцитоподобных клеток, вероятно нейроэндокринного генеза. Выполнена трепанобиопсия образования мягких тканей паховой области. Результат гистологического и ИГХ исследования: в результате иммуногистохимического исследования исключены метастаз рака предстательной железы, почечно-клеточного рака. Иммунофенотип соответсвует нейроэндокринной карциноме, G3. С учетом коэксперссии нейроэндокринных маркеров и СК20, нельзя исключить карциному из клеток Меркеля.

Вывод. Цитологический и иммуноцитохимический методы исследования опухолей редких локализаций, к которым относится карцинома из клеток Меркеля, являются малоинвазивными методами, которые позволяют получить высокоинформативный морфологический результат на догоспитальном этапе.

ПСЕВДОМИКСОМА БРЮШИНЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Трухова Л.В., Торопова Н.Е., Липатова Е.Н, Морошкина Г.П.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Псевдомиксома брюшины это своеобразный паранеопластический синдром, сопровождающий ряд муцинозных опухолей, характеризующийся накоплением в брюшной полости слизеподобных масс. Наиболее частыми причинами псевдомиксомы у мужчин является новообразование в червеобразном отростке (муцинозная цистаденома или аденокарцинома), у женщин – новообразование в яичниках, либо в червеобразном отростке, возможно сочетание этих локализаций. Для определения генеза псевдомиксомы могут применяться методы иммуногисто- или иммуноцитохии, позволяющие определить специфические структуры опухоли. (Шахпазян Н.К., Абдуллаев А.Г.2014). Псевдомиксома обнаруживается преимущественно у лиц среднего возраста, примерно в 2 случаях на 10 000, отличается продолжительным и бессимптомным течением. Злокачественные клетки начинают вырабатывать слизь, которая откладывается в свободных участках брюшной полости, что приводит к асциту. Постепенно новообразование увеличивается в размерах, поражает все органы брюшной полости.

Клинический пример. Пациентка Р. 1965 г.р. обратилась 12.2021г. в консультативное отделение №2 ГБУЗ СОКОД с жалобами на дискомфорт в животе, метеоризм. По результатам УЗИ и МРТ малого таза при медицинском осмотре по месту жительства выявлено: МРТ картина канцероматоза брюшины (мезотелиома?). Тазовый асцит. Картина инволютивных изменений таза и яичников. Наботовы кисты. Объёмное образование брюшины в области слепой кишки в правой подвздошной ямке. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Диагноз по месту жительства: Подозрение на новообразование брюшной полости. Тазовый асцит. Рекомендовано: КТ органов брюшной полости с контрастным усилением; ФГДС; ФКС; МРТ малого таза с контрастным усилением; рентгенография легких; маммография, ОАК, биохимия крови, кровь на РЭА, АФП, СА15-3, СА19-9, СА125, СА72-4. Результаты иссдедования: МРТ органов малого таза (матка, яичники, мочевой пузырь, прямая кишка): Асцит. МР-признаки перитонеального канцероматоза. Кисты шейки матки. Результаты заключения по проведенным ФГДС, ФКС: в пределах нормы. Компьютерная томография с контрастным болюсным усилением органов брюшной полости: Перитонеальный канцероматоз. Асцит. Хронический холецистит. Липофиброз поджелудочной железы. Маммография, рентгенография органов грудной клетки, ОАК, биохимия крови, ОАМ - в пределах нормы. РЭА-35,4 нг/мл, СА 15-3 - 12,10 МЕ/мл, СА 125 - 58,30 МЕ/мл, СА 19-9 - 14,4 МЕ/мл, СА 72-4 - 13,0 Ед/мл.

В асептических условиях выполнена пункция асцитической жидкости по месту жительства. Результат цитологического исследования препарата асцитической жидкости по месту жительства: среди эритроцитов отмечаются в небольшом количестве скопления клеток с укрупненными ядрами, в цитоплазме - признаки секреции. По месту жительства рекомендовано: пересмотр цитологических препаратов в условиях ГБУЗ СОКОД. Результат пересмотра цитологических препаратов пунктата заднего свода: Клетки реактивно измененного мезотелия, небольшие группы эпителиоподобных клеток с нерезко выраженным полиморфизмом, с обширной секретирующей цитоплазмой среди оксифильного межуточного вещества. Цитологически нельзя исключить опухоль яичника.

После результатов пересмотра цитологических препаратов рекомендовано: магнитно-резонансная томография (МРТ) малого таза и консультация онкогинеколога для решения вопроса дальнейшей тактики лечения. Результат МРТ с болюсным контрастным усилением от марта 2022г. по сравнению с МРТ от декабря 2021 г.: Асцит. МР-признаки перитонеального канцероматоза. Кисты шейки матки. Без выраженной динамики от 12.2021 г. Также наблюдается рост титра СА125: от 01/2022г.: 58,30 - норма до 35, от 03.2022г. СА-125: 71Ед/мл. РЭА от 01.2022г.: 37,83нг/мл - норма до 5,19.

Рекомендовано в ГБУЗ СОКОД: УЗИ брюшной полости. Результат УЗИ: Эхографические признаки мукоцеле червеобразного отростка. Подозрение на псевдомиксому брюшины. Учитывая данные УЗИ, для морфологической верификации показано проведение тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии свободной жидкости брюшной полости через переднюю брюшную стенку. Получен густой желеобразный пунктат. Материал отправлен на цитологическое исследование. Результат цитологического исследования: Бесструктурное, слизеподобное вещество, разрозненные, и в небольших группах, слабо полиморфные железистоподобные клетки. Цитологически нельзя исключить псевдомиксому. Клинический диагноз: Псевдомиксома брюшины? Кл. гр.1б.

Рекомендовано проведение врачебного консилиума. Решение врачебной комиссии: учитывая результаты обследований - рекомендовано госпитализация в отделение абдоминальной онкологии на 06.2022. Во время операции проведено срочное цитологическое исследование жидкости брюшной полости. Результат цитологического исследования: Пласты клеток мезотелия с образованием гиперхромных сосочкоподобных структур и небольшие скопления клеток веретеновидной формы, схожих с фиброцитами, на фоне бесструктурного слизеподобного вещества. Цитологически нельзя исключить псевдомиксому.

После проведения хирургического лечения, выполнено гистологическое исследование операционного материала. Макроописание: отрезок ободочной и подвздошной кишки, слизистая оболочка в слепой кишке с язвенным дефектом до 1.5 см, жировая клетчатка по поверхности слепой кишки желеобразная, серого цвета, аппендикс утолщен D до 1 см. Микроописание: Муцинозная высокодифференцированная аденокарцинома червеобразного отростка с инвазией в стенку слепой кишки, с метастазами в мезоколон и большой сальник. Лимфоузлы без метастазов.

Выводы. Цитологический метод исследования является малоинвазивным и высокоинформативным методом, который позволяет провести точное морфологическое исследование опухолей редких локализаций, к которым относится псевдомиксома брюшины, на догоспитальном этапе.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Турищева В.В., Югина О.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. В настоящее время выделяют две принципиально различные формы заболевания, отличающиеся друг от друга по эпидемиологическим , клиническим, морфологическим, иммунофенотипическим и молекулярно-биологическим признакам: лимфому Ходжкина, нодулярный тип лимфоидного преобладания и классическую лимфому Ходжкина . Классическая лимфома Ходжкина представлена гистологическими вариантами: вариантом с нодулярным склерозом, смешанно-клеточным вариантом, вариантом с истощением лимфоидной ткани, и вариантом с большим количеством лимфоцитов. Гистологический диагноз лимфомы Ходжкина предполагает 2 составные части патологического процесса: Диагностических опухолевых клеток Березовского – Штернберга – Рид и клеток Ходжкина, Окружающих неопухолевых клеток, формирующих один из типичных гистологических вариантов строения опухоли.

Лимфома Ходжкина, нодулярный тип лимфоидного преобладания. Выявляется по статистике у 5% больных лимфомой Ходжкина .Ткань лимфатического узла полностью или частично замещена инфильтратом нодулярного строения, среди клеток которого преобладают малые лимфоциты , в меньшем количестве гистиоциты . Опухолевые клетки представлены L&Hвариантом клеток Березовского – Штернберга – Рид и обычно располагаются в центральной зоне нодулярных структур . Типичные клетки Березовского – Штернберга – Рид как правило, немногочисленны или отсутствуют . Опухолевые L&H клетки экспрессируют В-линейные антигены CD 20 и CD 79a, общий лейкоцитарный антиген CD 45 RB и антиген эпителиальных мембран EMA . В отличие от классических клеток Березовского – Штернберга – Рид не экспрессируют CD15 и CD30. Выявление с помощью антител к CD23 гиперплазированной сети фолликулярных дендритических клеток подчеркивает нодулярный рисунок строения опухоли.

Классическая лимфома Ходжкина, вариант с нодулярным склерозом. Наиболее распространенный подтип. В ткани узла обнаруживаются дуги фиброзной ткани, окружающие округлые образования из опухолевой лимфоидной ткани, представленной лакунарными клетками Березовского – Штернберга – Рида. Также выделяют синцитиальный вариант нодулярного склероза, когда опухолевые клетки расположены в виде скоплений.

Классическая лимфома Ходжкина, смешанно-клеточный вариант диагностируется в 20-25%. Лимфоидная ткань в лимфатическом узле частично или полностью замещена инфильтратом, в котором клетки Березовского – Штернберга – Рида располагаются среди малых лимфоцитов, плазмоцитов, гистиоцитов, фибробластов.

Классическая лимфома Ходжкина с истощением лимфоидной ткани встречается в 1-5%. Здесь могут быть изменения двух типов: истощением лимфоидной ткани со сниженным количеством диагностических клеток и образованием диффузного фиброза и ретикулярным типом, когда резко преобладают типичные и уродливые клетки Березовского – Штернберга – Рид.

Классическая лимфома Ходжкина с большим количеством лимфоцитов. При данном типе лимфомы опухолевые клетки выявляются ближе к периферии узлов, среди них встречаются лимфогистиоцитарные клетки и одноядерные формы. Клетки Ходжкина и Березовского – Штернберга – Рид располагаются среди малых лимфоцитов . Все варианты клеток Березовского – Штернберга – Рид при классической лимфоме Ходжкина экспрессируют CD 30, CD 15 на клеточной мембране и в перинуклеарной зоне цитоплазмы. CD 20 экспрессируется в 40%.

Цель исследования. Оценить эффективность гистологическойи иммуногистохимической диагностики лимфомы Ходжкина.

Материал и методы исследования. За исследуемый период с января 2022 г. по сентябрь 2022 г. проанализирован 31 клинический случай. Лимфома Ходжкина с нодулярным типом лимфоидного преобладания была верифицирована в 2 случаях (6%), классическая лимфома Ходжкина с нодулярным склерозом в 13 случаях (41%), классическая лимфома Ходжкина смешанно-клеточного варианта в 4 случаях (12%), классическая лимфома Ходжкина с истощением лимфоидной ткани в 3 случаях (9%), классическая лимфома Ходжкина с болшим количеством лимфоцитов в 9 случаях (29%) .

Гистологическое заключение основывается на анамнестических данных, характерном гистологическом строении опухоли и иммуногистохимическом исследовании.

Выводы. Детальное проведение патоморфологического исследования с применением дополнительного метода иммуногистохимической диагностики при лимфоме Ходжкина позволяет сделать развернутое гистологическое заключение, что имеет огромное значение для дальнейшего ведения пациента и лечения заболевания.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

Тюлюсов А.М., Ляс Н. В., Амосов Н. А., Юрченко Р.А., Шапиро С.А.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак пищевода в структуре всех злокачественных заболеваний составляет 3% и занимает 6-е место, среди опухолей желудочно-кишечного тракта – 3-е место (после рака желудка и прямой кишки). Мужчины болеют чаще женщин в соотношении 5–10:1. Лица старше 70 лет составляют около 40%. Пик заболеваемости приходится на возраст 50–60 лет. 5-летняя выживаемость составляет от 4 до 25%. Отдаленные результаты лечения остаются неудовлетворительными и связаны, прежде всего, с высоким показателем злокачественности карциномы пищевода и ранним лимфогенным метастазированием. Уже при поражении слизистой и подслизистого слоя пищевода поражение регионарных лимфатических узлов наблюдается в 35-40% случаев, а при прорастании опухолью всех слоев органа – 90-100%.

Предопределяющими факторами раннего лимфогенного метастазирования являются не только высокий потенциал злокачественности рака пищевода и желудка, но и выраженное развитие лимфатической системы пищевода с преобладанием продольного вектора лимфооттока над поперечным. При этом отсутствует зависимость от локализации опухоли- может поражаться любой из лимфоколлекторов. Местное распространение опухоли, с вовлечением в процесс жизненно важных анатомических органов и лимфогенное метастазирование, требуют комплексного подхода в лечении. Прежде всего рационального хирургического доступа для создания оптимальных условий для хорошей визуализации анатомических структур при мобилизации органа, выполнения адекватной лимфодиссекции, резекции пищевода и желудка с моноблочной лимфодиссекцией и выполнения, в ряде случаев, симультанных вмешательств. Важным элементом остается и реконструктивный этап операции, заключающийся в восстановлении пассажа путем создания пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза. К настоящему времени оптимальным хирургическим подходом при раке грудного отдела пищевода остается операция типа Льюиса.

Материал и методы. В период с 2016 по 2021 гг. в онкологическом отделении (торакальной онкологии) Самарского областного клинического онкологического диспансера выполнено хирургическое лечение 162 больных раком пищевода, средний возраст которых составил 63 года.

Мужчин было 131 (81%), женщин – 31 (19%). Пациентов, у которых диагностирована I стадия заболевания, было 43 человек (27%), II стадия заболевания – 42 человек (26%), III стадия - 55 человек (34%) и IV стадия –22 человек (13%). При исследовании гистологической структуры опухоли, у 145 пациентов был выявлен плоскоклеточный рак (90%), у 17 пациентов – аденокарцинома (10%). Хирургическое лечение выполнено 115 пациентам (71%). Операция типа Льюиса выполнена 67 пациентам (58%), из них 7 комбинированных (с резекцией адвентициального слоя аорты; с атипичной резекцией нижней доли правого легкого, с резекцией перикарда; с атипичной резекцией верхней доли правого легкого операция типа Торека выполнена 9 пациентам (8%). Паллиативные операции (гастростомия по Кадеру, еюностомия по Майдлю) выполнены 31 пациенту (27%). Эксплоративная операция выполнена 8 пациентам, что составило 7% от общего числа операций.

Результаты исследования. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 22 пациентов, летальный исход в 9 случаях. Осложнения, возникшие в послеоперационном периоде непосредственно в месте операции, развились у 13 пациентов: Эвентерация, острый серозный перитонит; бронхо-медиастинальный свищ; непроходимость желудочного трансплантата; некроз стенки желудочного трансплантата с перфорацией. Из них умерло 3 пациента с некрозом стенки желудочного трансплантата, и 2 с острым серозным перитонитом.

У 9 пациентов возникли осложнения, связанные с сопутствующей патологией: пневмония в 3хслучаях, ТЭЛА в 2 случаях, ОНМК по ишемическому типу 2, инфаркт миокарда 2. Из них умерло 4 пациента.

Выводы. Наиболее частыми осложнениями при данных типах операций являются пневмонии (2% всех оперированных больных). Такие осложнения, как эвентерация, острый серозный перитонит; бронхо-медиастинальный свищ, медиастинит; непроходимость желудочного трансплантата, некроз стенки желудочного трансплантата с перфорацией составили по 2%. Непосредственные результаты хирургического лечения рака пищевода, с учетом возраста пациентов, сопутствующей патологии и тяжести выполняемых операций, можно признать удовлетворительными. Послеоперационная летальность при радикальных операциях составила 7,4%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МУТАЦИЙ В ГЕНАХ РЕПАРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗНО ЯИЧНИКОВ МЕТОДОМ NGS В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Фатихова А.А., Меньшиков К.В., Султанбаев А.В.
ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РБ

Актуальность. Рак яичников – это гетерогенное заболевание, включающее в себя несколько различных гистологических подтипов. Около 80% всех клеточных типов составляет серозная карцинома яичников высокой степени злокачественности. На долю остальных гистотипов приходится около 20% случаев рака яичников. Недавние достижения в понимании развития злокачественных опухолей яичников подтвердили важнейшую роль герминальных или соматических мутаций в генах репарации. По имеющимся литературным данным, до 50% серозных раков яичников высокой степени злокачественности могут иметь дефицит гомологичной рекомбинации, в том числе до 20% мутаций в генах BRCA. Определение статуса мутаций в генах репарации в настоящее время необходимо для прогноза заболевания и решения вопроса о назначении PARP-ингибиторов.

Цель исследования. Выявление частоты мутаций в генах репарации у пациенток с карциномой яичников методом NGS в многонациональном регионе Российской Федерации (на примере Республики Башкортостан).

Материалы и методы. В период с 2021 по 2022 г.г. на BRCA тестирование были направлены 86 образцов биоматериала пациенток с диагнозом рак яичников. Средний возраст пациенток составил 53 года (22-73 г). Материалом для исследования служили биоптат опухоли пациента и в некоторых случаях венозная кровь. Для проведения тестирования отобраны пациентки с первичным платиночувствительным рецидивом рака яичников, а также с первичным распространенным раком яичников высокой степени злокачественности.

Учитывая региональные особенности населения Республики Башкортостан, для определения мутаций в генах BRCA был выбран метод секвенирования следующего поколения NGS (next-generation sequencing method).

Из направленных биоптатов 64 (74,4%) включали в себя наиболее часто встречающиеся морфологические подтипы (серозная карцинома высокой степени злокачественности - high grade), 22 образца (25,6%) включали в себя более редкие подтипы: серозный рак низкой степени злокачественности, светлоклеточный рак, железистый рак, недифференцированный рак яичников.

Из 64 биообразцов пациенток с серозной карциномой яичников high grade для 29 биоптатов пациенток с первичным распространенным раком был дополнительно проведен анализ статуса дефицита репарации ДНК путем гомологичной рекомбинации HRD (Homologous Recombination Deficiency), для чего была использована технология AmoyDx HRD Focus Panel (Amoy Diagnostics, Китай). В данной методике показатель геномной нестабильности GSS (Genomic Scar Score) считается положительным в диапазоне от 50 и выше.

Результаты исследования. При исследовании методом NGS из 86 исследуемых образцов выявлен 31 случай мутаций в генах BRCA 1 и 2, что составило 36%. В подгруппе серозных карцином high grade выявлено 30 случаев мутаций в генах BRCA 1 и 2, частота выявления мутаций в этой подгруппе составила 46,9%. Из представленных мутаций в гене BRCA1 22 случая (73,3%), в гене BRCA2 8 случаев (26,7%). В подгруппе редких гистотипов карциномы яичников выявлена 1 случай мутации в гене BRCA2 у пациентки со светлоклеточной карциномой яичника, частота выявления мутаций в этой подгруппе составила 4,6%. В подгруппе пациентов, в биоптатах опухолевой ткани которых была дополнительно определена геномная нестабильность, было выявлено 19 случаев положительного статуса HRD (65,5%), в числе которых 13 случаев мутаций в генах BRCA (44,8%). В 6 случаях выявлен отрицательный HRD статус (21%). В 4 случаях (13,8%)

определение HRD статуса оказалось невозможным по причине недостаточного количества опухолевой ткани в исследуемом образце.

Выводы. В многонациональном регионе (на примере Республики Башкортостан) частота клинически значимых мутаций в генах репарации может быть выше, чем в среднем в популяции. С учетом национальных особенностей населения Республики Башкортостан онкогенетическое тестирование предпочтительнее проводить методом секвенирования нового поколения, что позволит повысить эффективность выявления клинически значимых мутаций у больных раком яичников. Необходимо продолжить изучение статуса HRD у пациенток с первичной распространенной серозной карциномой яичников высокой степени злокачественности, с целью определения частоты геномной нестабильности в регионе для формирования прогностических факторов и оптимизации терапии, а также в перспективе разработки регионспецифических диагностических панелей и скрининга здоровых носителей патогенных мутаций.

ВНУТРИПУЗЫРНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ – ДЕСЯТИЛЕТНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Фесенко Д. В., Соловов В. А., Ганьжов В.О.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. рак мочевого пузыря (РМП) составляет около 70% всех опухолей мочевого тракта. На долю мышечно-неинвазивных опухолей приходится почти 80% всех случаев рака мочевого пузыря: опухоль локализуется в пределах слизисто-подслизистого слоя, отсутствует поражение регионарных лимфатических узлов. Основным методом лечения мышечно-неинвазивного РМП является – трансуретральная резекция мочевого пузыря (ТУР). 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 при десятилетнем наблюдении.

Материалы и метод. За 2011-2021 годы в СОКОД внутрипузырная иммунотерапия была проведена 1631 пациентам с мышечно-неинвазивным РМП.

Результаты исследования. Медиана времени наблюдения после иммунотерапии составила 89 (6-134) месяцев. После иммунотерапии каждые три месяца выполняли цистоскопию, при высоком риске рецидива под флуоресцентным контролем. Рецидив был выявлен у 7,1% пациентов. Осложнения: у 6,6% пациентов отмечалась гипертермия, у 1,9% дизурия, и у 0,9% пациентов гематурия. В целом после 10-летнего наблюдения 92,9 % пациентов не имели данных за прогрессию и рецидив.

Выводы. Таким образом, наши исследования показали, что внутрипузырная иммунотерапия является высокоэффективной при длительном сроке наблюдения.

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ И БЕЛКОВО-УГЛЕВОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Цимбалист Е.Д., Каганов О.И., Исхакова Г.Н.
. ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. По данным аналитического отчета МНИОИ им. П. А. Герцена (филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России) за 2020 год, колоректальный рак занимает одно из лидирующих мест в статике злокачественных новообразований в России (12,3 %). В России ежегодно отмечается рост числа пациентов, заболевших раком. Основным методом лечения колоректального рака является хирургический.Недостаточность питания в предоперационный период ассоциирована с рядом осложнений в послеоперационный период. В зависимости от возраста и локализации опухоли, частота БЭН может варьироваться от 1 до 80% и наблюдается в поздний послеоперационный период (более двух месяцев). Пациенты с колоректальным раком по сравнению с другими онкологическими пациентами, значительно чаще страдают от недостаточности питания и как следствие, БЭН, в связи с воздействием на функцию кишечника обструкции и мальабсорбции. По данным английской ассоциации онкологов, более 35% пациентов с данным видом рака находятся в состоянии умеренной или тяжелой недостаточности.

Цель исследования. Продемонстрировать актуальность и важность проведения оценки нутритивного статуса при подготовке пациентов к радикальному хирургическому вмешательству среди пациентов среди 65 лет с целью уменьшения послеоперационных осложнений

Материалы и методы. Оценка 172 пациентов по состоянию здоровья в Самарском клиническом онкологическом диспансере, в отделении абдоминальной онкологии старше 65 лет с БЭН в пред- и послеоперационный периоды по средствам физикальной, инструментальной и лабораторной диагностики. Группы были сопоставимы по полу, индексу массы тела и возрасту.

Результаты исследования. В нашем исследовании мы оценивали состояние 172 пациентов, которые проходили стационарное лечение в Самарском областном онкологическом диспансере в период 2021-2022 годы. Критериями выбора стали: пожилой возраст (65+), диагноз колоректальный рак, хирургическое лечение. Пациенты были разделены на группы по индексу массы тела, полу, наличию или отсутствию БЭН. Среди 172 пациентов 52,4 % составили мужчины.

Таким образом 117 пациентов имели индекс массы тела выше 19,0, 23 пациента избыточную массу тела (ИМТ 25 и выше) и 32 дефицит массы тела (ИМТ ниже 19,0). Мы оценили разницу в процентах реального и расчетного веса пациента и установили, что у 46% обследованных нами пациентов была установлена БЭН разной степени тяжести. У пациентов с явными признаками БЭН в 10-15 раз возрастает риск неблагоприятного исхода операции, послеоперационных инфекционных осложнений, химио- и лучевой терапии.

Из 32 пациентов с БЭН и дефицитом массы тела на основании оценки анализов крови, было выявлено 18 с легкой степенью нутритивной недостаточности, 11 со средней степенью и 3 с тяжелой степенью недостаточности. Из 32 пациентов, которые имели БЭН, нутритивную поддержку получали 24 человека. У пациентов, которые ее не получали были отмечены интраоперационные изменения на ЭКГ: изменения деполяризации, нарушения ритма. Количество койко-дней у пациентов, которые получают нутритивную поддержку в среднем на 2 меньше, чем у тех, кто ее не получал. Так же у 3 человек с БЭН и отсутствием нутритивной поддержки были отмечены послеоперационные осложнения, такие как несостоятельность швов эзофагоэнтероанастомоза, острый панкреатит, перитонит, абсцессы, что так же отражает эффективность применения нутритивной поддержки.

Вывод. Установлено, что раннее энтеральное питание ассоциировано со снижением числа инфекционных осложнений, продолжительности госпитализации и не влияет на частоту несостоятельности швов кишечного анастомоза.

Крайне важно использовать все доступные инструменты для оценки послеоперационной недостаточности питания у пациентов с колоректальным раком для снижения послеоперационных осложнений и смертности. Необходимо развивать методы скрининга нутритивной недостаточности и изучать возможные пути минимизирования осложнений, связанных с нарушением питания.

УЧЕТ НАГРУЗКИ НА ТРУБНЫЕ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОБЛУЧЕНИИОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Штанов В.М., Каганов О.И., Щеглов А.Л., Яннаева Ю.Г., Пчелинцева В.А.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность: Вопрос сохранения трубных слюнных желез у пациентов с опухолями головы и шеи является актуальным с точки зрения повышения качества жизни при получении лучевой терапии. Ранее эти структуры никак не учитывались при планировании, несмотря на то, что эти структуры являются важным звеном в образованиидосточного количества слюны для увлажнения слизистых глотки. Обычно дистанционная лучевая терапия опухолей головы и шеи включает в себя облучение шейных лимфоколлекторов, в которые часто попадают подчелюстные и околоушные слюнные железы, что впоследствие приводит к угнетению их выделительной функции.

Цель исследования. улучшить подходы к планированию дистанционной лучевой терапии пациентов с опухолями головы и шеи, путем учета дозной нагрузки на трубные слюнные железы.

Материалы и методы. В данной работе был проведен ретроспективный анализ лучевой нагрузки на трубные слюнные железы и проспективный анализ результатов планирования лучевой терапии при условии, что дозное распределение будет обходить, на сколько это возможно, структуры трубных слюнных желез.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ 230 планов дистанционной лучевой терапии показал:

- В случае опухолей ротогортаноглотки, в 98% случаев нагрузка на трубныеслюнные железы является допустимой;
- В случае опухолей носоглотки, в 94% случаев необходимо снижать дознуюнагрузку на трубные слюнные железы для сохранения их секреторной функции.

Проспективный анализ 90 планов дистанционной лучевой терапии показал:

- Снижение дозной нагрузки на трубные слюнные железы до допустимого уровня возможно в 89% случаев;
- При наложении контуров PTV и органа риска следует ограничить дозу на остаточную ткань.

Выводы. Сохранение трубных слюнных желез является важной задачей для радиотерапевтов, топометристов и медицинских физиков, так как в большинстве случаев, сохранение хотя бы этих слюнных желез ведет к улучшению качества жизни пациентов.

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЛИМФОСТАЗА У ПАЦИЕНТОК С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Шубина Ю.Н.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Появление методов радионуклидного обследования лимфатической системы относится к 1950-1960 гг., когда экспериментально было установлено повышенное накопление коллоидных меченых частиц в регионарных лимфатических узлах. Лимфосцинтиграфия в настоящее время позволяет выявить ранние нарушения лимфооттока и определить степень его тяжести. Метод радионуклидной диагностики состояния лимфатической системы физиологичен, чувствителен, отражает состояние лимфатической системы (резорбционную способность, скорость лимфотока, лимфодинамику). Он позволяет определить количественные показатели лимфотока, не вызывая повреждения эндотелия, лимфангита, аллергических реакций, расширения лимфатических сосудов.

Материалы и метод. Радиофармпрепарат (РФП), оптимальный для лимфосцинтиграфии (ЛСГ), должен иметь частицы размером 10-80 нм. Выведение из тканей частиц большего размера несколько затруднено, а частицы меньшего размера - 4 нм и менее - способны проникать в кровеносное русло. В основном нашли применение в практике коллоид Au198, альбумин I131, I111, Tc99m-Технефит, а в последнее время наноколлоид-Tc99m («Нанотоп» РОТОП Фармака, ГмбХ, Германия). Следует отметить, что при интерпретации ЛСГ в большинстве случаев используются качественные признаки, включающие визуальную оценку асимметрии поглощения РФП в конечностях, отображение основного лимфоколлектора, наличие поглощения в коллатеральных лимфатических сосудах, аномальный кожный рефлюкс. ЛСГ является «золотым стандартом» обследования пациентов с ПМОК. Исследование проводится в режиме whole body scan (сканирование всего тела). При анализе лимфосцинтиграмм оценивается наличие степени нарушения транспорта лимфы, коллатеральных лимфатических сосудов и количество лимфатических узлов в подмышечной области, распространенность обратного кожного тока лимфы в кожные лимфатические сети, время поступления и симметричность фиксации РФП в подмышечных лимфатических узлах.

При отборе пациентов для лимфосцинтиграфии не рассматривались пациентки, имеющие в анамнезе: ранее проведённое лимфовенозное шунтирование, перенесшие рожистое воспаление мягких тканей исследуемой конечности, пациентки с развившимся лимфостазом (без оперативного лечения) ввиду метастатического поражения подмышечных лимфоузлов, пациентки в раннем послеоперационном периоде без клинических проявлений лимфостаза, после радикальной мастэктомии с лимфодиссекцией.

Каждой пациентке подкожно во второй межпальцевой промежуток обеих кистей вводился 99тТс-наноколлоид активностью до 200 МБк. Положение пациента при исследовании - лёжа на спине, руки за голову. Области интереса, с которых собирались данные: места инъекций, предплечья и плечи. Первый этап исследования включал в себя динамическую регистрацию прохождения препарата после введения. Затем производились статические снимки «областей интереса». Во время второго этапа пациент выполнял физическую нагрузку в виде активных движений в кистях и других отделах верхних конечностей в течение 25-30 мин. По истечении этого срока производились повторные статические сцинтиграммы «областей интереса». Третий этап проводился через 1,5-2 ч от момента введения препарата (медиана 134 мин.) и заключался в получении отсроченных статических изображений из зон интереса.

Результаты исследования. Для количественной оценки лимфосцинтиграфии вычисляли: клиренс РФП в местах инъекции и соотношение включения 99mTc-наноколлоида в ткани симметричных зон противоположных конечностей – индекс относительного накопления (ИОН). Предложены следующие количественные критерии оценки степени нарушения лимфоттока по данным лимфосцинтиграфии: - Iстепень (легкое нарушение) 1,70 2,14;

- II степень (умеренное нарушение) – 2,15 – 2,59; - III степень (значительное нарушение) – 2,60 -2,99; - IV степень (резко выраженное нарушение) ≥ 3,0.

Выводы: Применение лимфосцинтиграфии позволяет более адекватно оценивать состояние лимфатической системы у больных с лимфостазом верхней конечности. Характеризуя состояние лимфодинамики, показатели лимфосцинтиграфии существенно дополняют данные клинического обследования и должны учитываться при характеристике больных с постмастэктомической лимфедемой.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПЛАНОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ С ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ РИСКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Щукин В.Ю., Федосеева А.И.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Цель исследования. Провести анализ имеющихся данных об особенностях оказания плановой медицинской помощи пациенткам с онкогинекологическими заболеваниями в условиях риска распространения новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. В обзор включены данные статей из международных рецензируемых баз данных 2019–2021 гг. Были рассмотрены современные публикации, посвященные изучаемой тематике. Описаны основные особенности оказания плановой оперативной помощи на примере онкогинекологического отделения ГБУЗ СОКОД Министерства здравоохранения Российской Федерации. Подробно представлены основные принципы приема пациенток в гинекологический стационар в условиях риска распространения новой коронавирусной инфекции.

Работа плановой хирургической службы должна соответствовать конкретной эпидемиологической ситуации в динамично меняющихся условиях, имея в абсолютном приоритете безопасность общества и пациента. Соблюдение противоэпидемических мероприятий на догоспитальном этапе, а также во время стационарного лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи позволяет избежать случаев инфицирования COVID-19 как у пациенток, так и у медицинских работников.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 (Coronavirus disease 2019). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2. 11 марта 2020 г. ВОЗ объявила о начале пандемии COVID-19. Передача инфекции осуществляется воздушно-капельным, воздушно-пылевым и контактным путями. Известно, что при комнатной температуре SARS-CoV-2 способен сохранять жизнеспособность на различных объектах окружающей среды в течение 3 суток.

Мероприятия по недопущению распространения COVID-19 в медицинских организациях проводятся в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» и «Рекомендациями по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в стационарных условиях».

Высокая контагиозность SARS-CoV-2 требует введения дополнительных эпидемиологических мер для минимизации риска заражения как медицинского персонала, так и пациентов при оказании плановой высокотехнологической медицинской помощи.
Учитывая, что COVID-19 может протекать бессимптомно, а инкубационный период составляет от 2 до 14 дней, каждый пациент, даже не имеющий признаков респираторного заболевания, должен рассматриваться как потенциально зараженный. Следует также учитывать, что частота ложноотрицательных результатов обследования на носительство SARS-CoV-2 составляет до 20%. Плановое оперативное лечение пациентов, имеющих подозрение на COVID-19, должно быть отложено.

В условиях операционного блока воздушная передача вируса может быть реализована в определенных обстоятельствах, при которых генерируются аэрозоли. К ним относят эндотрахеальную интубацию, манипуляции с дыхательными путями и само оперативное вмешательство, при котором брюшная полость пациента в той или иной степени сообщается

с воздухом операционной. Аэрозоль, генерируемый во время операции, может содержать вирус или его частицы, которые остаются жизнеспособными не менее 3 ч. Европейское общество гинекологической эндоскопии (ESGE) и Американская ассоциация гинекологических лапароскопистов (AAGL) выпустили рекомендации для выполнения минимально инвазивной хирургии, используя особые меры предосторожности, такие, как сокращение времени операции, минимизация утечки углекислого газа из троакаров (тщательная проверка герметичности и использование одноразовых троакаров), а также использование специальных систем удаления/фильтрации дыма с фильтром ультрамелких частиц воздуха (ULPA) во избежание быстрой десуффляции или потери пневмоперитонеума во время замены инструмента или извлечения троакара.

Аналогичные проблемы существуют при вагинальном и лапаротомном доступах, когда потенциально опасный аэрозоль образуется при использовании ручных электрохирургических устройств; при этом его выброс в операционную является неконтролируемым.

С целью уменьшения контаминации воздуха операционного блока эвакуация пневмопертонеума производится путем пассивной аспирации. Все члены хирургической бригады должны быть обучены надлежащему использованию средств индивидуальной защиты. Всем, кто работает в операционной, рекомендуется использовать бахилы, непроницаемые халаты, хирургические маски или респираторы типа FFP2/3, защитную шапочку, перчатки и защитные очки. Также важно ограничить количество людей внутри операционной.

Наличие онкологического заболевания является абсолютным показанием для оказания специализированной помощи (хирургического вмешательства) и не могут быть отложены на неопределенный срок в связи с пандемией COVID-19. Плановая хирургическая помощь онкогинекологическим пациентам в условиях распространения новой коронавирусной инфекции должна оказываться в непрерывном режиме, так как сроки начала лечения у таких пациенток напрямую влияют на прогноз и качество жизни.

Отделение онкогинекологии ГБУЗ СОКОД оказывало плановую помощь пациенткам с онкогинекологическими заболеваниями в непрерывном режиме с соблюдением всех противоэпидемических мероприятий по профилактике распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Результаты исследования. В период с января по декабрь 2021 г. в онкогинекологическом отделении ГБУЗ СОКОД прооперированы 1243 пациенток в рамках оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи, из них у 14 пациенток подтверждена коронавирусная инфекция COVID-19, все пациентки были переведены в ковид – центры для оказания специализированной медицинской помощи.

Прием пациентов происходил через отдельный приемно-смотровой бокс стационара в рабочие дни с 8.30 до 12.00 при наличии отрицательного результата лабораторного обследования методом полимеразной цепной реакции на носительство вируса SARS-CoV-2, проведенного не ранее чем за 7 дней до госпитализации. При входе в фильтр-бокс производится антисептическая обработка рук, при отсутствии индивидуальной защитной маски осуществляется выдача маски из резерва приемного или гинекологического отделения. Затем проводится сбор эпидемиологического анамнеза с использованием анкетирования, бесконтактная термометрия, а также пульсоксиметрия.

Каждая пациентка осматривается врачом-терапевтом на этапе приемного покоя с вынесением заключения об отсутствии признаков ОРВИ, а также противопоказаний к плановому оперативному вмешательству. При гипертермии выше 37,0°С, наличии признаков ОРВИ, госпитализация не показана. Рекомендуется вызов участкового врача по месту жительства. На протяжении всей госпитализации обеспечивается соблюдение обязательного масочного режима персоналом и пациентами с регулярной заменой индивидуальных защитных масок, термометрия. Размещение пациентов в стационаре производится из расчета не более 4 человек в одной палате.

С целью минимизации контактов между пациентками обеспечено питание в условиях палаты. Также важным противоэпидемическим мероприятием является сокращение послеоперационного койко-дня и ранний перевод пациенток на амбулаторный этап ведения.

Выводы. Таким образом, оказание высокотехнологичной медицинской помощи в период пандемии COVID-19 имеет свои сложности и особенности. Необходимость жесткого соблюдения противоэпидемических мер накладывает свой отпечаток на повседневную работу стационара, но не сказывается на сроках и качестве оказываемой помощи. Соблюдение противоэпидемических мероприятий на догоспитальном этапе, а также во время стационарного лечения позволило отделению онкогинекологии ГБУЗ СОКОД сократить количество случаев заболевания COVID-19 как у пациенток, так и у сотрудников. В целях дальнейшей оптимизации работы стационара считаем необходимым проводить адекватную маршрутизацию больных, сохранить разработанную двухэтапную диагностику коронавирусной инфекции, неукоснительно соблюдать противоэпидемические нормы и правила, проводить санитарно-просветительскую работу с населением.

Список литературы.

1. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Версия 7 (утв. Министерством здравоохранения РФ 3 июня 2020 г.)
2. Постановление Правительства РФ от 31 января 2020 г. № 66 «О внесении изменения в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» (с изменениями и дополнениями).
4. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 9 апреля 2020 г. № 02/6509-2020-32 «О рекомендациях по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции в медицинских организациях».

ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИКРОСАТЕЛЛИТНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ В АДЕНОКАРЦИНОМАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Югина О.В., Баканова Ю.Г., Росляков А.В.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Рак толстой кишки (РТК) по заболеваемости и смертности занимает лидирующие позиции в Российской Федерации. Канцерогенез РТК определяется накоплением мутаций в генах, которые контролируют рост и дифференцировку раковых клеток, что и приводит к их генетической нестабильности. Микросателлитная нестабильность (МСН) и является одним из вариантов генетических изменений, характеризуется нарушением механизма репарации неспаренных оснований ДНК и, как следствие происходит накопление мутаций.

Цель исследования. Выявление опухолей толстой кишки с МСН иммуногистохимическим методом. За работу системы репарации неспаренных оснований ДНК отвечают гены MLH1, MSH2, MSH6, PMS2. Обнаружение всех четырех белков в ткани опухоли указывает на нормальное состояние системы репарации ошибок репликаций.

Материалы и методы. МСН является специфичным для индикации, и оценка основана на наличии или отсутствии ядерного окрашивания в клетках опухоли. Иммуногистохимические реакции проведены с помощью иммуногистостейнера Ventana BenchMark XT с использованием антител MLH1, MSH2, MSH6, PMS2. Во внешнем позитивном контроле (в эпителиальных, лимфоидных и стромальных клетках фрагмента стенки толстой кишки), смонтированном на том же стекле, что и исследуемая опухолевая ткань, выявлена ядерная реакция различной степени выраженности всех исследуемых маркеров. Во внутреннем позитивном контроле (клетки стромы опухоли) выявлена ядерная реакция различной степени выраженности всех исследуемых маркеров. За исследуемый период было выполнено 141 иммуногистохимических исследований.

Результаты исследования. Для качественного обнаружения белков MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 в фиксированных 10% нейтральным формалином и залитых в парафин тканевых срезах аденокарцинома толстой кишки, окрашенных при помощи набора для обнаружения OptiView DAB IHC Detection Kit, с докрашиванием Hematoxylin II (Ventana) и Bluing Reagent (Ventana). За исследуемый период было выполнено 141 иммуногистохимических исследований. Соотношение мужчин к женщинам составило 1:1. Основная группа старше 50 лет (55 мужчин, 56 женщин). Микросателлитная нестабильность определена у 7 пациентов (1 мужчина и 6 женщин) в основном в возрастном диапазоне моложе 50 лет.

Выводы. Данное исследование позволяет более прямо оценить мутационный статус и предназначено для отбора пациентов с диагнозом РТК с целью определения прогноза и коррекции химиотерапевтического лечения.

ТРУДНОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СОЛИТАРНОЙ ФИБРОЗНОЙ ОПУХОЛИ

Югина О.В., Селезнева А.В., Чобот Л.И.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Солитарная фиброзная опухоль (СФО) - веретеноклеточное фибробластическое новообразование мезенхимального происхождения. Наиболее часто СФО поражает плевру и развивается из ее субмезотелиального слоя. На ее долю приходится менее 5% всех новообразований плевры. Тем не менее, вне зависимости от первичной локализации, СФО остается относительно редким заболеванием и выявляется с частотой 2,8 на 100 000 человек.

Цель исследования. Учитывая относительную редкость СФО, неопределенный потенциал злокачественности, как правило, большие размеры первичной опухоли, до сегодняшнего дня остаются нерешенными подходы к дифференциальной диагностике, возможности и целесообразности дооперационной верификации диагноза, оценке факторов прогноза при разных формах и локализации первичной опухоли. Наряду с клиническими характеристиками в последние годы появились новые иммуногистохимические маркеры СФО, позволяющие более точно определять фенотип опухоли. Все это оставляет актуальным описание и анализ отдельных клинических наблюдений.

Материалы и методы. За исследуемый период в патологоанатомическом отделении было выполнено 3 иммуногистохимических исследования (ИГХ) на парафиновых срезах по стандартной методике при направительном диагнозе «мезенхимальная опухоль».

Результаты исследования. Диагноз СФО подтвержден во всех случаях. При плановом морфологическом исследовании (окраска гематоксилином и эозином, ×100): опухоль почти на всем протяжении представлена малоклеточными широкими пучками коллагеновых волокон, с наличием участков, напоминающих келоид, с многочисленными разнокалиберными тонкостенными кровеносными сосудами. В небольших участках веретеновидные клетки без признаков атипии и митозов формируют короткие разнонаправленные пучки. При ИГХ исследовании клетки опухоли обнаруживают экспрессию: CD34 - выраженную (+++) мембранно-цитоплазматическую; bcl 2 - диффузную ядерную (++); Vimentin - выраженную (+++) цитоплазматическую; CD99 - слабую/умеренную (+/++) мембранную; PanCytokeratin - очаговую слабую (+) мембранно-цитоплазматическую; Ki-67 - ядерную (+++) 1-3%; негативны к: SMA, p63, S100. Иммунофенотип соответствует солитарной фиброзной опухоли.

Вывод. увеличение стандартной панели антител при ИГХ исследовании мезенхимальных опухолей позволяет точно поставить диагноз и избежать ошибок.

ПРОВЕДЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО – КОММУНИКАЦИОННОЙ КОМПАНИИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»

Юданова А.А., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Белова Т.Г., Никифорова Ю.И.
ГБУЗ « Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Злокачественные новообразования занимают лидирующие позиции в структуре смертности во всем мире, уступая лишь сердечно – сосудистым заболеваниям. Многие жители нашего региона обращаются в медицинские учреждения только в случае крайней необходимости, когда требуется незамедлительная помощь в специализированных учреждениях. Роль в позднем обращении к специалистам, сыграла и эпидемиологическая ситуация в стране и регионе. Задачей стоящей перед PR –специалистами в данном случае выступает внедрение и участие в реализации информационно – коммуникационной компании, направленной на повышение онконастороженности среди жителей региона. Предоставление экспертной и достоверной информации, пояснение маршрутизации при обращении в медицинские учреждения, работе специализированных учреждений, пояснение методов профилактики и факторов развития злокачественных новообразований в доступной форме, а также побуждение к прохождению диспансеризации, является ключевыми моментами при внедрении информационно – коммуникационной компании. Эксперты онкологической службы региона неустанно повторяют, что рак – это самое излечиваемое из всех хронических заболеваний, при условии обнаружения на ранней стадии. Применение разнообразных форм подачи информации для целевой аудитории, является эффективным инструментом для санитарно – просветительских мероприятий, направленных на повышение приверженности к лечению среди жителей региона.

Цель исследования. Провести анализ охвата жителей региона информационно – коммуникационной компанией, направленной на раннее выявление онкологических заболеваний и повышение приверженности пациентов к лечению.

Материалы и метод. Для системной работы по повышению доступности и качества специализированной помощи, снижению смертности от онкозаболеваний за счет ранней диагностики и внедрения современных методов лечения в рамках национального проекта «Здравоохранение» была разработана региональная программа «Борьба с онкологическими заболеваниями». Цель региональной программы, в том числе, в усилении работы по своевременной диагностике и профилактике онкологических заболеваний. Для достижения целей программы в регионе проводится информационно-коммуникационная кампания, направленная на раннее выявление онкологических заболеваний и повышение приверженности пациентов к лечению. При проведении информационно –коммуникационной компании и ее эффективности, она должна иметь четкие границы целевой аудитории. В связи с тем, что онкологические заболевания в настоящее время могут встречаться у людей различного социального статуса, возраста и пола, то информирование жителей региона должно включать в себя максимальное количество инструментов для повышения охвата аудитории.

Жители отдаленных районов и старшей возрастной группы могли ознакомиться со всей информацией предусматривающей пропаганду здорового образа жизни, своевременное выявление онкологических заболеваний и повышение приверженности к лечению в печатных СМИ. В 2022 году вышло 43 публикации в районных и областных СМИ, в том числе и в рамках информационного сотрудничества с администрациями районов Самарской области. Для этого с главами муниципальных образований Самарской области были заключены соглашения о сотрудничестве, в рамках которых в районных газетах размещаются публикации, в которых жителям доступно и интересно преподносится информация по профилактике онкозаболеваний, необходимости прохождения профилактических осмотров, методах самодиагностики, правильному питанию и здоровому образу жизни. Большое внимание уделено теле и радио – сюжетам, где специалисты рассказывали о современных методах

диагностики и лечения, а также реализации национального проекта «Здравоохранение» и его регионального компонента «Борьба с онкологическими заболеваниями». В 2022 году на областном телевидении и радио вышло 40 новостных сюжетов и передач, в рамках реализации информационно –коммуникационной компании.

Для жителей города с 2021 года осуществляется размещение социальной рекламы, направленной на приверженность к лечению и посещению специалистов информация на медиаэкранах городка. За период с 2021 по 2022 год было размещено 33 баннера. В 2022 году в рамках соглашения с администрацией города и в рамках месяца заботы о женском здоровье запланировано размещение социальной рекламы на 100 мониторах в троллейбусах, 66 мониторов в вагонах трамваем, 17 вагонах метро и 9 световых коробах на станциях метро.

Социально – активное население нашего региона проводит значительное время в социальных медиа. Большое внимание уделяется работе в социальных сетях – за 2022 год был размещено 1131 постов, направленных на профилактику злокачественных новообразований, информирование жителей о важности прохождения диспансеризации и своевременного обращения к специалистам.

Выводы. Использование различных информационных площадок и способов подачи информации является эффективным средством для охвата широкой аудитории. Важно поддерживать охват и вовлеченность целевой аудиторией, внедряя различные способы подачи контента в доступной и понятной форме для целевой аудитории.

ПРОВЕДЕНИЕ ПРЯМЫХ ЭФИРОВ (STREAM) В СООБЩЕСТВАХ ГБУЗ СОКОД КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЛОЯЛЬНОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ

Юданова А.А., Никифорова Ю.И., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Белова Т.Г.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Направления деятельности по связям с общественностью имеют широкий набор инструментов, для взаимодействия с социумом и повышением лояльности среди пациентов медицинских учреждений системы здравоохранения. PR в современных реалиях – это выстраивание правильных коммуникаций, между организацией и ее внутренней и внешней средой, налаживание устойчивых взаимосвязей и формирование доверия к учреждению. Большинство жителей нашей страны и региона обращаются за медицинской помощью в крайних случаях. В последние годы тенденция стала меняться, но свои коррективы внес и период пандемии COVID- 19. Многие жители региона в этот период не проходили обследования и не уделяли должное внимание своему здоровью, что в последствие привело к развитию различных патологических процессов. Не смотря на активно проводимую информационно – коммуникационную компанию, направленную на информирование жителей региона о возможностях ранней диагностики и важности профилактики различных хронических неинфекционных заболеваний, в обществе сохраняется число людей страдающих «канцерофобией». Канцерофобия – это боязнь заболеть раком. Осуществляется широкое информирование, но многие не посещают специалистов и обращаются в лечебные учреждения с запущенными формами заболевания. Специалисты диспансера постоянно повторяют, что рак самое излечиваемое из хронических заболеваний, при условии его обнаружения на ранней стадии. В связи с эпидемиологической ситуацией и большим охватом аудитории в социальных сетях, важно уделять информационной работе и информированию о современных методах диагностики, лечения и экспертному мнению специалистов, предоставлять информацию в актуальных форматах.

Цель исследования. Рассмотреть возможность использования новых форматов работы и взаимодействия с общественностью, путем донесения информации на широко известных ресурсах.

Материалы и метод. Из – за длительного периода ограничений и ситуации в регионе, проведение различных PR- мероприятий было существенно ограничено. Увеличение негативной реакции среди пациентов и их родственников, распространение профилактической информации требует активизации всех возможных ресурсов в реальной действительности. Наиболее популярным и действенным инструментом взаимодействия с аудиторией последние годы становятся социальные сети диспансера. Аккаунты ГБУЗ СОКОД были созданы одними из первых среди медицинских учреждений Самарской области в 2013 году. В связи с законодательством РФ в 2022 году из всех площадок стало возможным размещение информации на таких социальных ресурсах, как «ВКонтакте» и «Одноклассники». На протяжении всего времени, работе в социальных медиа уделяется большое внимание. Это связано с возможностью построения коммуникаций и повышения лояльности среди потенциальных и реальных пациентов медицинской организации. Учитывая действующее количество социальных сетей, последствия волны пандемии и рост заболеваемости при относительно низком обращении в первичное звено, стала более интенсивно осуществляться работа в социальных сетях с использованием различных форматов работы, например таких, как прямые эфиры. Прямой эфир — это видеотрансляция в реальном времени, во время которой эксперт организации общается с подписчиками группы, отвечает на вопросы, проводит включения с места проведения мероприятий и показывает рабочие аспекты медицинского учреждения. Прямой эфир (stream) отличная возможность экспертам ответить на часто задаваемые вопросы подписчиков, рассказать о новых направлениях работы и снять социальное напряжение. С 2021 года стали проводиться прямые эфиры со специалистами диспансера по различным направлениям в социальных медиа диспансера. Всего за данный период проведено 40 прямых эфиров со специалистами

учреждения. В 2022 году стали использоваться новые формы проведения прямых эфиров, трансляции стали проходить с широкомасштабных акций с участием специалистов учреждения и общественных организаций, с различных конференций и мероприятий. Новым направлением стало проведение трансляций с рабочих мест специалистов. В режиме «реального времени» эксперты диспансера показывают и рассказывают об особенностях проведения того или иного вида исследования. Большой охват пользователей был на эфир с экспертами эндоскопического отделения, которые рассказывали об особенностях проведения колоноскопии, с учетом значительного роста колоректального рака среди жителей Самарской области и профилактических акций, где специалисты говорили о методах самообследования кожных покровов. Регулярно проводятся прямые эфиры с психологом отделения медицинской реабилитации диспансера. Данная рубрика очень атктуальна и традиционно набирает большое количество охватов среди пользователей социальных сетей. Все трансляции (stream) осуществляются с соблюдением законодательства РФ в части ФЗ «О рекламе» и « О персональных данных». За 9 месяцев 2022 года охват прямыми эфирами в группах ГБУЗ СОКОД составил свыше 45 000 просмотров. Впервые был проведен прямой эфир в социальной сети «Одноклассники», где сосредоточены подписчики старшей возрастной группы и жители сельских районов Самарской области.

До проведения прямого эфира в социальных медиа размещается анонс с регалиями эксперта, все желающие могут задать вопросы заранее или во время проведения трансляции. Взаимодействие в таком формате с аудиторией, позволяет повысить лояльность, эксперты в режиме «реального времени» могут ответить на волнующие вопросы подписчиков. По итогам проведения stream в 2021 – 2022 гг. было получено большое количество обратной связи с подписчиками ГБУЗ СОКОД в виде благодарностей за предоставление актуальной информации в доступной форме для жителей региона. Анализируя статистику просмотров прямых эфиров со специалистами ГБУЗ СОКОД, то к stream подключаются жители соседних регионов и даже государств.

Выводы. Социальные медиа являются важным инструментом для работы медицинских учреждений с различными группами населения, снятия социального напряжения, выстраивания коммуникации и повышения лояльности среди пациентов учреждения. Благодаря доступному и информативному контенту, возможности «быстрой» обратной связи реальные и потенциальные пациенты чувствуют свою значимость и внимание со стороны специализированного медицинского учреждения.

ИНФОРМАЦИОННО – ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЙ ПРОЕКТ «PROСТО ОБ ОНКОЛОГИИ» КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТАМИ

Юданова А.А., Чубаров И.В., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Белова Т.Г., Никифорова Ю.И.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Современное общество существует сразу в двух параллельных пространствах – реальном и виртуальном. В течение последних 15 лет социальные сети существуют параллельно с реальностью каждого человека. Сегодня онлайн-среда стала полноправным пространством нахождения людей, включая характерные для любого социума особенности: собственный уровень культуры, моральных ценностей, нравственных установок, правил поведения. При этом интернет - площадки предоставляют совершенно новые возможности для аудитории. Пользователи глобальной сети не просто потребляют предоставляемый им контент, как это было во времена информационного главенства профессиональных средств массовой информации, но и сами его формируют благодаря значительному числу всевозможных сервисов. Сегодня в новой коммуникационной среде происходит чрезмерное насыщение информационно-коммуникативного пространства различными технологиями и информацией. В поисках необходимой информации, пользователи Интернет – площадок могут столкнуться с некомпетентными сервисами и порталами. С этой целью важно выстраивать коммуникации с пользователями в социальных медиа, на экспертных площадках. Таким площадками могут выступать сообщества медицинской организации в социальных медиа. Это уникальная возможность получить экспертную и достоверную информацию в понятной и востребованной форме среди пользователей социальных сетей. Специалисты медицинского учреждения в доступной форме проясняют различные заблуждения касательно диагностики и лечения хронических неинфекционных заболеваний, отвечают на вопросы пользователей. Людям и их родственникам, столкнувшимися с различными диагнозами, порой бывает, необходима психологическая поддержка и поддержка людей, который уже проходят свой путь к ремиссии и излечению, сохраняя веру и любовь к жизни. В связи с этим возникла задача по созданию достоверного и экспертного контента для пользователей социальных – медиа. С этой целью был разработан информационно – просветительский проект «PRосто об онкологии».

Цель исследования. Рассмотреть возможность реализации информацинно – просветительского проекта в социальных медиа как средства формирования коммуникации с пациентами диспансера.

Материалы и метод. Эпидемиологическая ситуация в регионе требовала внедрения и реализации новых форм взаимодействия с целевой аудиторией диспансера. Акцент в работе был сделан на работу и взаимодействие с общественностью в социальных медиа. С 2020 года значительно увеличился прирост целевой аудитории в группе ГБУЗ СОКОД в социальных сетях. Для этого в работе стали использоваться новые виды контента и подачи информации. Учитывая социальную напряженность среди пациентов медицинской организации и увеличение количества недостоверной информации, распространенной на просторах Интернета, возникла потребность в реализации актуального контента для социальных сетей диспансера. В связи с этим был разработан и внедрен информационно –просветительский проект «PRосто об онкологии», который включает в себя выпуск двух авторских передач, а именно: «Мифы об онкологии» и «Непридуманные истории об онкологии».

Серия выпусков «Мифы об онкологии» подразумевает встречу с экспертом медицинского учреждения и развенчивание мифов о профилактике, диагностике и лечении онкологических заболеваний. Специалист отвечает на самые популярные вопросы по той или иной тематике, подтверждая или опровергая информацию, распространенную в сети Интернет. В настоящее время подготовлено 13 выпусков передачи «Мифы об онкологии» с участием ведущих экспертов учреждения. Общий охват просмотров пользователями социальных сетей медицинской организации составил более 25 000 просмотров. Учитывая

актуальность темы вопросы подписчиков в социальных сетях учреждения, было принято решение и создании в рамках информационно –просветительского проекта «PRосто об онкологии» с участием пациентов учреждения под названием: «Непридуманные истории об онкологии». В данных выпусках пациенты рассказывают свои истории заболевания, установки диагноза и дальнейших действий. Это истории про жизнь и про путь к выздоровлению и принятия себя. Съемки данных выпусков проводятся при активном участии онкопациентского сообщества «Я люблю жизнь. Самара». Выход передачи с участием пациентов стал реализовываться с октября 2022 года. В настоящее время в социальных медиа диспансера размещено 7 выпусков передачи, охват составил более 9000 просмотров. Данные передачи получают большое количество обратной связи и благодарностей от подписчиков социальных медиа учреждения.

Выводы. Социальные сети и проекты, ориентированные на потенциальных и реальных пациентов являются эффективным средством коммуникации в современных условиях. Пользователи социальных медиа в доступной и понятной форме могут получить всю необходимую информацию и найти, ответы на свои вопросы. Важно следовать тенденциям размещения полезного и информативного контента, в том числе и для снятия социального напряжения, формирования лояльности и выстраивания коммуникаций с внешней общественностью медицинской организации.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Юрченко Р.А., Ляс Н.В., Тюлюсов А.М., Амосов Н.А., Шапиро С.А.
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Актуальность. Хирургическое лечение кардиоэзофагеального рака (КЭР) продолжает оставаться одной из наиболее сложных проблем современной клинической онкологии. Рак проксимального отдела желудка с переходом на пищевод характеризуется, как высокозлокачественная опухоль с лимфогенным метастазированием в коллекторы как брюшной полости, так и средостения.

Несмотря на прогресс современной онкологии, результаты лечения больных раком пищевода остаются малоудовлетворительными. Так, по данным американского онкологического регистра (SEER), при локализованном процессе 5-летняя выживаемость составляет около 37%, при местно-распространенных опухолях – всего 18%, а при наличии отдаленных метастазов не превышает 3%. Общая 5-летняя выживаемость составляет, по разным оценкам, около 15—20%.

В Российской Федерации заболеваемость раком пищевода неуклонно растет. В 2016 г. абсолютное число заболевших составило 7023 случая, с 2010 г. данный показатель увеличился в 2 раза. Среди больных с впервые установленным диагнозом почти 70% имеют III—IV стадию заболевания. Летальность на 1-м году после установки диагноза составляет 63,6%.

Выбор адекватного метода лечения при раке пищевода является ключевым моментом, определяющим дальнейший прогноз и качество жизни больных. В целом низкая эффективность различных методов лечения при данном заболевании обусловливает наличие нескольких альтернативных подходов в одной и той же клинической ситуации. Обилие публикаций результатов рандомизированных и нерандомизированных исследований, различия между хирургическими школами привели к отсутствию единого подхода к лечению данной патологии. На практике это приводит к необоснованному отказу от радикального лечения в пользу паллиативной лучевой терапии либо попыткам радикального лечения у больных с заведомо неблагоприятным прогнозом

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

Целью исследования - является оценка послеоперационных осложнений хирургического лечения кардиоэзофагеального рака.

Материал и метод. В период с 2017 по 2021 гг. в торакальном отделении Самарского областного клинического онкологического диспансера выполнено 297 операций пациентам с поражением кардиоэзофагеальной области, средний возраст которых составил 62 года.

Из них: мужчины – 201 (67,7%), женщины – 96 (32,3%). Пациентов с I стадией заболевания было 22 человека (7,4%), со II стадией – 57 человек (19%), III стадия - 147 человек (49,6%) и IV стадия – 71 человек (24%).

Наиболее распространенным гистологическим вариантом опухоли была аденокарцинома 229 (77 %), у 52 пациента – перстневидно-клеточный рак (17,5%), у 1 (0,3%) пациента - плоскоклеточный рак, другие формы злокачетсвенных новообразований(лимфомы, НЭО, ГИСО) у 15 пациентов (5,2%).

Радикальное хирургическое лечение выполнено 241 пациентам (81,1%). Основными видами оперативных вмешательств явились: Комбинированные проксимальная резекция желудка с резекцией нижнегрудного отдела пищевода, со спленэктомией, с лимфодиссекцией D2 106 (43,9%); комбинированная гастрэктомия с резекцией нижнегрудного отдела пищевода со спленэктомией с лимфодиссекцией D2 135 (55,9%). Данные объемы операции нами приняты как стандартные объемы, которые выполнялись во всех случаях, при наличии поражения кардиоэзофагеальной зоны.

Паллиативные и эксплоративные операции выполнены 56 пациентам (18,8%) от общего количества прооперированных пациентов.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 60 пациентов (20%), летальный исход наступил в 31 случаях (10%). В структуре послеоперационных осложнений наиболее частыми явились: Пневмония – 10 (5 из них умерло); несостоятельность швов анастомоза – 11 (9 из них умерло); ТЭЛА – 10 (9 из них умерло); абсцессы брюшной полости – 7 (1 из них умер); острый послеоперационный панкреатит, панкреонекроз – 4 (3 из них умерло); внутрибрюшное кровотечение – 3 случая (все выписаны); некроз трансплантата – 2 случая (1 из них умер); эвентрация – 3 (все выписаны). Свищ пищевода (пищеводно-плевральный – 1, пищеводно-бронхиальный – 1) все умерли.

Больше всего осложнений наблюдалось после выполнения комбиниорванных, расширенных оперативных вмешательств – 28 (18 летальных исходов, против 10 летальных исходов после выполнения «стандатртного» объема операции). Основными видами комбинированных расширенных операций явились (гастрэктомия и проксимальная резекция желудка с субтоатльной резекцией пищевода, с резекцией дифрагмы, поджелудочной железы, с резекцией печени, поперечно-ободочной кишки.

Также в единичных случаях отмечалось развитие инфаркта миокарда, ОНМК, пневмоторакса, толстокишечно-дифрагмально-плеврального свища, нагноение послеоперационной раны. Наиболее частыми осложнениями при данных типах операций являются пневмонии (3,6% всех оперированных больных); несостоятельность швов анастомоза (3,6% всех оперированных больных); ТЭЛА (3,3% всех оперированных больных), абсцессы брюшной полости (2,6% всех оперированных больных); Панкреатит и панкреонекроз (1,8% всех оперированных больных); кровотечение (некроз трансплантата (0,7% всех оперированных больных).

Выводы. Частота послеоперационных осложнений и летальность возрастают с увеличением объема операции, находятся в прямой зависимости от основного заболевания и выраженности функциональных осложнений. Непосредственные результаты хирургического лечения кардиоэзофагеального рака желудка, с учетом возраста пациентов, сопутствующей патологии и тяжести выполняемых операций, можно признать удовлетворительными. Послеоперационная летальность при операциях составила 10%, что не превышает средние данные общемировой статистики. Улучшение результатов лечения возможно при диагностике кардиоэзофагеального рака на более ранних стадиях, что позволит снизить объем оперативного вмешательства и частоту послеоперационных осложнений.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ВЫЕЗДНОЙ ПАТРОНАЖНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ
Акамова Э.М., Золотарева Т.Г.
……3-4

НАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ СЦИНТИГРАФИИ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ МЕЛАНОМЕ
Артемьев Р.В., Липина Ю.В.
……5

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭКСЦИЗИОННЫХ КОЛЕЦ TREC И KREC ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
В.Е. Аскаров, А.В. Султанбаев , Ш.И. Мусин, К.В. Меньшиков, Э.Р. Батырова, А.А. Фатихова , Ф.С. Билалов, И.А. Меньшикова, Н.И. Султанбаева, Д.А. Кудлай
……6

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РАКА ТЕЛА И ШЕЙКИ МАТКИ ПО ДАННЫМ МРТ С БОЛЮСНЫМ КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ.
Баландина А.В., Филимонов Е.Ю., Каганов О.И.
……7

РАБОТА ВРАЧА-ОНКОЛОГА КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ №1 В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ НАГРУЗКИ
Бельская Е.Г.
……8

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ
Бикинеева М.М., Мальцева Н.В., Рыбалко И.С., Печорская Е.А., Торопова Н.Е.
……9-10

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ДИАГНОЗОМ МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ ГР+ HER2 - РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Вагина П.С., Пушкарева Т.М.
……11

ПРОБЛЕМЫ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АНТИЭМЕТОГЕННОЙ ТЕРАПИИ И ЭСКАЛАЦИЯ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
Видяева А. В., Каганов О.И., Косталанова Ю. В., Исхакова Г.Н.
……12-13

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (T3a-bN0M0) ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
Воздвиженский М.О., Исаргапов Р.М., Горбачев А.Л., Фольц А.В., Борзенкова Е.В.
……14

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ
Воздвиженский М.О., Каганов О.И., Щукин В.Ю., Александрова Е.Г.
……15

МЕТОД ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ
Воздвиженский М.О., Козлов А.М., Фролов С.А.
……16

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА ПЛАСТИКИ ГЛОТКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ
Воздвиженский М.О., Махонин А.А., Козлов С.В., Синотин А.И., Габриелян А.Г., Сагдеев Р.Р.
……17

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ С ДАННЫМИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Волков В.М., Скобельцов Д.А.
……18-19

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ НАХОДКА
Волков В.М.
……20-21

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЧКИ
Евсеев Д.С., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Боряев А.Н., Трубин А.Ю.
……22-23

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ, КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ
Зеленкова Е.Ю., Кузнецова Т.К., Чехунова П.В.
……24

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТИОЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У ПАЦИЕНТА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ ПРИ УДАЛЕНИИ БОЛЬШОЙ ОПУХОЛИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ
Иванов В.В., Хобта Р.В., Николаенко А.Н., Артемьев А.В., Дороганов С.О.
……25-26

ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.
Иванов В.В., Хобта Р.В., Николаенко А.Н., Дороганов С.О.
……27-28

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РАЗРАБОТКЕ КОНСТРУКЦИИ ЭНДОПРОТЕЗА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА
Иванов В.В., Хобта Р.В., Николаенко А.Н., Дороганов С.О.
……29-30

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО РАЗВЕДЕНИЯ (ОЦР) ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ ГАУЗ РКОД МЗ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН
Измайлов А.А., Аюпов Р.Т., Султанбаев А.В., Рахимов Р.Р., Меньшиков К.В., Насретдинов А.Ф., Мусин Ш.И., Липатов О.Н.
……31

ТЕЛЕОНКОЛОГИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН
Измайлов А.А., Аюпов Р.Т., Рахимов Р.Р., Рустамханов Р.А., Халимов Т.М.
……32-33

ПРЕИМУЩЕСТВА НЕЙРОННОЙ СЕТИ ПРИ МАМОГРАФИИ
Ильясова А.Н., Орлов А.Е., Каганов О., Аглетдинов С.З.
……34

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ (T3a-T3b)
Исаргапов Р.М., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л.
……35

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В РЕЕСТРЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ, С ДИАГНОЗОМ НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ ОПУХОЛЬ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Каганов О.И., Акамова Э.М., Кашкаров И.Л., Ребров Н.И.
……36-37

МЕХАНИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК
Каганов О.И., Блинов Н.В., Фролов С.А., Козлов А.М.
……38

ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ДИАГНОЗОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК
Каганов О.И., Блинов Н.В., Фролов С.А., Козлов А.М.
……39

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТНЫХ РАН ПОСЛЕ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ ЛОКАЛЬНО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Блинов Н.В., Фролов С.А., Мешков А.В., Козлов А.М.
……40

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМНО-АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Мартынова Е.В., Смирнов Е.В., Мезенцев К.А.
……41-42

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКЦИИ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА ПОСЛЕ ЭТАПНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П.
……43

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Борисов А.П., Акимов Л.Н.
……44-45

СОХРАНЕНИЕ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОРГАНОСОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ
Каганов О.И., Савельев В.Н., Ламонов М.С., Бондаренко М.М., Катюшин А.А., Балык И.В.
……46

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ
Каганов О.И., Сидоренко А.О., Махонин А.А, Чуйкова А.Ю.
……47-48

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОКАЗАНИЙ К ЦИТОРЕДУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ
Каганов О.И., Швец Д.С., Козлов А.М., Миколенко Н.И., Волкова К.С.
……49-50

НОВЫЙ СПОСОБ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИ ПРЕДРАКОВЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – СТОМАТОЛОГА
О.И. Каганов, А.Г. Габриелян, А.А. Махонин, Сагдеев Р.Р., Березовкая С.С.
……51-52

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ НЕОАДЪЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БАЗАЛЬНОПОДОБРЫМ ПОЗИТИВНЫМ ПОДТИПОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
О.И. Каганов, В.Н. Савельев, М.В. Ткачев, А.А. Катюшин, Т.В. Коновалова
……53

СПОСОБ ПЕРВИЧНОЙ ОДНОЭТАПНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ЛИПОФИЛИНГА
О.И. Каганов, С.В. Козлов, В.Н. Савельев, М.В. Ткачев, А.П. Борисов
……54

ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНО ВЫЯВЛЕННЫМ РАКОМ КОЖИ НА ИНВАЛИДИЗАЦИЮ
Казеев М.В., Братко С.Н., Казеев В.И., Казеева Н.В.
……55-56

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОПОТОЧНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ В ОРИТ ГБУЗ СОКОД
Калиновик А. А., Вишняков В.А.
……57

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Козлов Г.Н., Югина О.В.
……58

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ МАССОВОГО СКРИНИНГА В РАМКАХ ЕВРОПЕЙСКОЙ НЕДЕЛИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЯ АО «РКЦ «ПРОГРЕСС» В 2021 ГОДУ
Козлова О.А., Золотарева Т.Г., Окунева И.В., Марушева О.В., Коневская Т.В.
……..59-60

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА БРЕНТУКСИМАБ ВЕДОТИН В ТЕРАПИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА И Т-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ
Колчина А.А., Каганов О.И., Косталанова Ю.В., Карсеева С.С.
……..61

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ
Колчина А.А., Каганов О.И., Золотарева Т.Г., Косталанова Ю.В., Горяинова Л.А.
……..62

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Коновалова Т.В., Исхакова Г.Н., Ткачев М.В., Зотова Т.П.
……63

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО ТЕСТА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА SARS – COV-2 НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
Коновалова Т.В, Исхакова Г.Н, Ткачев М.В.
……64

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ВТОРОЙ ЛИНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ (ГИСО) ОПУХОЛЕЙ СУНИТИНИБОМ
Королева А.М., Когония Л.М., Королева И.А., Копп М.В.
……65

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО НУТРИЦЕВТИКА ОНКОКСИН ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ХИМИОТЕРАПИИ
Королева И.А., Копп М.В., Королева А.М.
……66-67

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЛЕГКИХ В РАЙОНАХ Г.О. САМАРА ПО СОСТОЯНИЮ НА 2021 ГОД
Краснощекова Е.А., Попова Т.Ф., Егорова А.Г.
……68-69

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОТЕРАПИИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ
Крестина К.О., Каганов О.И., Косталанова Ю.В., Верховодова К.С.
……70-71

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ДЕТСКИХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЛАГЕРЯХ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ
Крестьянская А.Е., Хмара Э.Ю., Козлова О.А., Золотарева Т.Г.
……72
.
ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ КРР В ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГБУЗ СОКОД ЗА 2016-2021 ГГ..
Круглова И.И., Кузнецова Р.Н., Джарар М.М.
……73

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА
Кузьмин В.П., Родионова В.А., Васильева М.С., Тысячнова А.С., Балькина К.В., Кузнецова К.В., Шебонкина Д.А., Соснова Ю.Г.
……74-75

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
Логинова Ю.Г., Каганов О.И., Морятов А.А.
……76

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАПНОГРАФИИ В ОРИТ
Лозовая С.В., Вишняков В.А., Тимирбулатов Т.Ш.
……77

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ В ОРИТ
Лозовая С.В., Исхакова Г.Н., Меркулова С.М., Айбетова Э.Р.
……78-79

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАТИВНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ
Лужнова Т.П., Фролкина Л.Е., Стойка М.П.
……80

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПРОЦЕССА В ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ
Лужнова Т.П., Белохвостикова В.Н., Кузнецова Р.Н., Стариковская М.Д.
……81-82

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКТРАНОДАЛЬНОЙ ЛИМФОМЫ С ПОРАЖЕНИЕМ ТЕЛА МАТКИ. ОТ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДО ЛЕЧЕНИЯ
Лужнова Т.П., Волкова К.С.
……83-84

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Лужнова Т.П., Изгарская С.С., Аблекова О.Н.
……85

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА И ОТДАЛЁННЫХ МЕТАСТАЗОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА
Лужнова Т.П., Изгарская С.С.
……86

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Махонин А.А., Байриков И.М., Гришаева М.С., Керосиров А.П., Осокин О.В., Березовская С.С.
……87-88

СИСТЕМЫ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ЛЕГКИХ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В СКРИНИНГЕ РАКА ЛЕГКОГО
Мелдо А.А., Требушенков А.Ю.
……89-90

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МУТАЦИЙ В ГЕНАХ РЕПАРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН
Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Мусин Ш.И., Хазиев А.Р., Измайлов А.А., Фатихова А.А.
……91

АНАЛИЗ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ГБУЗ СОКОД ЗА 2020-2021 ГГ.
Мирошниченко В. Ю., Вишняков В. А., Крюкова Э. Г., Мальцева Н. В.
……92

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В НЕОАДЪЮВАНТНОМ РЕЖИМЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Мошуров И.П., Ольшанский М.С[2], Лобова О.А,, Васильев М.Б., Бердникова К.О.
……93

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА NM 23 В ОПУХОЛЯХ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ
И.П. Мошуров, Д.А. Головков, С.С. Малев, Д.В. Суховерков, А.А. Гриднев
……94-95

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ РАКА ЖЕЛУДКА С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА НИВОЛУМАБ
И.П. Мошуров, Д.А. Головков, Ю.Н. Потапов, С.С. Малев, Д.В. Суховерков, А.А. Гриднев
……96-97

БИОПСИЯ СИГНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА
Мусин Ш.И., Замилов М.М., Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Шарифгалеев И.А., Насретдинов А.Ф., Хоа Нгуен
……98

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ PARP В РЕЖИМЕ RE-CHALLENGE
Насретдинов А.Ф., Липатов О.Н., Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Мусин Ш.И., Султанбаева Н.И., Серебренников Г.А.
……99

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ
Неретин Е.Ю.
……100-101

НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ ДОКЛИНИЧЕСКИИХ ТЕХНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ЭНДОПРОТЕЗОВ СУСТАВОВ КИСТИ И СТОПЫ
Николаенко А.Н., Иванов В.В., Хобта Р.В., Дороганов С.О.
……102-103

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ЛЕГКОГО В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 5 ЛЕТ
Окунева И.В., Золотарева Т.Г., Козлова О.А.
……104-105

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID – 19
Орлов А.Е., Каганов О.И., Байчорова М.Г.
……106

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОРТАНИ
Орлов А.Е., Каганов О.И., Гукасян И.М., Сусляева А.И.
……107

МЕСТО АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СТОМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
Орлов А.Е., Каганов О.И., Постников М.А., Габриелян А.Г., Кириллова В.П., Осокин О.В., Керосиров А.П.
……108-109

ТРЕХЭТАПНАЯ СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ
Орлов А.Е., Каганов О.И., Сивохина Т.А., Капп Н.Г., Бурмистрова С.А., Золотарева Т.Г.
……110-111

О НОВОЙ ВЕРСИИ ПРЕДЛОЖЕНИЙ (ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ) РОСЗДРАВНАДЗОРА РФ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Орлов А.Е., Подусова Т.Н., Прошина О.А., Вакулич Е.А.
……112-113

РАЗРАБОТКА СТАНДАРТНЫХ ОПЕРАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР В ГБУЗ СОКОД
Орлов А.Е., Подусова Т.Н., Прошина О.А., Калугина С.Ю.
……114-115

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОРОТКИХ КОСТЕЙ КИСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХОНДРОСАРКОМЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Орлов А.Е., Николаенко А.Н., Иванов В.В., Хобта Р.В., Дороганов С.О.
……116-117

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУЧЕВОЙ И РАДИОНУКЛИДНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ
Павлова Е.Л., Орлов А.Е., Каганов О.И., Яннаева Ю.Г.
……118

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
Петрова О.М., Кудряшова Л.Н., Петрова М.В.
……119-120

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ДНА ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА ЛОСКУТОМ С НОСОГУБНОЙ СКЛАДКИ
Поварков С.М., Мошуров И.П.
……121

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ
Родионова В.А., Саксонова А.В., Лысенко А.И., Никитина Т.В.
……122-123

COVID-19-АССОЦИИРОВАННЫЙ СИНДРОМ ТАКОЦУБО В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Родионова В.А., Шахов И.А., Кузьмин В.П., Паравина Е.В.
……124-125

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОБЬЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СЕРДЦА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Родионова В.А., Шибанова Н.Н., Никитина Т.В.
……..126-127

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ СТРУМА ЯИЧНИКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Селезнева А.В., Баканова Ю.Г., Югина О.В.
…….128

ПЕРВАЯ ЛИНИЯ ИММУНОТЕРАПИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Серебренников Г.А., Меньшиков К.В., Султанбаев А.В., Мусин Ш.И., Насретдинов А.Ф., Измайлов А.А., Липатов О.Н.
……..129

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОЗОМ ЛЕГКИХ ВСЛЕДСТВИИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ
Сивохина Т.А., Орлов А.Е., Капп Н.Г., Бурмистрова С. А., Суховилова Е.В.
…….130

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА
Сивохина Т.А., Каганов О.И., Бурмистрова С.А., Капп Н.Г., Лаврентьева Е.Б.
…….131

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННОГО БАЛЛОНА ДЛЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ
Скупченко А.В., Репин А.А., Рассудишкин А.С., Лысенко А.В., Пущенко А.И.
…….132

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ РЕЦИДИВЕ МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ОПУХОЛЬЮ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ РАНЕЕ ВЫПОЛНЕННОЙ ПЕРЕВЯЗКИ ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ
Скупченко А.В., Лысенко А.В., Пущенко А.И., Рассудишкин А.С., Репин А.А., Федосеева А.И.
…….133-134

ОЦЕНКА ПЕРВЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК ВУЛЬВЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ ПЛАНИРОВАНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ VMAT
Собина С.С., Лукьянова И.В., Каганов О.И. , Куликова С.А. , Носова Н.В. , Парфёнова Н.Ю. , Костромина Л.И.
……135-136

РАДИОЧАСТОЧНАЯ АБЛЯЦИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Соловов В.А., Аблекова О.Н., Ганьжов В.О., Матяш Я.С.
……137

ФОКУСИРОВАННАЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АБЛЯЦИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: 15 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЙ
Соловов В. А., Тюрин А. А., Ганьжов В. О., Фесенко Д. В
……138

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В Г. САМАРА
Сомов А.Н., Егорова А.Г., Юсупов Р.Н., Шабардина А.С., Копылов А.В.
……139-141

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК ЛЕГКОГО
Ткачев А. А., Ляс Н. В., Тюлюсов А. М., Краснощекова Е. А.
……142-143

SITUS VISCERUM INVERSUS НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
Тонеева С.В., Баландина А.В., Каганов О.И.
……144-145

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19
Тремазова Ю.В, Каганов О.И., Воздвиженский М.О, Крюкова Э.Г., Стадлер В.В., Машукаева А.С.
……146-147

АДЪЮВАНТНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
Трубин А.Ю., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Боряев А.Н., Леснова Е.И.
……148

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПОЧКИ (ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ОНКОУРОЛОГИИ ГБУЗ СОКОД)
Трубин А.Ю., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Леснова Е.И., Борзенкова Е.В.
……149

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ
Трубин А.Ю., Низамова Р.С., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Боряев А.Н., Хакимов В.Г., Борзенкова Е.В.
……...150

КАРЦИНОМА ИЗ КЛЕТОК МЕРКЕЛЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Трухова Л.В., Торопова Н.Е., Азова М.А.
……151

ПСЕВДОМИКСОМА БРЮШИНЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Трухова Л.В., Торопова Н.Е., Липатова Е.Н, Морошкина Г.П.
……152-153

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Турищева В.В., Югина О.В.
……154-155

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА
Тюлюсов А.М., Ляс Н. В., Амосов Н. А., Юрченко Р.А., Шапиро С.А.
……156-157

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МУТАЦИЙ В ГЕНАХ РЕПАРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗНО ЯИЧНИКОВ МЕТОДОМ NGS В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН
Фатихова А.А., Меньшиков К.В., Султанбаев А.В.
……158-159

ВНУТРИПУЗЫРНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ – ДЕСЯТИЛЕТНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ
Фесенко Д. В., Соловов В. А., Ганьжов В.О.
……...160

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ И БЕЛКОВО-УГЛЕВОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Цимбалист Е.Д., Каганов О.И., Исхакова Г.Н.
……..161-162

УЧЕТ НАГРУЗКИ НА ТРУБНЫЕ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОБЛУЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ
Штанов В.М., Каганов О.И., Щеглов А.Л., Яннаева Ю.Г., Пчелинцева В.А.
…….163-164

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЛИМФОСТАЗА У ПАЦИЕНТОК С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Шубина Ю.Н.
…….164-165

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПЛАНОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ С ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ РИСКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Щукин В.Ю., Федосеева А.И.
……166-168

ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИКРОСАТЕЛЛИТНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ В АДЕНОКАРЦИНОМАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ
Югина О.В., Баканова Ю.Г., Росляков А.В.
…….169

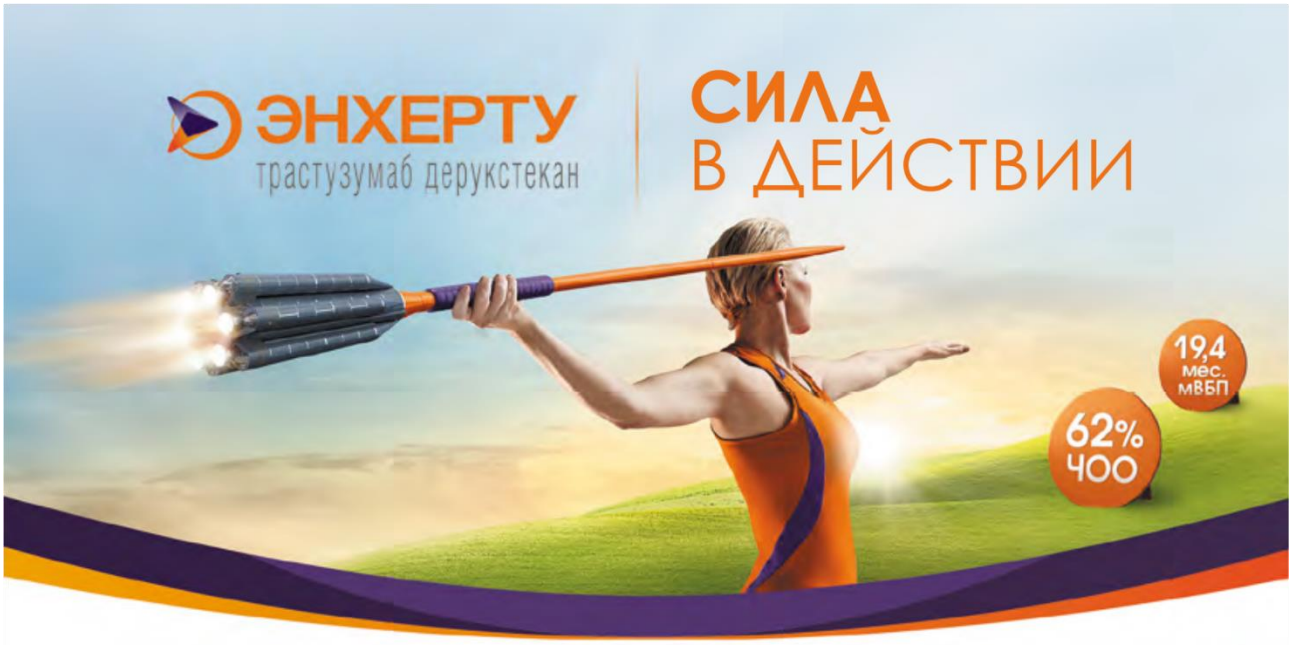
ТРУДНОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СОЛИТАРНОЙ ФИБРОЗНОЙ ОПУХОЛИ
Югина О.В., Селезнева А.В., Чобот Л.И.
…….170

ПРОВЕДЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО – КОММУНИКАЦИОННОЙ КОМПАНИИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»
Юданова А.А., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Белова Т.Г., Никифорова Ю.И.
……171-172

ПРОВЕДЕНИЕ ПРЯМЫХ ЭФИРОВ (STREAM) В СООБЩЕСТВАХ ГБУЗ СОКОД КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЛОЯЛЬНОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ
Юданова А.А., Никифорова Ю.И., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Белова Т.Г.
……173-174

ИНФОРМАЦИОННО – ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЙ ПРОЕКТ «PROСТО ОБ ОНКОЛОГИИ» КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТАМИ
Юданова А.А., Чубаров И.В., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Белова Т.Г., Никифорова Ю.И.
……175-176

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
Юрченко Р.А., Ляс Н.В., Тюлюсов А.М., Амосов Н.А., Шапиро С.А.
……177-178



Препарату Энхерту FDA присвоил статус «терапии прорыва» для предлеченных пациентов с HER2+ мРМЖ[1]

- Энхерту (T-Dxd) обеспечивает **устойчивое продолжительное подавление опухолевого роста** у пациентов с HER2+ мРМЖ, получивших не менее 2 линий анти-HER2-терапии:[2,3]

Время достижения ответа: **1,6 месяца**[3]	Частота объективного ответа: **62%**[3]	Медиана ВБП: **>1,5 лет** (19,4 месяца)[3]

- **Высокая мембранная проницаемость** дерукстекана, входящего в состав нового конъюгата T-Dxd, позволяет распространить его цитотоксический эффект на соседние опухолевые клетки («эффект свидетеля»)[4]

мРМЖ – метастатический рак молочной железы; HER2 – рецептор эпидермального фактора роста человека 2-го типа; ЧОО – частота объективного ответа; ВБП – выживаемость без прогрессирования; T-Dxd – трастузумаб дерукстекан.

1. Электронный ресурс https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-new-treatment-option-patients-her2-positive-breast-cancer-who-have-progressed-available. Дата доступа: 20.10.2022. **2.** Modi S, et al. N Engl J Med. 2020; 382(7):610–621. **3.** Saura C, et al. ESMO 2021. Poster 279P. **4.** Ogitani Y et al. Cancer Sci. 2016 Jul;107(7):1039–1046. doi: 10.1111/cas.12966. Epub 2016 Jun 22. PMID: 27166974; PMCID: PMC4946713.

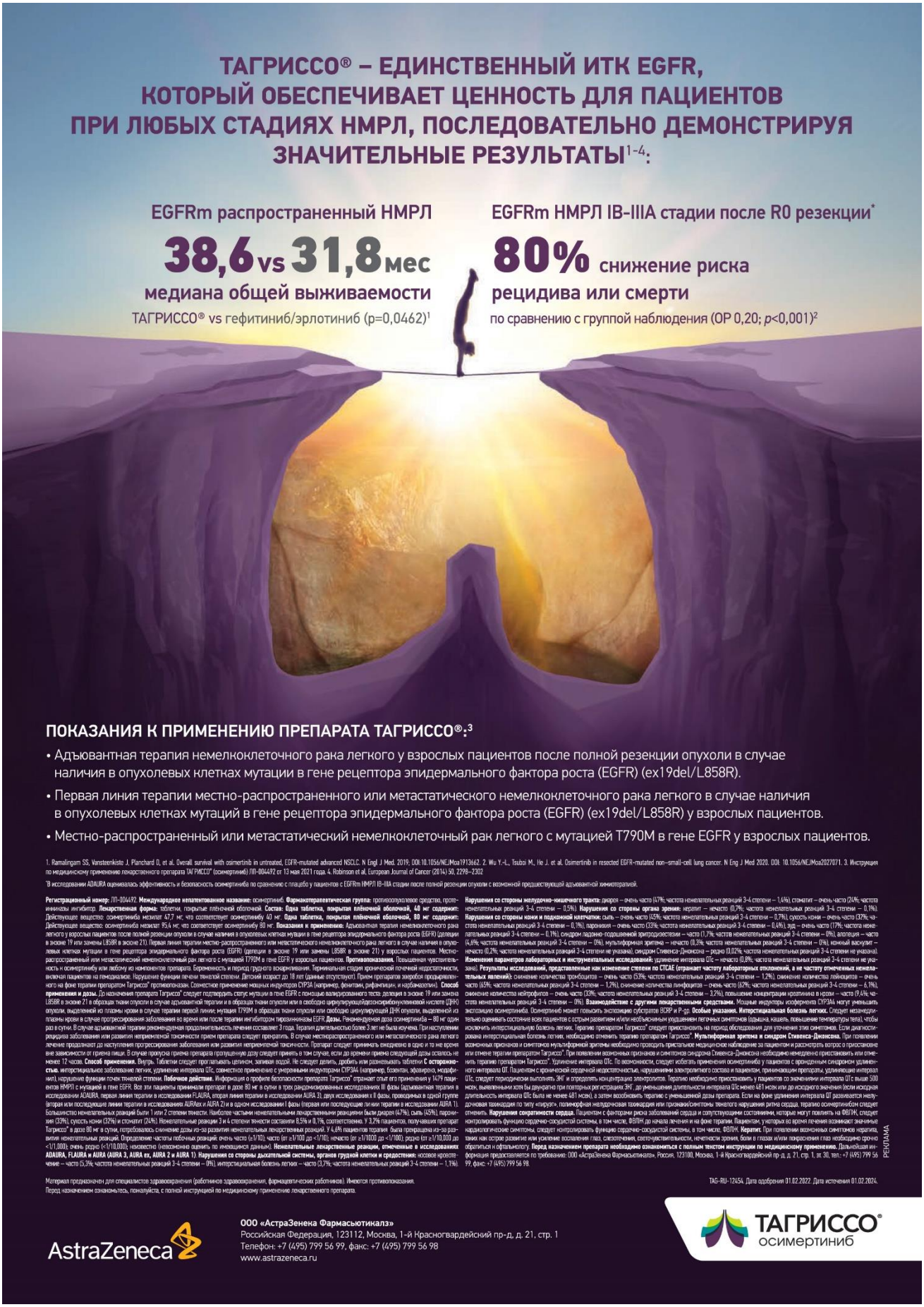
Краткая общая характеристика лекарственного препарата ЭНХЕРТУ (лиофилизат для приготовления концентрата для приготовления раствора для инфузий, 100 мг). Торговое название препарата: ЭНХЕРТУ; **Международное непатентованное название:** трастузумаб дерукстекан. **Регистрационный номер:** ЛП-№ (001242)-(РГ-RU) от 21.09.2022. **Лекарственная форма:** лиофилизат для приготовления концентрата для приготовления раствора для инфузий, 100 мг. **Показания к применению:** монотерапия лекарственным препаратом ЭНХЕРТУ показана для лечения взрослых пациентов с неоперабельным или метастатическим HER2-положительным раком молочной железы, получивших ранее не менее двух режимов лекарственной терапии, содержащих анти-HER2-таргетные препараты. **Противопоказания:** гиперчувствительность к трастузумабу дерукстекану и/или к любому из вспомогательных веществ. **Особые указания и меры предосторожности при применении:** *ИБЛ/пневмонит.* Пациентам следует рекомендовать незамедлительно сообщать о кашле, одышке, лихорадке и/или о любых новых или усилении существующих симптомов со стороны дыхательной системы. Пациентов необходимо наблюдать на предмет признаков и симптомов ИБЛ/пневмонита. При клинических проявлениях пациентов следует немедленно обследовать в целях исключения ИБЛ/пневмонита. Пациентам с подозрением на ИБЛ/пневмонит назначают рентгенологическое исследование. Следует рассмотреть возможность консультации пульмонолога. При бессимптомном течении ИБЛ/пневмонита (1-й степени тяжести) следует рассмотреть возможность применения глюкокортикостероидов (например, преднизолон в дозе ≥ 0,5 мг/кг/сут или другой препарат в эквивалентной дозе). Введение препарата ЭНХЕРТУ следует отложить до тех пор, пока тяжесть нежелательной реакции не снизится до степени тяжести 0, и тогда можно возобновить лечение в соответствии с рекомендациями, приведенными в таблице 2. При ИБЛ/пневмоните с наличием симптомов (≥ 2-й степени тяжести) следует незамедлительно начать системную терапию глюкокортикостероидами (например, преднизолон в дозе ≥ 1 мг/кг/сут или другой препарат в эквивалентной дозе) и продолжать ее в течение не менее 14 дней с последующим постепенным снижением дозы в течение не менее 4 недель. В случае подтверждения диагноза ИБЛ/пневмонита с наличием симптомов (≥ 2-й степени тяжести) следует прекратить применение препарата ЭНХЕРТУ. Пациентс наличием в анамнезе ИБЛ/пневмонита или пациенты с нарушением функции почек средней или тяжелой степени могут иметь повышенный риск развития данной нежелательной реакции и должны находиться под тщательным медицинским наблюдением. *Нейтропения.* Перед началом применения лекарственного препарата ЭНХЕРТУ и перед введением каждой следующей дозы, а также по клиническим показаниям следует контролировать параметры общего анализа крови. В зависимости от степени тяжести нейтропении может потребоваться приостановка терапии или снижение дозы препарата ЭНХЕРТУ. *Снижение ФВЛЖ.* ФВЛЖ следует оценивать до начала применения препарата ЭНХЕРТУ и регулярно во время лечения в соответствии с клиническими показаниями. Терапию препаратом ЭНХЕРТУ следует прекратить при подтверждении снижения ФВЛЖ < 40 % или абсолютного снижения показателя более чем на 20 % от исходного уровня. Также следует прекратить применение препарата ЭНХЕРТУ у пациентов с симптомами ЗСН. *Эмбриофетальная токсичность.* Применение препарата ЭНХЕРТУ во время беременности может нанести вред плоду. До начала применения препарата ЭНХЕРТУ у пациенток с детородным потенциалом следует исключить беременность. Пациентки должны быть проинформированы о потенциальных рисках для плода. Пациенткам с детородным потенциалом следует рекомендовать использовать эффективную контрацепцию во время лечения и в течение как минимум 7 месяцев после введения последней дозы препарата ЭНХЕРТУ. Пациентам мужского пола, ведущим половую жизнь с женщинами с детородным потенциалом, следует рекомендовать использовать эффективную контрацепцию во время лечения и в течение не менее 4 месяцев после введения последней дозы препарата ЭНХЕРТУ. *Пациенты с печеночной недостаточностью.* Препарат ЭНХЕРТУ следует с осторожностью назначать пациентам с печеночной недостаточностью средней и тяжелой степеней. **Способ применения и дозы.** Рекомендуемая доза препарата ЭНХЕРТУ составляет 5,4 мг/кг в виде внутривенной инфузии каждые 3 недели (циклы лечения продолжительностью 21 день) до прогрессирования заболевания или развития непереносимой токсичности. Первое введение препарата должно осуществляться в виде внутривенной инфузии продолжительностью 90 минут. Если предыдущая инфузия переносилась хорошо, продолжительность последующих инфузий лекарственного препарата ЭНХЕРТУ можно сократить до 30 минут. Информацию по коррекции дозы, дозировке у особых категорий пациентов и инструкции по приготовлению концентрата и разведению лекарственного препарата перед применением смотрите в полном варианте инструкции. **Побочное действие.** Безопасность препарата ЭНХЕРТУ была оценена по данным объединенного анализа 234 пациентов с неоперабельным или метастатическим HER2-положительным раком молочной железы, которые получили как минимум одну дозу (5,4 мг/кг) лекарственного препарата ЭНХЕРТУ в исследованиях DESTINY-Breast01 и DS8201-A-J101. Частота возникновения нежелательных реакций представлена в следующей градации: очень часто (≥ 1/10), часто (≥ 1/100, но < 1/10), нечасто (≥ 1/1 000, но < 1/100), редко (≥ 1/10 000, но < 1/1 000), очень редко (< 1/10 000) и частота неизвестна (невозможно оценить по имеющимся данным). Инфекции верхних дыхательных путей – очень часто; нарушения со стороны крови и лимфатической системы: нейтропения, анемия, лейкопения, лимфопения, тромбоцитопения – очень часто; фебрильная нейтропения – часто; нарушения метаболизма и питания: гипокалиемия, снижение аппетита – очень часто; нарушения со стороны нервной системы: головная боль, головокружение – очень часто; нарушения со стороны органа зрения: ощущение сухости в глазах – очень часто; нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: интерстициальная болезнь легких, одышка, кашель, носовое кровотечение – очень часто; желудочно-кишечные нарушения: тошнота, рвота, диарея, боль в животе, запор, стоматит, диспепсия – очень часто; нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: алопеция, сыпь – очень часто; общие нарушения и реакции в месте введения: повышенная утомляемость – очень часто; лабораторные и инструментальные данные: повышение уровня АЛТ, АСТ, снижение ФВЛЖ – очень часто; реакции, связанные с инфузией – часто. **Перед назначением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению. Дальнейшая информация предоставляется по требованию. Если Вам стало известно о нежелательной реакции при использовании лекарственного препарата «АстраЗенека», пожалуйста, сообщите эту информацию в медицинский отдел компании. Вы можете написать нам по электронной почте Safety.Russia@astrazeneca.com, заполнить веб-форму https://aereporting.astrazeneca.com или связаться с нами по телефону +7 (495) 799–56–99, доб. 2580.** Общая характеристика лекарственного препарата ЭНХЕРТУ (лиофилизат для приготовления концентрата для приготовления раствора для инфузий, 100 мг), (ЛП-№ (001242)-(РГ-RU) от 21.09.2022).

Материал предназначен для специалистов здравоохранения (работников здравоохранения, фармацевтических работников). Имеются противопоказания. Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.

Дата одобрения: 21.10.2022. Дата истечения: 20.10.2024
Номер одобрения: ENH_RU-14755

ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»
Российская Федерация, 123112, Москва, 1-й Красногвардейский пр-д, д. 21, стр. 1
Телефон +7 (495) 799-56-99, факс +7 (495) 799-56-98, www.astrazeneca.ru

AstraZeneca


ТАГРИССО® – ЕДИНСТВЕННЫЙ ИТК EGFR,
КОТОРЫЙ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ЦЕННОСТЬ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ
ПРИ ЛЮБЫХ СТАДИЯХ НМРЛ, ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ДЕМОНСТРИРУЯ
ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ[1-4]:
EGFRm распространенный НМРЛ
38,6 vs 31,8 мес
медиана общей выживаемости
ТАГРИССО® vs гефитиниб/эрлотиниб (p=0,0462)[1]
EGFRm НМРЛ IB-IIIA стадии после R0 резекции*
80% снижение риска
рецидива или смерти
по сравнению с группой наблюдения (ОР 0,20; p<0,001)[2]
ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ТАГРИССО®:[3]
• Адъювантная терапия немелкоклеточного рака легкого у взрослых пациентов после полной резекции опухоли в случае наличия в опухолевых клетках мутации в гене рецептора эпидермального фактора роста (EGFR) (ex19del/L858R).
• Первая линия терапии местно-распространенного или метастатического немелкоклеточного рака легкого в случае наличия в опухолевых клетках мутаций в гене рецептора эпидермального фактора роста (EGFR) (ex19del/L858R) у взрослых пациентов.
• Местно-распространенный или метастатический немелкоклеточный рак легкого с мутацией T790M в гене EGFR у взрослых пациентов.
1. Ramalingam SS, Vansteenkiste J, Planchard D, et al. Overall survival with osimertinib in untreated, EGFR-mutated advanced NSCLC. N Engl J Med. 2019; DOI: 10.1056/NEJMoa1913662. 2. Wu Y.-L., Tsuboi M., He J. et al. Osimertinib in resected EGFR–mutated non–small-cell lung cancer. N Eng J Med 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2027071. 3. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ТАГРИССО® (осимертиниб) ЛП-004492 от 13 мая 2021 года. 4. Robinson et al. European Journal of Cancer (2014) 50, 2291–2302
*В исследовании ADAURA оценивалась эффективность и безопасность осимертиниба по сравнению с плацебо у пациентов с EGFRm НМРЛ IB–IIIA стадии после полной резекции опухоли с возможной предшествующей адъювантной химиотерапией.
Регистрационный номер: ЛП-004492. Международное непатентованное название: осимертиниб. Фармакотерапевтическая группа: противоопухолевое средство, протеинкиназы ингибитор. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Состав: Одна таблетка, покрытая пленочной оболочкой, 40 мг содержит: Действующее вещество: осимертиниба мезилат 47,7 мг, что соответствует осимертинибу 40 мг. Одна таблетка, покрытая пленочной оболочкой, 80 мг содержит: Действующее вещество: осимертиниба мезилат 95,4 мг, что соответствует осимертинибу 80 мг. Показания к применению: Адъювантная терапия немелкоклеточного рака легкого у взрослых пациентов после полной резекции опухоли в случае наличия в опухолевых клетках мутации в гене рецептора эпидермального фактора роста (EGFR) (делеции в экзоне 19 или замены L858R в экзоне 21). Первая линия терапии местно-распространенного или метастатического немелкоклеточного рака легкого в случае наличия в опухолевых клетках мутации в гене рецептора эпидермального фактора роста (EGFR) (делеции в экзоне 19 или замены L858R в экзоне 21) у взрослых пациентов. Местно-распространенный или метастатический немелкоклеточный рак легкого с мутацией T790M в гене EGFR у взрослых пациентов. Противопоказания. Повышенная чувствительность к осимертинибу или любому из компонентов препарата. Беременность и период грудного вскармливания. Терминальная стадия хронической почечной недостаточности, включая пациентов на гемодиализе. Нарушение функции печени тяжелой степени. Детский возраст до 18 лет (данные отсутствуют). Прием препаратов зверобоя продырявленного на фоне терапии препаратом Тагриссо® противопоказан. Совместное применение мощных индукторов CYP3A (например, фенитоин, рифампицин, и карбамазепин). Способ применения и дозы. До назначения препарата Тагриссо® следует подтвердить статус мутации в гене EGFR с помощью валидированного теста; делеция в экзоне 19 или замена L858R в экзоне 21 в образцах ткани опухоли в случае адъювантной терапии и в образцах ткани опухоли или в свободно циркулирующей дезоксирибонуклеиновой кислоте (ДНК) опухоли, выделенной из плазмы крови в случае терапии первой линии; мутация T790M в образцах ткани опухоли или свободно циркулирующей ДНК опухоли, выделенной из плазмы крови в случае прогрессирования заболевания во время или после терапии ингибитором тирозинкиназы EGFR. Дозы. Рекомендуемая доза осимертиниба – 80 мг один раз в сутки. В случае адъювантной терапии рекомендуемая продолжительность лечения составляет 3 года. Терапия длительностью более 3 лет не была изучена. При наступлении рецидива заболевания или развития неприемлемой токсичности прием препарата следует прекратить. В случае местнораспространенного или метастатического рака легкого лечение продолжают до наступления прогрессирования заболевания или развития неприемлемой токсичности. Препарат следует принимать ежедневно в одно и то же время вне зависимости от приема пищи. В случае пропуска приема препарата пропущенную дозу следует принять в том случае, если до времени приема следующей дозы осталось не менее 12 часов. Способ применения. Внутрь. Таблетки следует проглатывать целиком, запивая водой. Не следует делить, дробить или разжевывать таблетки. С осторожностью. интерстициальное заболевание легких, удлинение интервала QTc, совместное применение с умеренными индукторами CYP3A4 (например, бозентан, эфавиренз, модафинил), нарушения функции почек тяжелой степени. Побочное действие. Информация о профиле безопасности препарата Тагриссо® отражает опыт его применения у 1479 пациентов НМРЛ с мутацией в гене EGFR. Все эти пациенты принимали препарат в дозе 80 мг в сутки в трех рандомизированных исследованиях III фазы (адъювантная терапия в исследовании ADAURA, первая линия терапии в исследовании FLAURA, вторая линия терапии в исследовании AURA 3), двух исследованиях II фазы, проводимых в одной группе (вторая или последующие линии терапии в исследованиях AURAex и AURA 2) и в одном исследовании I фазы (первая или последующие линии терапии в исследовании AURA 1). Большинство нежелательных реакций были 1 или 2 степени тяжести. Наиболее частыми нежелательными лекарственными реакциями были диарея (47%), сыпь (45%), паронихия (39%), сухость кожи (32%) и стоматит (24%). Нежелательные реакции 3 и 4 степени тяжести составили 8,5% и 0,1%, соответственно. У 3,2% пациентов, получавших препарат Тагриссо® в дозе 80 мг в сутки, потребовалось снижение дозы из-за развития нежелательных лекарственных реакций. У 4,4% пациентов терапия была прекращена из-за развития нежелательных реакций. Определение частоты побочных реакций: очень часто (≥1/10); часто (от ≥1/100 до <1/10); нечасто (от ≥1/1000 до <1/100); редко (от ≥1/10 000 до <1/1,000); очень редко (<1/10,000); неизвестно (невозможно оценить по имеющимся данным). Нежелательные лекарственные реакции, отмеченные в исследованиях ADAURA, FLAURA и AURA (AURA 3, AURA ex, AURA 2 и AURA 1). Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: кожное кровотечение – часто (5,3%); частота нежелательных реакций 3-4 степени – (0%), интерстициальная болезнь легких – часто (3,7%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 1,1%). Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: диарея – очень часто (47%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 1,4%), стоматит – очень часто (24%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 0,5%). Нарушения со стороны органа зрения: кератит – нечасто (0,7%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 0,1%). Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки: сыпь – очень часто (45%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 0,7%), сухость кожи – очень часто (32%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 0,1%), паронихия – очень часто (33%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 0,4%), зуд – очень часто (17%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 0,1%), синдром ладонно-подошвенной эритродизестезии – часто (1,7%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 0%), алопеция – часто (4,6%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 0%), мультиформная эритема – нечасто (0,3%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 0%), кожный васкулит – нечасто (0,2%; частота нежелательных реакций 3-4 степени не указана), синдром Стивенса–Джонсона – редко (0,02%; частота нежелательных реакций 3-4 степени не указана). Изменение параметров лабораторных и инструментальных исследований: удлинение интервала QTc – нечасто (0,8%; частота нежелательных реакций 3-4 степени не указана). Результаты исследований, представленные как изменение степени по CTCAE (отражают частоту лабораторных отклонений, а не частоту отмеченных нежелательных явлений): снижение количества тромбоцитов – очень часто (53%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 1,2%), снижение количества лейкоцитов – очень часто (45%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 1,2%), снижение количества лимфоцитов – очень часто (62%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 6,1%), снижение количества нейтрофилов – очень часто (33%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 3,2%), повышение концентрации креатинина в крови – часто (9,4%; частота нежелательных реакций 3-4 степени – 0%). Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Мощные индукторы изофермента CYP3A4 могут уменьшить экспозицию осимертиниба. Осимертиниб может повысить экспозицию субстратов BCRP и P-gp. Особые указания. Интерстициальная болезнь легких. Следует незамедлительно оценивать состояние всех пациентов с острым развитием и/или необъяснимым ухудшением легочных симптомов (одышка, кашель, повышение температуры тела), чтобы исключить интерстициальную болезнь легких. Терапию препаратом Тагриссо® следует приостановить на период обследования для уточнения этих симптомов. Если диагностирована интерстициальная болезнь легких, необходимо отменить терапию препаратом Тагриссо®. Мультиформная эритема и синдром Стивенса-Джонсона. При появлении возможных признаков и симптомов мультиформной эритемы необходимо проводить пристальное медицинское наблюдение за пациентом и рассмотреть вопрос о приостановке или отмене терапии препаратом Тагриссо®. Удлинение интервала QTc. По возможности, следует избегать применения осимертиниба у пациентов с врожденным синдромом удлиненного интервала QT. Пациентам с хронической сердечной недостаточностью, нарушениями электролитного состава и пациентам, принимающим препараты, удлиняющие интервал QTc, следует периодически выполнять ЭКГ и определять концентрацию электролитов. Терапию необходимо приостановить у пациентов со значением интервала QTc выше 500 мсек, выявленными хотя бы двукратно при повторных регистрациях ЭКГ. До уменьшения длительности интервала QTc менее 481 мсек или до исходного значения (если исходная длительность интервала QTc была не менее 481 мсек), а затем возобновить терапию с уменьшенной дозы препарата. Если на фоне удлинения интервала QT развивается желудочковая тахикардия по типу «пируэт», полиморфная желудочковая тахикардия или признаки/симптомы тяжелого нарушения ритма сердца, терапию осимертинибом следует отменить. Нарушения сократимости сердца. Пациентам с факторами риска заболеваний сердца и сопутствующими состояниями, которые могут повлиять на ФВЛЖ, следует контролировать функцию сердечно-сосудистой системы, в том числе, ФВЛЖК до начала лечения и на фоне терапии. Пациентам, у которых во время лечения возникают значимые кардиологические симптомы, следует контролировать функцию сердечно-сосудистой системы, в том числе, ФВЛЖК. Кератит. При появлении возможных симптомов кератита, таких как острое развитие или усиление воспаления глаз, слезотечения, светочувствительности, нечеткости зрения, боли в глазах и/или покраснения глаз необходимо срочно обратиться к офтальмологу. Перед назначением препарата необходимо ознакомиться с полным текстом инструкции по медицинскому применению. Дальнейшая информация предоставляется по требованию: ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз», Россия, 123100, Москва, 1-й Красногвардейский пр-д. д. 21, стр. 1, эт. 30, тел.: +7 (495) 799 56 99, факс: +7 (495) 799 56 98.
РЕКЛАМА
Материал предназначен для специалистов здравоохранения (работников здравоохранения, фармацевтических работников). Имеются противопоказания.
Перед назначением ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.
TAG-RU-12454. Дата одобрения 01.02.2022. Дата истечения 01.02.2024.
AstraZeneca
ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»
Российская Федерация, 123112, Москва, 1-й Красногвардейский пр-д, д. 21, стр. 1
Телефон: +7 (495) 799 56 99, факс: +7 (495) 799 56 98
www.astrazeneca.ru
ТАГРИССО®
осимертиниб

Таргетная терапия препаратом ЛИНПАРЗА® мКРРПЖ с мутациями генов HRR[1–3]

ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»
Российская Федерация, 123112, Москва, 1-й Красногвардейский пр-д, д. 21, стр. 1
Телефон: +7 (495) 799 56 99, факс: +7 (495) 799 56 98, www.astrazeneca.ru

AstraZeneca

HRR – гены репарации ДНК путем гомологичной рекомбинации; мКРРПЖ – метастатический кастрационно-резистентный рак предстательной железы; PARP – поли(АДФ-рибоза)полимераза.

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Линпарза® (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 100 и 150 мг). Торговое название препарата: Линпарза®; **Международное непатентованное название:** олапариб; **Регистрационный номер:** ЛП-005941 от 26.11.2019. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые плёночной оболочкой. **Показания к применению: Рак яичников.** Препарат Линпарза® показан для поддерживающей монотерапии впервые выявленного распространенного эпителиального рака яичников, рака маточной трубы или первичного перитонеального рака высокой степени злокачественности с мутациями в генах BRCA у взрослых пациенток, ответивших (полный или частичный ответ) на платиносодержащую химиотерапию первой линии; поддерживающей монотерапии платиночувствительного рецидива эпителиального рака яичников, рака маточной трубы или первичного перитонеального рака высокой степени злокачественности у взрослых пациенток, ответивших (полный или частичный ответ) на платиносодержащую химиотерапию. Препарат Линпарза® в комбинации с бевацизумабом показан для поддерживающей терапии впервые выявленного распространенного эпителиального рака яичников, рака маточной трубы или первичного перитонеального рака высокой степени злокачественности у взрослых пациенток, ответивших (полный или частичный ответ) на платиносодержащую химиотерапию первой линии в комбинации с бевацизумабом. **Рак молочной железы.** Препарат Линпарза® показан для монотерапии метастатического HER2-негативного рака молочной железы у взрослых пациентов с герминальными мутациями в генах BRCA, ранее получавших неоадъювантную или адъювантную химиотерапию либо химиотерапию по поводу метастатического заболевания. **Аденокарцинома поджелудочной железы.** Препарат Линпарза® показан для поддерживающей монотерапии метастатической аденокарциномы поджелудочной железы с герминальными мутациями в генах BRCA у взрослых пациентов, у которых не наблюдалось прогрессирования заболевания на платиносодержащей химиотерапии первой линии. **Рак предстательной железы.** Препарат Линпарза® показан для монотерапии метастатического кастрационно-резистентного рака предстательной железы с герминальными или соматическими мутациями генов, участвующих в репарации ДНК путем гомологичной рекомбинации, у пациентов с прогрессированием заболевания после терапии новыми гормональными препаратами. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к олапарибу или любому из вспомогательных веществ, входящих в состав препарата; беременность и период грудного вскармливания (во время терапии и в течение 1 месяца после последнего приема препарата); нарушение функции почек тяжелой степени; нарушение функции печени тяжелой степени (класс С по шкале Чайлда – Пью); дети и подростки в возрасте до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). **С осторожностью:** совместный прием с мощными индукторами или ингибиторами изоферментов цитохрома CYP3A, нарушение функции почек средней степени тяжести. **Способ применения и дозы:** препарат Линпарза® доступен в виде таблеток дозировкой 100 мг и 150 мг. Рекомендуемая доза препарата Линпарза® составляет 300 мг (две таблетки по 150 мг) 2 раза в сутки, что соответствует суточной дозе 600 мг. Таблетки дозировкой 100 мг предназначены для приема в случае необходимости снижения дозы. Информацию по коррекции дозы и дозировке у особых категорий пациентов смотрите в полном варианте инструкции. Рекомендуется выполнить клинический анализ крови до начала терапии, повторять его ежемесячно в течение первых 12 месяцев терапии и далее периодически для мониторинга клинически значимых изменений гематологических параметров во время лечения, которые могут потребовать приостановки терапии или снижения дозы препарата и/или дополнительного лечения. **Побочное действие:** монотерапия олапарибом обычно сопровождалась изменениями лабораторных показателей и/или клиническими симптомами слабой или средней степени тяжести (1-й или 2-й степени по классификации «Общие терминологические критерии нежелательных явлений» (CTCAE)), как правило, не требующими прекращения терапии. Наблюдавшиеся нежелательные реакции 3 и выше степеней CTCAE представлены ниже. Определение частоты побочных реакций: очень часто (≥ 1/10), часто (≥ 1/100, < 1/10), нечасто (≥ 1/1000, < 1/100), редко (≥ 1/10000, < 1/1000), очень редко (< 1/10000). Со стороны крови и лимфатической системы: анемия – очень часто, нейтропения – часто, лейкопения – часто, тромбоцитопения – часто, лимфопения – нечасто; со стороны иммунной системы: гиперчувствительность – редко; нарушения метаболизма: снижение аппетита – нечасто; нарушения со стороны нервной системы: головная боль, головокружение – нечасто; со стороны дыхательной системы, средостения и грудной клетки: кашель – нечасто, одышка – часто; со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, диарея – часто; диспепсия – редко; боль в верхней части живота, стоматит – нечасто; со стороны кожи и подкожных тканей: сыпь – нечасто; общие нарушения: утомляемость (включая астению) – часто; результаты лабораторных и инструментальных исследований: повышение концентрации креатинина в сыворотке крови – редко; доброкачественные, злокачественные и неуточненные новообразования (включая кисты и полипы): миелодиспластический синдром/острый миелолейкоз – нечасто. Профиль безопасности препарата Линпарза® в комбинации с бевацизумабом соответствовал профилю безопасности каждого из препаратов.

Перед назначением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению. Дальнейшая информация предоставляется по требованию. Если Вам стало известно о нежелательной реакции при использовании лекарственного препарата «АстраЗенека», пожалуйста, сообщите эту информацию в медицинский отдел компании. Вы можете написать нам по электронной почте Safety.Russia@astrazeneca.com, заполнить веб-форму https://aereporting.astrazeneca.com или связаться с нами по телефону 8 (495) 799 56 99, доб. 2580.

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Линпарза®, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 100 и 150 мг (ЛП-005941 от 26.11.2019) с учетом изменения 4 от 08.02.2022. **2.** de Bono J et al. Olaparib for metastatic castration-resistant prostate cancer. N Engl J Med. 2020;382(22):2091–2102. **3.** NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Prostate Cancer V.2.2020. National Comprehensive Cancer Network, Inc. 2020. All rights reserved. Accessed June 2020. To view the most recent and complete version of the guideline, go online to NCCN.org.

LYN-RU-13478
Дата одобрения: 01.06.2022.
Материал предназначен для специалистов здравоохранения
Дата истечения: 01.06.2024.