



АССОЦИАЦИЯ  
ОНКОЛОГОВ  
РОССИИ



АССОЦИАЦИЯ  
ВРАЧЕЙ  
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ



САМАРСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ



САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ  
КЛИНИЧЕСКИЙ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ  
ДИСПАНСЕР

# МАТЕРИАЛЫ 15 ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

85



## НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ

4-5 декабря 2025 года

САМАРА

## ГЕНЕРАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ



**P-ФАРМ**  
Инновационные  
технологии  
здоровья



URVUH 2



## ОФИЦИАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ



## УЧАСТНИКИ



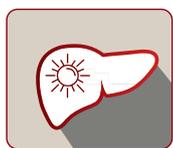
**ФАРМАСИНТЕЗ**



**NOVARTIS**



**Pierre Fabre**



Медицинская компания  
**Гепатолог**



## УЧАСТНИКИ ВЫСТАВОЧНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ

**БИПОЛЯР**



**фарматом**

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

МАТЕРИАЛЫ  
15 ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

# **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ**

4-5 ДЕКАБРЯ 2025 ГОДА

САМАРА

УДК 616-006

ББК 55.6

Научная редакционная коллегия:

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

Член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор А.В. Колсанов

доктор медицинских наук А.Е. Орлов

доктор медицинских наук О.И. Каганов

доктор медицинских наук С.В. Козлов

кандидат медицинских наук Т.Г. Золотарева

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ:** Сборник материалов ежегодной научно-практической конференции с международным участием. – Самара, 2025. – 160 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, 2025

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ РАКА ВУЛЬВЫ**

**Александрова Е.Г., Щукин В.Ю.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Рак вульвы занимает четвертое место в структуре онкогинекологической заболеваемости и составляет около 2-5% всех ЗНО женских половых органов. В России ежегодно регистрируется более 2000 новых случаев. Основным видом предраковых заболеваний вульвы является вульварная интраэпителиальная неоплазия. Вульварные интраэпителиальные неоплазии – группа заболеваний, характеризующаяся пролиферацией атипичных базальных клеток и диспластическими изменениями многослойного плоского эпителия. Одним из ведущих этиологических факторов риска возникновения и развития VIN является персистенция вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного роста. К редким формам предрака вульвы относятся болезнь Педжета; карцинома бартолиновой железы. Основным методом лечения данной патологии – хирургический. Одним из перспективных и высокотехнологичных методов лечения является фотодинамическая терапия (ФДТ). Это один из наименее инвазивных методов, при котором нетоксичные фотосенсибилизаторы (ФС) вводят системно или применяют локально (местно в виде мази или геля) с последующей их активацией светом определенной длины волны в присутствии клеточного кислорода. Основной механизм действия ФДТ заключается в том, что при взаимодействии молекулы ФС и кванта света через каскад фотодинамических реакций образуются активные формы кислорода. В первую очередь это синглетный кислород, который, повреждая мембрану клетки и ее внутренние структуры, запускает перекисное окисление липидов, приводящее к гибели клеток. Опухолевые клетки поглощают ФС значительно активнее, чем здоровые, что обеспечивает избирательное противоопухолевое действие ФДТ с максимальным сохранением здоровых тканей. Помимо этого, важную роль играет нарушение кровообращения за счет повреждения эндотелия сосудов опухолевой ткани.

**Цель исследования.** Анализ результатов лечения пациенток с предраковыми заболеваниями и начальными формами рака вульвы путем применения фотодинамической терапии.

**Материалы и методы.** В отделении онкогинекологии Самарского областного клинического онкологического диспансера с ноября 2023г. по октябрь 2025г. было пролечено 5 пациенток с предраковыми заболеваниями (VIN3, рак Педжета) и раком вульвы стадий 0-IA1. В исследование включались пациентки с тяжелой дисплазией или базалиомой вульвы, при наличии гистологической верификации заболевания, отсутствии метастатического поражения по данным МРТ

В работе использовался фотосенсибилизатор хлоринового ряда «Радахлорин» производства ООО «РАДА-ФАРМА», Россия. Расчет дозы ФС производился по формуле с учетом необходимой концентрации 1 мг/кг массы тела. Препарат вводился внутривенно-капельно в течение 30 минут. Через 180 минут проводилась флуоресцентная диагностика для визуализации очагов поражения. Следующим этапом пораженные участки облучались светом определенной длины волны с использованием световодов и лазера «ЛАХТА-МИЛЮН», г. Санкт-Петербург. На финальном этапе выполнялась повторная флуоресцентная диагностика – фиксировалось полное выгорание ФС. На следующий день пациентки выписывались из стационара с рекомендациями.

**Результаты.** Контроль лечения проводился через 3 месяца после ФДТ и включал в себя цитологическое исследование. У 100% пациенток при контрольном цитологическом обследовании не выявлено признаков интраэпителиального поражения. У 1 пациентки диагностирован рецидив базальноклеточного рака вульвы через 1 год после лечения, который потребовал проведения повторного курса ФДТ.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности ФДТ в лечении предраковых заболеваний и начальных форм рака вульвы. В целом имеющиеся на сегодняшний день сведения об эффективности и безопасности ФДТ, а также удобство и простота применения метода, позволяют рассматривать эту медицинскую технологию как наиболее перспективное направление в лечении различной патологии женских половых органов.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ КРАНИОТОМИЯХ

Артемьев А.В., Крюкова Э.Г., Лозовая С.В.

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

**Актуальность.** При нейрохирургических операциях наиболее болезненными и травматичными этапом операции являются жесткая фиксация головы, рассечение ее мягких тканей и скелетирование костей черепа. Для предотвращения нежелательных симпатических реакций на болевые воздействия используются достаточно большие дозировки средств для наркоза (опиоидные анальгетики, анестетики, транквилизаторы, миорелаксанты), что в раннем послеоперационном периоде сопряжено с рядом нежелательных побочных эффектов (послеоперационная тошнота и рвота, угнетение сознания и дыхания). Применяемая в качестве дополнительного метода проводниковая блокада нервов волосистой части головы в некоторых случаях имеет свои трудности. В качестве альтернативы в нашем отделении используется простой и эффективный способ предотвращения нежелательных побочных реакций на болевые рецепторы при краниотомии.

**Методика проведения.** Больному после установления мониторинга, венозного доступа и введения в наркоз до начала оперативного вмешательства, соблюдая правила асептики и антисептики в намеченные хирургом места жесткой фиксации и разреза тканей вводится раствор местного анестетика. Мы применяли 0,75% раствор ропивакаина или 0,5% раствор лидокаина в объеме 12-16 мл.

**Цель исследования.** Интраоперационно оценить эффективность инфильтрационной анестезии при краниотомиях, проявления послеоперационной тошноты и рвоты и время послеоперационного угнетения сознания.

**Материалы и методы.** В сравнительное проспективное исследование были включены 40 пациентов с ASA II-III, которым было выполнено оперативное вмешательство – краниотомия, удаление опухоли. Опухоли имели различную локализацию. Больные были разделены на две группы по 20 человек. Основной группе проводилась общая анестезия с дополнительной инфильтрационной анестезией места разреза и жесткой фиксации головы. Контрольная группа получала стандартную общую анестезию (пропофол, фентанил, мидазолам, севофлюран). Оценивалась интраоперационная потребность в наркотических анальгетиках, частота ПОТР и время послеоперационного угнетения сознания (шкала Глазго).

**Результаты.** Интраоперационная потребность в наркотических анальгетиках у пациентов основной группы была на 38% ниже контрольной группы. ПОТР в основной группе составила 20%, в контрольной – 42%. Время послеоперационного угнетения сознания (менее 13 баллов по шкале Глазго) в основной группе составило 20-35 минут, в контрольной – 40 минут и выше.

**Выводы.** Результаты исследования демонстрируют достаточный анальгетический эффект от дополнительного применения местной анестезии при краниотомиях. Достоверное интраоперационное снижение потребности в наркотических анальгетиках, снижение опиоид-индуцированных побочных эффектов подтверждают целесообразность включения данной методики в широкое применение в нейрохирургической практике. Данная методика позволяет нивелировать вышеприведенные побочные эффекты, особенно у больных с тяжелой соматической и неврологической патологией, у пациентов старческого возраста. Так же немаловажное значение имеет простота выполнения метода, быстрое наступление эффекта и снижение нагрузки на медперсонал.

## **ВНЕДРЕНИЕ ЛОКАЛЬНОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ШТАММОВ ENTEROBACTERALES, ПРОДУЦИРУЮЩИХ КАРБАПЕНЕМАЗЫ, МЕТОДОМ ИММУНОХРОМАТОГРАФИИ**

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

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Карбапенемазы – ферменты грамотрицательных микроорганизмов, которые гидролизуют бета-лактамы антибиотики: пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы. До последнего времени карбапенемы являлись препаратами выбора для лечения угрожающих жизни инфекций, вызванных грамотрицательными микроорганизмами. Появление и распространение штаммов бактерий, устойчивых к этим антибиотикам, приводит к неэффективности антибактериальной терапии и представляет серьезную угрозу общественному здоровью во всем мире. При этом особую озабоченность вызывает быстрое распространение карбапенем-устойчивых штаммов энтеробактерий.

В Российской Федерации, согласно доступным данным ресурса AMRmap, доля энтеробактерий, нечувствительных (устойчивых и умеренно-устойчивых) к меропенему, выросла с 1,28 до 13,84%, имипенему – с 7,69 до 14,11%, эртапенему – с 8,97 до 25,84%. Среди представителей порядка *Enterobacterales* наибольшей устойчивостью к карбапенемам обладает *K. pneumoniae*. Доля нечувствительных к карбапенемам штаммов *K. pneumoniae* увеличилась к меропенему с 1,3 до 24,41%, к имипенему с 9,09 до 22,24%, к эртапенему с 12,9 до 43,94%.

Согласно данным ресурса AMRmap, кроме *K. pneumoniae*, на территории Российской Федерации обнаружены нечувствительные к карбапенемам *P. mirabilis*, *E. cloacae*, *E. Coli*.

В большинстве случаев нечувствительность энтеробактерий к карбапенемам обусловлена продукцией карбапенемаз. Гены, кодирующие приобретенные карбапенемазы, чаще всего локализируются на мобильных клеточных элементах, которые также могут содержать и другие детерминанты резистентности.

Эта особенность карбапенемаз способствует быстрому внутри- и межвидовому распространению и обуславливает опасность возникновения вспышек инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, вызванных полирезистентными штаммами.

Наиболее распространенными карбапенемазами энтеробактерий являются KPC (сериновые бета-лактамазы класса А), OXA-48 и ее производные (сериновые бета-лактамазы класса D), NDM, VIM, IMP (меалло-бета-лактамазы класса В).

Терапия инфекций, вызванных штаммами с карбапенемазной активностью, представляет серьезную проблему, так как широко используемые ингибиторы бета-лактамаз (клавуланат, сульбактам, тазобактам) не инактивируют карбапенемазы классов В и D. Карбапенемазы класса А также приобретают устойчивость к их действию.

Современный ингибитор авибактам проявляет активность против KPC, OXA-48, но не действует на карбапенемазы класса В и большинство ферментов класса D (кроме OXA-48). (Тимофеева.О.Г.)

Микробиологическая диагностика на современном этапе не может ограничиться определением чувствительности выделенных штаммов энтеробактерий к карбапенемам. Для назначения эффективной этиотропной антибактериальной терапии при лечении тяжелых инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, необходимо иметь информацию о наличии и типах карбапенемаз, продуцируемых грамотрицательными микроорганизмами в каждом конкретном случае.

**Цель исследования.** Внедрить локальный микробиологический мониторинг карбапенемаз энтеробактерий, выделенных из клинического материала от больных стационара ГБУЗ СОКОД. Проанализировать распространенность в стационаре ГБУЗ СОКОД генов наиболее часто встречающихся карбапенемаз энтеробактерий.

**Материалы и методы.** Бактериологические исследования по идентификации возбудителей и определение устойчивости к антибиотикам проводится на автоматизированных микробиологических анализаторах WalkAway40 производства Dade Behring (США) и Vitek2 производства BioMerieux (Франция) с использованием специальных панелей производства Dade Behring и BioMerieux, содержащих необходимый набор антибиотиков. В исследование включаются энтеробактерии, нечувствительные (устойчивые или с промежуточной устойчивостью) к одному или нескольким карбапенемам (меропенем, имипенем, эртапенем), согласно критериям, указанным в Российских рекомендациях «Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам» 2024-02».

Для определения карбапенемаз используются экспресс-тесты NG-Test CARBA 5. Это готовый к применению быстрый иммунохроматографический тест по определению КРС, ОХА, VIM, IMP и NDM – карбапенемаз в бактериальной колонии из культуры. Для проведения анализа антибиотикоустойчивости с помощью NG-Test CARBA 5 берется суточная колония с твердой агаризованной среды и обрабатывается экстракционным буфером. Затем образец помещается в ячейку кассеты с тест-полоской. Образец мигрирует по подложке конъюгата, если ферменты КРС, ОХА, VIM, IMP и NDM присутствуют в образце, происходит реакция антиген-антитело с соответствующими моноклональными антителами. Если образец положителен на один или несколько ферментов, на тестовой зоне появляются красные полоски. Если результат отрицательный, появляется только красная полоска в контрольной зоне.

**Выводы.** Необходимо внедрить проведение локального микробиологического мониторинга спектра выделяемой микрофлоры, уровня ее антибиотикорезистентности, данных о наличии и типах карбапенемаз и других генов устойчивости микроорганизмов к антимикробным препаратам. Данный мониторинг позволит разработать алгоритмы назначения эмпирической терапии, определять политику закупки антимикробных препаратов в стационаре, проводить противоэпидемические мероприятия, направленные на предотвращение распространения полирезистентных штаммов.

## **НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ: ЭВОЛЮЦИЯ КОНЦЕПЦИИ ТОТАЛЬНОЙ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕМУ ЛЕЧЕНИЮ**

**Блинов Н.В., Фролов С.А., Мешков А.В., Денисова А.А.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность:** Рак нижнеампулярного отдела прямой кишки (РПК) остаётся одной из наиболее сложных локализаций колоректальной онкологии ввиду относительно высокой частоты локорегионарных рецидивов при применении органосохраняющих хирургических методик, и зачастую неудовлетворительные функциональные последствия хирургического лечения. Классический стандарт включает химиолучевую терапию (ХЛТ) с последующей тотальной мезоректумэктомией (ТМЭ). По данным последующего патоморфологического исследования препарата у около 20–30 % пациентов наблюдается полный патоморфологический ответ, что делает актуальным вопрос оптимизации последовательности терапии для повышения органосохраняемости и снижения токсичности. Концепция тотальной неоадьювантной терапии (total neoadjuvant therapy (TNT)) – переноса всех системных курсов до операции – показала улучшение контроля болезни и повышение частоты клинического полного ответа.

**Цель исследования:** Провести литературный анализ современных данных о роли TNT в лечении местнораспространённого РПК, оценить её влияние на выживаемость, частоту полного ответа и возможность неоперативного ведения («watch and wait»).

**Материалы и методы:** Проанализированы данные ключевых рандомизированных исследований: RAPIDO (Lancet Oncol 2021), PRODIGE-23 (JCO 2021), STELLAR (JCO 2022), OPRA (JCO 2022), а также мета-анализы и международные гайдлайны NCCN 2025 и ESMO 2024.

**Результаты:** В исследовании RAPIDO была доказана эффективность применения подхода TNT с коротким курсом ЛТ и последующей системной химиотерапией. Данный подход привел к снижению частоты возникновения отдаленных метастазов (23 % против 30 %) и улучшению показателя безметастатической выживаемости (HR 0,75;  $p = 0,019$ ). В исследовании PRODIGE-23 было проанализировано раннее применение системной терапии. Так были проанализированы результаты применения FOLFIRINOX до стандартной ХЛТ, что увеличило показатель 3-летней безрецидивной выживаемости до 76 % против 69 % при стандартном подходе. В исследовании OPRA была оценена возможность применения концепции органосохраняющего лечения - отказа от хирургического лечения в пользу проведения тотальной неоадьювантной терапии. Данный подход, с последующим наблюдением у группы строго отобранных пациентов, где удалось достичь полного клинического ответа, позволил сохранить орган в 50 % случаев без ухудшения показателей выживаемости. Проведенные 2023–2024 гг. мета-анализы также подтверждают увеличения частоты полного клинического ответа (до 28–30 % против 15 % при стандартной ХЛТ) и снижение системных рецидивов, при сопоставимой токсичности.

**Выводы:** TNT стала новой парадигмой лечения местнораспространённого рака прямой кишки. Её применение повышает частоту полного патоморфологического ответа, улучшает контроль отдалённых метастазов и создаёт предпосылки для безопасного органосохраняющего лечения. Стратегия «watch and wait» при подтверждённом клиническом полном ответе рассматривается как допустимая альтернатива хирургии у тщательно отобранных пациентов в специализированных центрах. Необходимы дальнейшие исследования для оптимизации схем TNT (индукционная /консолидирующая) и оценки долгосрочных функциональных исходов.

## **СИМФОНИЯ СКАЛЬПЕЛЯ: МУЗЫКА КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ТОЧНОСТИ И КОНЦЕНТРАЦИИ В ХИРУРГИИ**

**Буянов А.С., Крюкова Э.Г., Суркова И.А., Тюлюсов А.М., Фролов С.А.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Введение.** Хирургическая практика сопряжена с хроническим стрессом, высокой ответственностью и психоэмоциональным напряжением. В условиях операционной персонал постоянно сталкивается с фоновым шумом (гул аппаратуры, разговоры, звуки инструментов), который может отвлекать и мешать концентрации. Музыка в операционной – распространённая практика, которая вызывает дискуссии среди медицинских специалистов. Согласно исследованиям, от 50% до 70% хирургических операций в мире сопровождаются музыкальным фоном, при этом хирурги отмечают улучшение скорости и точности работы при прослушивании предпочитаемых композиций. Однако влияние музыки на операционный процесс неоднозначно: с одной стороны, она может снижать уровень стресса у хирургической бригады и маскировать отвлекающие шумы, с другой – способна нарушать коммуникацию между членами команды, особенно в критических ситуациях. В связи с этим важно изучить оптимальные условия использования музыки в операционной, учитывая, как медицинские, так и психофизиологические аспекты.

**Цель исследования.** Изучить влияние музыкального сопровождения на эффективность работы хирургов, анестезиологов, безопасность пациентов и командное взаимодействие, а также на выработку практических рекомендаций для клинического применения. Выявить оптимальные условия использования музыки в операционной, учитывая, как медицинские, так и психофизиологические аспекты.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 18 анестезиологов-реаниматологов и 15 хирургов с опытом работы в операционной от 1 года. Все врачи прошли анонимное анкетирование с использованием стандартизированного опросника, включавшего 19 вопросов (качественные и количественные).

**Результаты.** 82% хирургов и анестезиологов включают музыку во время проведения операций, к такому выводу пришли мы. В ходе опроса, проведенного нами, выяснилось, что с помощью музыки большинство врачей успокаивают собственные нервы. Хирурги чаще сами выбирают музыку, а анестезиологи чаще полагаются на коллег или выбирают сами реже. Хирурги больше акцентируют внимание на личной концентрации, а анестезиологи – на комфорте всей команды. Оба профиля считают музыку положительным фактором, при условии умеренной громкости и учёта предпочтений команды. Анестезиологи чаще сталкиваются с помехами из-за музыки, что связано с их необходимостью сосредотачиваться на звуковых сигналах и акустических оценках. Классическая музыка, инструментальные жанры, поп, лирика, лёгкий рок – наиболее универсальный и предпочитаемый выбор как для хирургов, так и для анестезиологов.

**Заключение.** Хотя многие критики считают, что музыка только отвлекает от работы, больше половины опрошенных хирургов и анестезиологов с этим не согласны. По словам врачей, музыкальные композиции во время проведения операций помогают им сосредоточиться и более слаженно работать в команде. Перспективы: внедрение «умных» акустических систем, адаптирующих звуковой фон под фазы операции. Критические этапы запрета: интубация/экстубация, подсчёт инструментов, этапы с риском кровопотери >500 мл. Думаем, что в мире достаточно научных доказательств терапевтической пользы музыки в больницах.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА  
НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ ОТ АППАРАТА «MAGNETO QS»  
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА И ШЕЙКИ МАТКИ НА ЭТАПЕ  
РАННЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Вдовина И. А., Сивохина Т. А., Золотарева Т.Г.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»  
НИИ Восстановительной медицины и реабилитации, кафедра медицинской реабилитации,  
физиотерапии, спортивной медицины и курортологии ФГБОУ ВО  
СамГМУ Минздрава России

**Актуальность.** Рак шейки и тела матки во всём мире остаются наиболее распространенными из онкогинекологических заболеваний. Частота их развития занимает второе место после заболеваемости раком молочной железы. Наряду с лучевой терапией, химиотерапией и многих вариантов комбинированных методов лечения, ведущим методом лечения остаётся хирургический. Радикальность операции является поводом для ряда послеоперационных осложнений со стороны послеоперационной раны: развитие болевого синдрома, местный отёк тканей, кровотечение, гематомы, инфильтраты, инфицирование раны, замедление регенерации раневого дефекта. В ранний послеоперационный период высока вероятность развития лимфовенозных нарушений, связанных с удалением тазовой клетчатки с заключёнными в ней лимфатическими узлами при расширенной тазовой лимфодиссекции, что приводит к формированию лимфокист в забрюшинном пространстве. Обширные хирургические вмешательства у ряда пациенток являются причиной формирования неврологических синдромов и спаечных процессов, которые затрудняют нормальное функционирование органов малого таза и нижних конечностей (гипотония мочевого пузыря и кишечника, полинейропатия нижних конечностей). В более поздних периодах нарушение венозного оттока крови постепенно нарастает с последующим формированием хронической венозной недостаточности и отека нижних конечностей смешанного характера и различной степени выраженности. Перечисленные осложнения зачастую являются причиной формирования хронического болевого синдрома и нарушений психоэмоционального состояния пациенток. Таким образом отдаленные последствия радикальных расширенных операций приводят к утрате качественных характеристик жизни пациенток (физических, психологических и социальных) с возможным приобретением инвалидизации.

**Цель исследования.** Оценить эффективность применения метода низкочастотной магнитотерапии от аппарата «Magnetot QS» в лечении и профилактике послеоперационных осложнений после радикального хирургического лечения рака тела, шейки матки.

**Материалы и методы.** В ГБУЗ СОКОД в отделении ранней медицинской реабилитации, осуществляющей медицинскую реабилитацию онкологических пациентов на первом этапе реабилитации (Приказ МЗ РФ № 788н от 31.07.2020 г.) в условиях хирургического стационара и реанимации, за текущий период 2025 года было проконсультировано 55 женщин после экстирпации матки с придатками по поводу рака тела, шейки матки 1-2ст. Курс лечения низкочастотной магнитотерапией от аппарата «Magnetot QS» проходили 25 человек, имеющих в послеоперационном периоде различные осложнения, выявленные в том числе по результатам ультразвукового исследования органов малого таза и области послеоперационного шва: лимфокисты забрюшинного пространства (6чел.), гематомы (7чел.), инфильтраты послеоперационной раны(13чел.). У 5 пациенток с сопутствующей в анамнезе гипертонической болезнью 2-3ст. отмечалось повышения артериального давления в первые двое-трое суток после операции, 6 пациенток предъявляли жалобы на перепады эмоционального состояния, повышенную тревожность и нарушение сна. Умеренные болевые ощущения в зоне

оперативного вмешательства и послеоперационные отёки отмечали 11 женщин, из них у 7 пациенток наблюдалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр в вечернее время. Неполное опорожнение мочевого пузыря после снятия катетера и присутствие некоторого объёма остаточной мочи отмечалось у 5 женщин. На фоне симптоматической лекарственной терапии и ежедневных перевязок, в условиях онкогинекологического отделения, пациентки были проконсультированы реабилитологом-врачом физиотерапевтом, который назначил курс низкочастотной терапии от апп. «Maqneto QS», обладающей рядом положительных лечебных эффектов: улучшение реологических свойств крови за счёт снижения адгезии эритроцитов, восстановление микроциркуляции, уменьшение воспаления и отёка тканей, купирование болевого синдрома, активация неспецифических факторов иммунологической резистенции; дефибрилирующее, гипотензивное и мягкое седативное воздействия.

Магнитотерапия проводилась при помощи аппарата «Maqneto QS»-системой глубокой электромагнитной стимуляции (данное оборудование входит в приказ 788Н об оснащении отделения медицинской реабилитации), которое генерирует низкочастотные магнитные поля ELF (Extremely Low Frequency-крайне низкая частота) при помощи специально оборудованной магнитной кушетки с расположенным на ней индуктором соленоидом. Особенностью данного метода и его преимуществом является возможность общего воздействия на организм и прямого действия на определённые области, любую ткань: от мышц до костных структур, от нервов до эпителия, от самых поверхностных до глубоких тканей. Лечение данным аппаратом безболезненное, не инвазивное и при правильно выбранных параметрах назначений (при соблюдении онкологических и терапевтических противопоказаний) не имеет побочных эффектов и способствует быстрому восстановлению нормальной функциональной активности. Воздействие прибора было направлено на область брюшной полости, таза и верхней трети бёдер. Дозирование процедуры осуществлялось по программе лечения «Восстановление тканей», установленной в блоке управления аппаратом.

Пациентки получали лечение не ранее 5-7 суток от завершения операции. Курс лечения составлял 5-8 процедур, проводимых ежедневно или через день. Критериями оценки эффективности проводимых процедур являлись клинические признаки: снижение температуры тела до нормальных цифр, уменьшение болевого синдрома и инфильтративных изменений в зоне оперативного вмешательства, регрессия отёков брюшной стенки, бёдер и половых губ, нормализация артериального давления, формирование нормального стула и мочеиспускания. Также отмечалось улучшение сна и общего состояния пациенток.

**Результаты.** В результате проведения курса магнитотерапии у большинства пациенток на 4-5 день лечения отмечалась положительная динамика. Критериями оценки эффективности проводимых процедур являлись клинические признаки: снижение температуры тела до нормальных цифр, уменьшение болевого синдрома и инфильтративных изменений в зоне оперативного вмешательства, регрессия отёков брюшной стенки, бёдер и половых губ, нормализация артериального давления, формирование нормального стула и мочеиспускания. К завершению курса лечения количество и объёмы лимфокист в брюшной полости и инфильтративные изменения тканей в области послеоперационного шва, по данным контрольного ультразвукового исследования, уменьшались до 70-80%. Также отмечалось улучшение сна, эмоционального фона и общего состояния пациенток.

**Выводы.** Метод низкочастотной магнитотерапии от аппарата «Maqneto QS» является эффективным способом профилактики и лечения послеоперационных осложнений после радикального хирургического лечения рака тела, шейки матки, позволяющим улучшить самочувствие пациенток и ускорить сроки их реабилитации.

## **КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ НА ШЕЕ, ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ**

**Веселова Т.Д., Лужнова Т.П., Аблекова О.Н., Каганов О.И., Махонин А.А.**

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

**Актуальность.** Злокачественные новообразования мягких тканей шеи могут протекать агрессивно, подвергаться кистозной дегенерации, рано давать метастазы, мимикрировать под доброкачественные образования шеи, в том числе кисты. Доброкачественные и злокачественные кистозные образования шеи могут иметь схожую ультразвуковую картину, что затрудняет дифференциальную диагностику при ультразвуковом исследовании. Среди всех онкологических заболеваний опухоли головы и шеи составляют приблизительно 20%. Раком головы и шеи в России страдают среди них около 8% пациентов мужского пола и около 5% – женского.

Важен диагностический фокус на повышение качества дифференциальной диагностики между доброкачественными и злокачественными заболеваниями.

### **Цель исследования.**

1. Провести корреляцию между описательной частью ультразвуковой картины кистозных образований на шее и окончательным диагнозом после проведения оперативного лечения с морфологической верификацией
2. Проанализировать, нужна ли онконастороженность при подозрении на кисты шеи.
3. Проанализировать необходимость проведения хирургического лечения пациентам с кистозными образованиями на шее.

**Материалы и методы.** В 2024 году в ГБУЗ СОКОД в отделении Опухолей головы и шеи прооперировано 27 пациентов с подозрением на срединную или боковую кисты шеи. Для анализа взято 27 пациентов, которым было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) мягких тканей шеи и проведено хирургическое лечение с гистологической верификацией. В анализируемую группу вошли пациенты с подозрениями на образования шеи кистозной природы, которые по УЗИ описывались как «анэхогенные» или «гипоэхогенные». Для ультразвукового исследования оценивались следующие признаки: структура, контуры, наличие включений и перегородок, кровотока в режиме ЦДК.

**Обсуждение полученных результатов.** УЗИ было выполнено 27 пациенту. По ультразвуковой картине кистозные образования шеи описывались как анэхогенные (20 человек, 74% случаев), анэхогенное многокамерное (2 человек, 7.5 % случаев) или гипоэхогенные (5 человека, 18.5% случаев) образования с ровным или неровным, четким контуром.

В 81.5% образований описывали неоднородное содержимое (в 22 случаях из 27). В 18.5% случаев (в 5 из 27) было однородное содержимое.

В структуре неоднородных образований (из 22 пациентов) неоднородные образования со взвесью или мелкодисперсным содержимым в 17 случаях (77.3%), наличие взвеси и перегородок (5 пациента, 22.7 % случаев).

Также в 77.8% случаев (21 из 27) образования были аваскулярными в режиме ЦДК. В 22.2% образованиях (6 из 27) регистрировались локусы кровотока в капсуле в режиме ЦДК.

Наличие взвеси и перегородок в образованиях были расценены как признаки злокачественности. Данные признаки в ультразвуковой картине повышают онконастороженность при описании кист шеи. Наличие кровотока по периферии должно повышать внимание при анализе образования, но его наличие не обязательно связано с образованием злокачественной природы.

Из 27 пациентов (17 женщин и 10 мужчин), направленных в отделение Опухолей головы и шеи с образованиями на шее, в 5-ти случаях (18.5%) необходимо было дифференцировать со злокачественными образованиями по данным УЗИ.

В 93% случаев (25 прооперированных пациентов) – доброкачественный диагноз: кисты шеи (21 пациент), шваннома (1), гиперплазия лимфатических узлов (2), воспалительная инфильтрация (1).

В 7% случаев (2 пациента мужчины) верифицирован злокачественный результат: у одного 78 лет – рак левой подчелюстной железы и второго 43 лет – метастаз шеи (первичный очаг небная миндалина).

У одного пациента мужчины 35 лет гистологическое заключение – срединная киста бронхиогенной природы с содержанием очагов плоскоклеточной метаплазией.

Пять пациентов направлялись в отделение Опухолей головы и шеи с подозрением на опухоль по результатам УЗИ. Но по результату гистологического исследования у четверых были верифицированы боковая или срединная киста шеи, у одного пациента, с подозрением на атипичную кисту шеи верифицирован рак (рак левой подчелюстной железы, светлоклеточная мукоэпидермоидная карцинома).

У одного пациента при ультразвуковом исследовании не было подозрения на онкопатологию, но по результатам гистологического исследования выявлен метастаз плоскоклеточного рака (морфологическая верификация - метастаз рака недифференцированного солидного строения с обширными центральными некрозами по типу плоскоклеточного рака).

У четверых пациентов были клинические проявления воспаления кисты, подозрение на абсцесс или гнойное содержимое в пунктате и цитологическом заключении.

Несмотря на большой арсенал методов обследования диагностики кистозных образований шеи, ультразвуковое исследование является золотым стандартом и позволяет определить по ряду признаков, заподозрить малигнизацию (нео процесс). Это влияет на выработку дальнейшей тактики.

#### **Выводы:**

1. Чувствительность ультразвукового метода при подозрении на злокачественные кистозные образования шеи – 50%, специфичность – 84%.

2. Необходима онконастороженность при ведении пациентов с кистозными образованиями шеи, несмотря на редкие случаи с морфологической послеоперационной верификацией рак или метастаз. Важно помнить о возможных редких случаях рака или метастаза в области шеи, что важно для верной тактики лечения.

3. Нужна повышенная онконастороженность при обследовании лиц мужского пола независимо от его возраста.

4. Хирургический метод лечения является обязательным при наличии ультразвуковых признаков при подозрении на злокачественный процесс в условиях специализированного отделения или учреждения.

## **КОРРЕКЦИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКСПРЕСС-ТЕСТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРБАПЕНЕМАЗ NG-FAST CARBA-5 В ОРИТ ГБУЗ СОКОД**

**Вишняков В.А., Калинович А. А., Бикинеева М. М., Мальцева Н.В.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** При терапии инфекций, вызванных грамотрицательными бактериями, карбапенемы являются антимикробными препаратами выбора, когда к антибиотикам основного ряда развивается резистентность. Однако широкое использование антимикробных препаратов в медицине приводит к распространению резистентных к карбапенемам штаммов. Наиболее распространённым механизмом развития устойчивости является выработка карбапенемаз. Карбапенемазы – это ферменты группы  $\beta$ -лактамаз грамотрицательных бактерий, которые расщепляя  $\beta$ -лактамное кольцо, способные гидролизовать карбапенемы. Основным продуцентом карбапенемаз является *K. pneumoniae*, *E. coli*, *P. aeruginosa*. Наиболее распространёнными карбапенемазами являются сериновые  $\beta$ -лактамазы класса А (KPC), сериновые  $\beta$ -лактамазы класса D (OXA-48), и металло- $\beta$ -лактамазы класса В (IMP, VIM, NDM). При микробиологических исследованиях своевременное выявление данных грамотрицательных бактерий, продуцирующих карбапенемазы, необходимо для назначения эффективной антибактериальной терапии. На данный момент для терапии инфекций, вызванных *K. pneumoniae*, продуцирующую карбапенемазы, используются Завицефта (цетазидим/авибаткам) и Колистин (колистиметат натрия).

Учитывая последние рекомендации, в случае выявления *P. Aeruginosa*, продуцирующую карбапенемазы, необходимо использовать вышеперечисленные антибиотики в комбинации с азтреонамом.

**Цель исследования.** Интерпретировать результаты тестов на определение карбапенемаз. Учитывать отсутствие или наличие определённых классов карбапенемаз при назначении или коррекции антибактериальной терапии.

**Материалы и метод.** В условиях отделения клинической бактериологии ГБУЗ СОКОД были выполнены экспресс-тесты для определения карбапенемаз, используя бактериальные колонии из культуры, выделенные из биологических материалов (промывные воды бронхов, кровь) от 8 пациентов, находившихся в ОРИТ ГБУЗ СОКОД.

Использовались экспресс-тесты NG-test CARBA-5.

**Результаты исследования.** По результатам микробиологического исследования в одном случае определилась *Klebsiella pneumoniae* с наличием  $\beta$ -лактамаз только группы OXA-48. В одном случае определилась *K. pneumoniae* с наличием  $\beta$ -лактамаз только группы NDM. В пяти результатах определилась *K. pneumoniae* с наличием  $\beta$ -лактамаз как группы OXA-48, так и NDM. По результатам одного исследования определилась *K. pneumoniae* с наличием  $\beta$ -лактамаз как группы KPC, OXA-48, NDM. В одном случае определилась *Pseudomonas aeruginosa* без наличия карбапенемаз.

После получения результатов тестов в каждом из клинических случаев была запланирована консультация клинического фармаколога. По согласованию, выполнена коррекция антибактериальной терапии с назначением монотерапии Завицетой и Колистином.

**Выводы.** Использование экспресс-тестов для определения карбапенемаз NG-test CARBA-5 при микробиологических исследованиях у пациентов с бактериальными осложнениями, вызванными полирезистентной микрофлорой, позволяет более точно назначать адекватную антибактериальную терапию, увеличивает эффективность терапии сепсиса и септического шока, снизить расход антибактериальных препаратов, и тем самым уменьшить срок пребывания пациентов ОРИТ.

В случае выявления *P. Aeruginosa*, продуцирующую карбапенемазы, существует необходимость внедрение комбинированной антибиотикотерапии с применением азтреонама.

## ТРАНСОРАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ РАННЕГО РАКА СВЯЗОЧНОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ. ТАКТИКА ПРИ R+. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Гаджиев М.Г., Каганов О.И., Махонин А.А., Сагдеев Р.Р., Сидоренко А.О.,  
Чуйкова А.Ю., Копылов А.В.

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

**Актуальность.** Трансоральная лазерная микрохирургия (ТЛМ) является малоинвазивным методом лечения раннего рака связочного отдела гортани, позволяющим сохранить функцию органа. Однако вопрос о тактике ведения пациентов с положительными краями резекции (R+) после первичной ТЛМ остается дискуссионным. Отсутствуют четкие рекомендации относительно необходимости адъювантной терапии или повторного хирургического вмешательства у данной категории пациентов.

**Целью** нашего исследования было провести анализ необходимости адъювантной терапии у пациентов с ранним раком связочного отдела гортани после трансоральной лазерной микрохирургии с положительными (R+) краями резекции для улучшения непосредственных результатов лечения.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 52 пациента (49 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 35 до 86 лет (средний возраст 62 года) с ранним раком связочного отдела гортани (сTis, cT1a, cT1b, cT2), проходившие лечение в период с декабря 2022 г. по декабрь 2024 г. Всем пациентам была выполнена ТЛМ с использованием CO<sub>2</sub>-лазера в режиме SuperPulse, мощностью 5-8 Вт, с шириной точки луча 1,5 мм. Критериями включения были: статус по шкале ECOG 0-1, возраст  $\geq 18$  лет, гистопатологически подтвержденный, ранее не леченный рак голосовой щели стадии 0, I, II, степень дифференцировки G1-G2, хорошая эндоскопическая видимость связочного отдела гортани, возможность выполнения резекции с макроскопическим краем не менее 2 мм, распространение на парасвязочное пространство не более 5 мм.

Предоперационное обследование включало ларингоскопию с фото - и видеофиксацией, компьютерную томографию, оценку качества голоса по шкале GRBAS, измерение максимального времени фонации (МВФ) и коэффициента фонации (КФ). Интраоперационно проводился осмотр жесткими эндоскопами с углами обзора 0 и 70 градусов. Послеоперационное наблюдение осуществлялось согласно клиническим рекомендациям «Рак гортани» с оценкой качества голоса через 6, 12, 18 и 24 месяца. По результатам гистологического исследования пациенты были разделены на три группы: группа А (R0) – 18 пациентов со свободными макроскопическими границами до опухоли 2 мм и более; группа В (RX) – 20 пациентов со свободными макроскопическими границами до опухоли менее 2 мм или с краями резекции, не поддающимися оценке; группа С (R1) – 14 пациентов с краем резекции с наличием опухолевой ткани. Пациентам групп В и С в сроки 8-10 недель после первичной операции выполнялась вторая (ревизионная) ТЛМ. Результаты. Длительность операции составила от 30 до 50 минут (в среднем 40 минут). В одном случае потребовалась конверсия с выполнением открытой операции (Type IIa ORNL Cricohyoidoperiglottorexy). Интраоперационные осложнения наблюдались у одного пациента (повреждение слизистой оболочки глотки, вызванное установкой ларингоскопа). Ранних и поздних послеоперационных осложнений не отмечено. Продолжительность госпитализации составила от 2 до 5 дней (в среднем 3 дня).

Вторая (ревизионная) ТЛМ, выполненная пациентам групп В и С, подтвердила радикальность лечения у 96% (50 пациентов). У 2 пациентов (4%) после ревизионной ТЛМ потребовалось проведение адъювантной лучевой терапии в связи с сохраняющимися положительными краями резекции.

**Выводы.**

1. TLM является эффективным методом лечения раннего рака гортани, ревизионная TLM подтверждает радикальность у 96% (50 пациентов), даже в группах с близкими краями резекции/краями резекции не поддающимися оценке и положительными краями резекции.

2. Вторая (ревизионная) TLM является обоснованной лечебной манипуляцией в группах с близкими краями резекции/краями резекции не поддающимися оценке и положительными краями резекции в сроки 8-10 недель после первой TLM

3. Принятие решения о продолжении лечения в группах с близкими краями резекции/краями резекции не поддающимися оценке и положительными краями резекции – вторая (ревизионная) TLM, ЛТ, открытая операция основывается на приоритетном решении больного, опыте хирурга и результатах междисциплинарного консилиума.

## РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СТОПЫ

Галкин Р.А., Баландина А.В., Климентьева К.О.

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

**Актуальность.** Саркомы мягких тканей – это группа злокачественных новообразований, развивающихся из разных типов соединительной ткани. Согласно данным ВОЗ выделяют более 50 подтипов сарком мягких тканей. В эту обширную группу включены опухоли, происходящие из клеток примитивной мезодермы – опухоли мышц, связок, сухожилий, жировой ткани и т.д., также из клеток примитивной эктодермы (шваннома) и эндотелиальных клеток, выстилающих сосуды. Эта разнородная группа опухолей объединена вместе из-за схожести морфологической картины и клинических проявлений. Саркомы висцеральных органов встречаются редко. Не существует единого этиологического фактора для развития сарком мягких тканей. Генетическая предрасположенность играет роль в некоторых случаях. К факторам риска развития сарком можно отнести предшествующую лучевую терапию, состояние иммунодефицита. Однако у большинства пациентов специфических этиологических факторов не выявляется. Саркомы мягких тканей встречаются относительно редко и составляют менее 1% всех злокачественных новообразований. В России заболеваемость первичными злокачественными опухолями мягких тканей составляет 1,81 случая на 100 тыс. населения. С развитием новых технологий в медицине значительно возросла роль магнитно-резонансной томографии, особенно в диагностике опухолей мягких тканей, в частности сарком. При МРТ исследовании саркомы мягких тканей имеют как правило гомогенную или гетерогенную структуру на T1-ВИ, изоинтенсивную или гипоинтенсивную по сравнению с мышцами, неоднородный гиперинтенсивный МР-сигнал на T2-ВИ, выраженную гетерогенность при контрастировании. Относительно часто выявляют гемосидерин, кистозные изменения, иногда кальцификаты. Перитуморальный отек чаще выявляется после лучевой терапии.

**Целью исследования** является изучение диагностических критериев саркомы мягких тканей стопы с использованием метода магнитно-резонансной томографии на примере клинического наблюдения пациента ГБУЗ СОКОД.

**Материалы и метод исследования.** Пациент П., 20 лет обратился к врачу-онкологу с жалобами на наличие новообразования мягких тканей левой стопы, боль в ноге. Считает себя больным в течение года, когда впервые возникла небольшая безболезненная припухлость в области тыльной поверхности стопы. К врачу не обращался. Постепенно опухоль и отечность стопы нарастала, появилась болезненность в покое, которая усиливалась при ходьбе. При осмотре врачом-онкологом левой стопы и голеностопного сустава отмечается отек, кожа без сыпи, гиперемии и повреждений. При пальпации по тылу стопы пальпируется образование мягких тканей размерами около 5х6 см, плотно-эластической консистенции, не спаянное с кожей, умеренно болезненное. При разгибании пальцев стопы отмечается усиление болевого синдрома. Периферические чувствительность и пульсация сохранены и симметричны. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В результате проведенного иммуногистохимического исследования было выявлено, что гистологическая картина и иммунофенотип наиболее соответствует злокачественной мезенхимальной опухоли – веретенноклеточной саркоме. Для уточнения распространенности патологического процесса пациенту была назначена магнитно-резонансная томография левой стопы с парамагнитным контрастным веществом (гадотероная кислота в объеме 20 мл). На серии МР-томограмм в мягких тканях тыльной поверхности левой стопы, с распространением на кости, с их контактной деструкцией – таранную, пяточную, передний край большеберцовой кости, кубовидную, латеральную и промежуточную клиновидные, с инвазией прилежащих связок

и сосудов, определяется объемное образование с четкими неровными контурами, размерами до 127х60х61мм, изоинтенсивного МР-сигнала на T1-ВИ и T2-ВИ, повышенного МР-сигнала в режиме PD FS, с гетерогенным повышением уровня МР-сигнала на постконтрастных сканах. Подошвенный апоневроз не утолщен. МР-сигнал от ахиллова сухожилия не изменен. Заключение: МР-картина t-г (наиболее соответствует саркоме) мягких тканей левой стопы, с деструкцией костей стопы.

**Результаты исследования.** Вышеописанная совокупность изменений на МР-сканах характерна для саркомы мягких тканей, что подтверждено результатами иммуногистохимического исследования.

**Обсуждение и выводы.** Магнитно-резонансная томография играет важную роль в диагностике новообразований мягких тканей, позволяет детально оценить размеры, структуру образования, его взаимоотношение с сосудами, нервами и соседними органами, а также распространенность патологического процесса. Полученная диагностическая информация имеет большую ценность для лечащего врача и дает возможность более точно подобрать методы лечения, оценить объем планируемого хирургического вмешательства.

## **НОВЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ: ФОРМИРОВАНИЕ ИМИДЖА. РОЛЬ PR-СПЕЦИАЛИСТА В ПОСТРОЕНИИ ОБРАЗА ЛИДЕРА**

**Гарина А.А., Золотарева Т.Г., Каганов О.И., Шорникова А.П., Никифорова Ю.И.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Современные реалии, ритм жизни и статус человека диктуют свои условия позиционирования и пребывания в информационном пространстве. Все больше руководителей медицинских организаций становятся публичными, встречаются с журналистами, охотно посвящают публику в подробности работы учреждения и ведут блоги. Собственники, руководители и администрация учреждений взяли на вооружение личное продвижение, как способ продвижения своей организации во внешней среде. Продвижение руководителя медицинской организации в публичной плоскости, создание нужного образа и репутации для главных спикеров помогает транслировать через них ценности самой медицинской организации, делает медицинскую помощь ближе к потребителям и формирует «человеческое лицо». Продвижение в информационном поле руководителя, вызывает дополнительный интерес к работе организации и это гораздо проще, чем размещать отчеты, графики и т.д. Всем конкурентам и потребителям услуг интересно и важно увидеть «лицо компании». К тому же, создание нужного образа и репутации для главных спикеров помогает транслировать через них и ценности самой организации, делает учреждение ближе к потребителям, формирует «человеческое лицо».

При смене руководителя, главного врача, медицинская организация может столкнуться с различными ситуациями, где требуется четкий антикризисный план и работа с первым лицом организации.

Появление нового руководителя в медицинской организации — это всегда вызов и одновременно возможность. На этапе вхождения в должность формируется не только управленческая стратегия, но и общественный образ лидера, от которого зависит доверие к учреждению в целом. Важно компетентно выстроить весь алгоритм работы с первым лицом организации и сформировать образ, максимально приближенный к личным и профессиональным качествам руководителя.

**Цель исследования.** Описать задачи PR-специалиста по построению имиджа и образа руководителя медицинской организации. Не просто транслировать решения руководителя, а выстраивать систему коммуникации, которая отражает его ценности, профессиональный опыт и личные качества.

**Материалы и метод.** Прежде чем приступить к традиционным этапам работы по построению имиджа руководителя, PR –специалист, начальник отдела по связям с общественностью с профильным заместителем главного врача организует личную встречу с руководителем организации, желательно в первые 3 дня после назначения на должность. После встречи PR-специалист составляет и согласовывает с руководством чек – лист по неделям.

Неделя 1. Подготовка и представление

- Получить вводные от главного врача: приоритеты, ценности, планы.
- Согласовать ключевые сообщения (месседж-бокс).
- Подготовить официальное объявление (пресс-релиз, пост в соцсетях, внутреннее письмо).
- Организовать первое обращение к коллективу (собрание, видеообращение или письмо).
- Обеспечить фото/видео для публичного представления.

Неделя 2. Внутренние коммуникации

- Запустить регулярную рубрику/формат «новости от директора» во внутренних каналах.
- Собрать обратную связь от сотрудников (неформальные встречи, опрос).
- Подсветить первые шаги нового руководителя.

Неделя 3. Внешнее позиционирование

- Подготовить биографию и «человеческий портрет» директора для СМИ и сайта.

- Организовать первое интервью/публикацию в профильных медиа.
- Запустить первые экспертные комментарии главного врача по актуальной теме.
- Настроить мониторинг СМИ и соцсетей.

#### Неделя 4. Закрепление образа

- Подготовить кейс «первые результаты» (пусть даже символические).
- Организовать участие в публичном мероприятии (конференция, круглый стол, встреча).
- Визуально оформить новый стиль коммуникации (тон, фото, цитаты, короткие видео).
- Согласовать план коммуникаций на следующие 2–3 месяца. Планово включить в действующий в организации медиа – план (план информационного сопровождения деятельности учреждения).

При работе с первым лицом учреждения важно соблюдать этапы работы. После определения и выполнения плана чек – листа, осуществляется поэтапная работа, которая состоит из 5 разделов:

1. Аналитика и стратегия
2. Внутренние коммуникации
3. Внешние коммуникации
4. Личный бренд
5. Долгосрочная поддержка имиджа руководителя.

1. Аналитика и стратегия. Изучение аудитории: сотрудники, партнёры, профильное сообщество, СМИ, власть. Позиционирование: определение, каким должен быть образ директора (например, «новатор», «стратег», «открытый к диалогу лидер»). Анализируем архетипы по Юнгу. Помним, что для гармонии образа – исходные личные качества и профессиональные должны гармонично вписываться в структуру имиджа лидера.

Например, из очень общительного, непосредственного, иногда не выполняющего свои обещания руководителя – образ мудреца не сформировать, здесь скорее будет «рубаш парень» и соответствующая схема создания цельного образа.

Анализ предшественника: что ценилось/критикуется, чтобы не повторить ошибок и подчеркнуть новые акценты.

#### 2. Внутренние коммуникации

- Подготовка первого обращения к коллективу (встреча, письмо, видео).
- Создание ощущения открытости: регулярные коммуникации через внутренние каналы.
- Поддержка «малых побед» — подсветить первые достижения и инициативы.

#### 3. Внешние коммуникации

Официальное представление директора в СМИ и соцсетях организации.

- Подготовка биографии и «человеческой истории» (путь, ценности, приоритеты).
- Организация первых интервью, экспертных комментариев, публичных выступлений.
- Поддержка визуального имиджа: фото- и видеоконтент, который транслирует нужные качества.

#### 4. Личный бренд

- Обновление личных страниц в соцсетях (или запуск новых).
- Формирование повестки: какие темы директор будет продвигать.
- Работа с цитатами и месседж-боксом — набор ключевых фраз, через которые доносится позиция.

#### 5. Долгосрочная поддержка

- Мониторинг упоминаний, реакций сотрудников и внешних стейкхолдеров.
- Корректировка стратегии по мере первых шагов директора.
- Подсветка системных изменений и проектов, инициированных им.

**Выводы.** Важно держать руку на пульсе и оценивать результаты действий. В числовых показателях можно измерять публикации в СМИ, количество лояльных журналистов или блогеров, если продвижение идет через соцсети и блогосферу, появление новых партнеров и договоренностей, рост количества подписчиков в соцсетях и на email-рассылку. Регулярный

Самарский областной клинический онкологический диспансер «Новые технологии в онкологии», 2025 год  
мониторинг позволит отслеживать тональность материалов и то, как меняется общественное мнение. Каждый канал, по которому проходит продвижение, должен быть оценен в контексте поставленных задач.

Комплекс мер по продвижению первого лица компании может занимать от полугода до года активной работы. За это время можно сформировать необходимую репутацию, увеличить узнаваемость не только лидера, но и компании, серьезно повысить уровень доверия и лояльности общественности. После реализации этой основной программы и оценки полученного эффекта, можно заниматься поддержанием медийности и нужного образа или рассмотреть возможность создания личного бренда руководителя. В любом случае, результаты от продвижения первых лиц компании не заставят себя долго ждать.

## **ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СВЯЗЯМ С ОБЩЕСТВЕННОСТЬЮ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ**

**Гарина А.А., Русских Ю.С., Золотарева Т.Г., Каганов О.И., Шорникова А.П.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Работа специалистов по связям с общественностью в онкологическом диспансере сопряжена с высоким уровнем эмоциональной нагрузки. Специалисты взаимодействуют не только с медицинским персоналом и руководством, но и с пациентами и их родственниками, включая работу с жалобами, конфликтными ситуациями и социально значимыми запросами, работу с вышестоящими организациями и партнерами. В таких условиях риск развития эмоционального выгорания существенно возрастает, что может негативно сказываться как на эффективности профессиональной деятельности, так и на психологическом состоянии самого специалиста.

**Цель исследования.** Определить факторы, влияющие на эмоциональное выгорание. Понять значение данного термина и изучить методы профилактики выгорания, которые возможно применить в работе специалистов.

**Методы исследования.** В исследовании были использованы:

- анкетирование сотрудников отдела по связям с общественностью онкологического диспансера с применением методики «Профессиональное выгорание» К. Маслач (Maslach Burnout Inventory);
- полуструктурированные интервью для выявления специфических стрессовых факторов в работе;
- наблюдение за рабочими процессами, включающими взаимодействие с пациентами и медицинским персоналом.

Синдром эмоционального выгорания — это нарастающее эмоциональное истощение, механизм психологической защиты, который проявляется полной или частичной эмоциональной глухотой в ответ на психотравмирующие факторы. Эмоциональное выгорание относится к состоянию умственного, эмоционального, а иногда и физического истощения, вызванного длительным или повторяющимся стрессом.

В предварительном варианте Международного классификатора болезней (МКБ-11) эмоциональное выгорание определяется как «результат хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен».

По классификации Маслач К. наибольшее влияние на формирование эмоционального выгорания оказывают:

- Внешние факторы - несправедливая заработная плата, неэффективно выстроенные процессы, отсутствие понимания зон ответственности, установление сжатых дедлайнов руководством

- Внутренние факторы – перфекционизм, высокое сочувствие и эмпатия, высокий уровень исполнительности и контроля, игнорирование своих потребностей и ценностей.

Признаки эмоционального выгорания по стадиям:

- 1 стадия - ухудшение результативности, мелкие ошибки в повседневной деятельности, жалобы на высокую нагрузку, вспышки раздражительности, тяжело поддающиеся контролю.

- 2 стадия - снижение заинтересованности в работе и результатах, сужение круга общения, нарастание социальной дистанции, увеличение количества больничных или просто более частые болезни.

- 3 стадия - чувство эмоциональной опустошенности, скептическое и/или циничное отношение к рабочим ситуациям, нарушение этики рабочих отношений.

Профилактика персонифицированного эмоционального выгорания для специалиста по связям с общественностью состоит из нескольких блоков:

1. Работа с мозгом. В работе с выгоранием очень важно работать с тревожностью. Работа с тревожностью – это напрямую работа с головой, вернее с мыслями, которые «крутятся» в нашей голове. Самая первая задача – определить какие мысли являются продуктивными и отделить их от остальных мыслей. Для этого задаем себе вопрос: «Могу ли я сейчас как-то повлиять на то, о чем я думаю?». Если отвечаем «нет» - это указывает на непродуктивность мыслей, соответственно это те мысли, от которых нужно уйти. Например через переключение на другие мысли – счет, в том числе арифметические задачки на сложение, вычитание, и т.д., произнести в голове стихотворение или текст песни, чтение книги, просмотр фильма, решение кроссворда, головоломки и т.д.

Кроме того для снижения уровня тревоги можно использовать техники «заземления». Например, посмотри вокруг себя и назови 5 вещей, которые ты видишь, 4 вещи, которые слышишь, 3 вещи, которые можешь понюхать, 2 вещи, которые можешь попробовать, 1 вещь, которую можешь потрогать.

Также старайтесь выключать «внутреннего критика» и почаще себя хвалить, даже за небольшие достижения, например за то, что вспомнили что нужно себя похвалить.

2. Работа с телом. Сейчас очень популярны йога, цигун, тай-чи – древнейшие практики, объединяющие движения ума и тела. Эти занятия снимают боль, снижают тревожность, помогают прожить сложные эмоциональные ситуации, повышают концентрацию и улучшают состояние.

Можно начать с простых дыхательных упражнений, например, дыхание по квадрату. Задержите дыхание на четыре секунды, далее четыре секунды выдох, снова четыре секунды вдох и на четыре выдох. Таким образом, ваша нервная система успокаивается, и вы чувствуете, как гнев, злость или другая яркая эмоция снижается по интенсивности. Необходимо дать себе возможность успокоиться, особенно, в ситуации, когда нужно принять решение.

Из упражнений, которые помогают достаточно сбросить напряжение можно попробовать тряску. Расслабленно и спокойно потрясите руками, корпусом, плечами, головой, издавайте звуки, которые освобождают напряжение. Еще одна простая и эффективная методика такая: обнимите себя очень крепко, удерживайте себя, создайте небольшое напряжение, и медленно расслабьтесь – это искусственный цикл расслабления и напряжения также помогает расслабиться. В любой момент времени вы можете сначала напрячь мышцы тела, а после – расслабить их и вы почувствуете расслабление во всем теле.

3. Работа с окружающей средой. Окружающая среда - это всё, что нас окружает: пространство, рабочая атмосфера, культура в коллективе, отношения с коллегами, температура, уровень шума в помещении и т.д. Чтобы снизить риск выгорания нужно поработать со своим рабочим местом, например, сделать его более удобным, обеспечить необходимым. Далее можно поработать с цифровой средой: снизить время пребывания в социальных сетях, устраивать детокс-выходные без телефона. Так же важна и социальная среда – взаимоотношения в коллективе, поддержка коллег, общие занятия.

Эффективными методами профилактики эмоционального выгорания в учреждении стали:

- организация регулярных супервизий и психологической поддержки специалистов;
- внедрение техник саморегуляции (дыхательные упражнения, техники майндфулнесс);
- развитие навыков стресс-менеджмента и коммуникативной устойчивости;
- формирование внутрикorporативной поддержки, включая командные встречи и обсуждение трудных кейсов.

**Выводы.** Анализ показал, что основными источниками стресса являются высокая интенсивность коммуникаций, необходимость работы с жалобами и конфликтными ситуациями, а также отсутствие четких границ между рабочим и личным временем.

Таким образом, профилактика эмоционального выгорания специалистов по связям с общественностью должна носить комплексный характер и включать как индивидуальные методы самопомощи, так и системную организационную поддержку. Применение этих подходов позволяет повысить устойчивость специалистов, улучшить качество взаимодействия с пациентами и медицинским персоналом, а также сохранить профессиональную мотивацию.

## РАБОТА С ОБРАЩЕНИЯМИ, ПОСТУПАЮЩИМИ НА ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ ГБУЗ СОКОД

Гарина А.А., Шорникова А.П., Каганов О.И., Золотарева Т.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность темы:** Современное здравоохранение невозможно представить без использования цифровых технологий, которые кардинально изменили модель взаимодействия между медицинской организацией и пациентами, их родственниками. Электронные ресурсы – официальный сайт, социальные сети – трансформировались из инструментов информирования в полноценные каналы двусторонней коммуникации, появились новые инструменты получения обратной связи. Важность и особенность такого взаимодействия обусловлены, в первую очередь, доступностью и оперативностью. Пациенты и их близкие зачастую нуждаются в быстром получении информации, не всегда имея возможность лично посетить учреждение. Для пациентов и их семей характерно состояние тревоги. Возможность напрямую, в привычной цифровой среде, получить разъяснение по поводу порядка записи, подготовки к исследованиям, получения льготных лекарств, способствует снижению психоэмоционального напряжения. Открытость, готовность к диалогу и оперативность ответов на электронных площадках напрямую влияют на репутацию медицинской организации и уровень доверия к ней.

Эффективно выстроенное взаимодействие через электронные каналы становится ключевым инструментом не только для решения текущих вопросов, но и для формирования доверия к медицинской организации.

**Цель и задачи исследования:** проанализировать практический опыт организации работы с обращениями граждан на электронных ресурсах специализированного медицинского учреждения на примере ГБУЗ СОКОД.

**Материалы и метод:** эмпирическую базу исследования составил анализ электронных каналов коммуникации ГБУЗ СОКОД.

В Самарском областном клиническом онкологическом диспансере функция коммуникации через электронные ресурсы возложена на отдел по связям с общественностью. Специалисты отдела по связям с общественностью осуществляет комплексную работу на следующих ресурсах:

1. Официальные сообщества в социальных сетях «ВКонтакте», «Одноклассники». Суммарная аудитория превышает 14 000 подписчиков. Обращения поступают в виде: комментариев под публикациями, вопросов в тематических обсуждениях, личных сообщений.

2. Мониторинг социальных сетей профильных министерств и ведомств. Специалисты отслеживают страницы регионального Министерства здравоохранения и других ведомств на предмет обращений, относящихся к компетенции диспансера, и оперативно на них реагирует.

3. Система «Контроль обработки сообщений на местах» (КОСИМ). Данная система, курируемая Министерством здравоохранения Самарской области, является официальным каналом для работы жалобами и предложениями, требующими детального рассмотрения ситуации с привлечением специалистов и решения кризисных ситуаций.

4. «Платформа обратной связи» портала «Единого портала государственных и муниципальных услуг» (ПОС). Это официальный государственный сервис, обращения через который также подлежат рассмотрению в установленные законом сроки.

5. Форум для пациентов на официальном сайте диспансера, где пользователи могут задать интересующие вопросы и оставить отзывы о работе учреждения.

За последние 5 лет на электронные ресурсы диспансера поступило порядка 12000 сообщений. Наиболее используемым каналом коммуникации являются социальные сети, ежегодно в госпаблики «ВКонтакте» и «Одноклассники» диспансера поступает в среднем 2000

сообщений. Каждый год порядка 500 сообщений поступает на «Платформу обратной связи», 120 – в систему КОСИМ, 60 – в социальные сети профильных министерств и ведомств, 40 – на форум для пациентов. Отмечается увеличение количества сообщений, что прослеживается в динамике. Например, за последние 5 лет динамика сообщений, поступающих в социальные сети ГБУЗ СОКОД, выглядит следующим образом: 2021 год – 1000, 2022 год – 1322, 2023 год – 2237, 2024 год – 2671, 9 месяцев 2025 года – 2307.

Пациенты часто задают вопросы, которые требуют оперативного уточнения: о ходе диагностики, этапах лечения, документальном сопровождении, действиях в непредвиденных ситуациях. Электронные ресурсы становятся для них «первой линией» поддержки, что накладывает на медицинскую организацию особую ответственность за качество и своевременность обратной связи.

Этапы работы с сообщением включают в себя: модерацию, уточнение запроса пользователя при необходимости, уточнение информации у компетентных лиц, подготовку ответа. Все полученные сообщения формируются в еженедельный отчет и предоставляются для ознакомления заместителю главного врача по медицинской профилактике, реабилитации и связям с общественностью, а также главному врачу диспансера.

При работе с обращениями специалисты отдела по связям с общественностью придерживаются следующих принципов.

При составлении ответов используется официально-деловой стиль, при употреблении медицинских терминов дается их пояснение.

Корректность и точность. Ответы основаны на актуальной информации и нормах учреждения. Для типовых вопросов, которые повторяются регулярно и не требуют детального рассмотрения ситуации, разработаны шаблоны ответов, которые содержат основную информацию.

Конфиденциальность. В публичном пространстве не раскрываются персональные данные пациента и медицинская тайна. Для решения личных вопросов диалог оперативно переводится в личные сообщения или к медицинскому работнику.

Оперативность. Первый ответ дается в течение нескольких часов, даже если для детального решения вопроса требуется время. Это сигнализирует пользователю, что его обращение принято в работу.

Ориентированность на решение. Цель – не просто дать формальный ответ, а перенаправить обращение к компетентному лицу или подразделению, объяснить алгоритм действий, т.е. способствовать решению ситуации.

При работе с обращениями граждан специалисты отдела руководствуются следующими основными нормативно-правовыми актами: Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в части прав пациентов на информацию), Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», приказы профильных министерств, Приказ ГБУЗ СОКОД от 26.01.2024 №37 о/д «Об организации работы с обращениями граждан в ГБУЗ СОКОД».

**Выводы:** Опыт Самарского областного клинического онкологического диспансера демонстрирует, что системная работа с обращениями на электронных ресурсах является неотъемлемым процессом функционирования медицинской организации. Ежегодно количество обращений, поступающих на электронные ресурсы диспансера, увеличивается, что указывает на актуальность электронных каналов коммуникации. Такой подход способствует не только оперативному разрешению текущих вопросов пациентов, но и выполняет стратегическую функцию – формирует открытое, доверительное и конструктивное информационное пространство вокруг учреждения.

## ОСОБЕННОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Добрянина О.С., Ермакова Ю.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность:** Демографическое старение населения обуславливает неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) среди лиц пожилого и старческого возраста. Проведение химиотерапии у данной категории пациентов сопряжено с существенными трудностями, обусловленными возраст-ассоциированными физиологическими изменениями, полиморбидностью и снижением функциональных резервов организма. Эти факторы потенцируют риски развития тяжелых нежелательных явлений (НЯ), что диктует необходимость разработки специальных терапевтических подходов.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ 36 753 случаев госпитализации 5 897 пациентов в возрасте от 60 до 90 лет, получавших лечение в ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ СОКОД) в период с 2022 по 2024 год. В соответствии с классификацией ВОЗ, когорта была стратифицирована на группы: пожилой возраст (60-74 года) и старческий возраст (75-90 лет). Для всех пациентов оценивали функциональный статус по шкале ECOG и характер сопутствующей патологии. Анализировались нозологическая форма и стадия ЗНО, применяемые режимы химиотерапии, а также структура и частота зарегистрированных НЯ (градиация проводилась согласно критериям STCAE v5.0). Отдельно учитывалась частота госпитализаций, связанных с развитием осложнений противоопухолевой терапии.

**Результаты:** Наиболее частыми нежелательными явлениями являлись проявления миелосупрессии. Нейтропения III–IV степени зарегистрирована у 28,5% пациентов, клинически значимая анемия – у 35,7%. Эпизоды фебрильной нейтропении характеризовались более тяжелым течением и требовали более длительной госпитализации. Отмечена высокая частота нефротоксичности на фоне применения препаратов платины (18,4%) и кардиотоксических эффектов при использовании антрациклинов (9,8%). Значительной части пациентов старческой возрастной группы терапия антрациклинами была изначально противопоказана в связи с сопутствующей кардиологической патологией. Статистический анализ выявил прямую корреляцию между степенью выраженности старческой астении и частотой развития тяжелых НЯ.

**Выводы:** Полученные данные свидетельствуют о повышенном риске токсичности стандартных режимов химиотерапии у пациентов пожилого и старческого возраста. Планирование противоопухолевого лечения у данной категории больных требует обязательного комплексного учета не только нозологии и стадии заболевания, но и функционального статуса, наличия и тяжести сопутствующей патологии. Для оптимизации терапии и минимизации лекарственных взаимодействий необходима совместная работа онколога, гериатра, кардиолога и нефролога. Интеграция геронтологического скрининга в рутинную онкологическую практику является обязательным условием для перехода к персонализированной терапевтической стратегии, направленной на достижение оптимального баланса между эффективностью лечения, его безопасностью и сохранением качества жизни пациента.

## **ПЕРВИЧНАЯ ДИФFUЗНАЯ В-КЛЕТОЧНАЯ НЕХОДЖКИНСКАЯ ЛИМФОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОБЗОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

**Зузолина М.П., Муфтахутдинова А.Р., Югина О.В., Вышинская В.А., Чичканов К.Ю.,  
Кузнецов А.Г., Атанов А.В., Селезнева А.В.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Первичная неходжкинская лимфома молочной железы – редкое заболевание, составляющее всего 0,1-0,5% всех злокачественных раков молочной железы и приблизительно 1,7-2,2% экстранодальных неходжкинских лимфом. Ввиду редкости данной патологии в молочной железе, диагностика и дальнейшая верификация могут быть крайне затруднительны.

**Цель исследования.** Определить стратегию диагностики при первичной неходжкинской лимфоме молочной железы на примере клинического случая.

**Материалы и методы.** Пациентка, 1983 г.р., обратилась в поликлиническое отделение ГБУЗ СОКОД с жалобами на образование молочной железы. Первые жалобы отмечает около год назад, когда заметила увеличение в размерах молочной железы. На тот момент данные визуализации и дальнейшее гистологическое исследование операционного материала не дали должных результатов, вследствие чего пациентку оставили на динамическом наблюдении. Через 6 месяцев пациентка повторно обратилась в ГБУЗ СОКОД с аналогичными жалобами. И во втором случае по данным инструментальных методов исследования было выявлено, на границе наружных квадрантов, сразу под кожей гипоехогенный участок железистой ткани с ровным, четким контуром размерами 46\*9,4\*48 мм. Была проведена трепанбиопсия образования. При гистологическом и дальнейшем иммуногистохимическом исследовании было сформулировано заключение, что опухоль молочной железы соответствует экстранодальной диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфоме, non-GCB тип. Было проведено химиотерапевтическое лечение. Однако на фоне проводимого лечения наблюдалась отрицательная динамика в виде увеличения роста опухолевой ткани, что привело к распаду образования и угрозе кровотечения. Несмотря на дальнейшее проводимое хирургическое и химиотерапевтическое лечение, была повторно выявлена отрицательная динамика в виде рецидивирования в области послеоперационного рубца передней грудной стенки и дальнейшего системного распространения процесса, что в свою очередь привело к паллиативному статусу пациентки.

**Результаты исследования.** Первичная неходжкинская лимфома молочной железы может иметь много общих черт со случайно обнаруженными уплотнениями молочной железы, а также с первичным и воспалительным раком молочной железы. Как и у нашей пациентки, наиболее частым симптомом первичной неходжкинской лимфомы является безболезненное уплотнение молочной железы. Однако исследования показывают, что данный тип заболевания может также проявляться такими клиническими симптомами, как выделения из соска, его втяжение, «апельсиновая корка» и другие симптомы воспалительного рака молочной железы.

**Выводы.** Предпочтительно получить адекватный биопсийный материал для установления и классификации лимфомы, в случае с пациенткой этого не произошло. Результаты исследования образца первичной биопсии, в конечном итоге, оказались неопределенными. Стоит помнить, что без окончательной классификации лимфомы, оптимальная медикаментозная терапия невозможна. Около 24% лимфом молочной железы протекают клинически бессимптомно и выявляются только при скрининговой маммографии. К сожалению, данные инструментальных методов исследования могут имитировать рак молочной железы. Ультразвуковые и маммографические признаки лимфомы молочной железы чаще всего показывают наличие интрамаммарных образований округлой или овальной формы, что само по себе не позволяет провести дифференциальную диагностику между раком и первичной лимфомой молочной железы. Данный тип заболевания молочной железы в отдельных исследованиях разделяют на

крупноклеточные В-клеточные лимфомы, «моноцитоподобные» В-клеточные лимфомы (MBCL) и недифференцированные. Сообщалось, что большинство случаев первичных лимфом молочной железы составляет диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома (DLBCL), на долю которой приходится 40–70% всех лимфом молочной железы преимущественно non-GCB типа. Оценка нашего случая выявила DLBCL молочной железы с множественными экстранодальными проявлениями, что согласуется с данными современной литературы. Чтобы отличить первичную лимфому молочной железы от интрамаммарного лимфатического узла или рака молочной железы следует более тщательно подходить к выбору оптимальных иммуногистохимических маркеров. Более того, оценка и лечение лимфомы значительно улучшаются благодаря быстро растущей базе данных о паттернах экспрессии генов и экспрессии белков.

## **НОВЫЙ ПОДХОД К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА**

**Иванов В.В.**

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

**Введение.** Злокачественные опухоли костей являются достаточно редкими, мало распространенными и наиболее трудными как в диагностическом, так и в лечебном плане разделом клинической онкологии. Первичные и метастатические поражения костной системы являются одними из наиболее агрессивных злокачественных новообразований человека. На протяжении длительного времени, вплоть до 80-х годов XX столетия наряду с монокимиотерапией, предпочтение отдавалось ампутационной хирургии. Разумеется, низкая удовлетворенность пациентов от оргауноносящих операций, выживаемость при которых достигала до 40%, побуждала искать другие способы лечения, позволяющие сохранить конечность.

При классической артропластике голеностопного сустава многие ортопеды отдают предпочтение артродезу перед эндопротезированием. В большинстве случаев это связано с техническими трудностями в установке многокомпонентных конструкций и осложнениями, которые встречаются в отдаленном периоде: нестабильность компонентов, присоединение перипротезной инфекции и вывихи в протезируемом сочленении.

Иная ситуация складывается при опухолевом поражении нижней трети большеберцовой кости и разрушении суставной поверхности, когда речь идет об органосохраняющей операции. При таком поражении наряду с удалением нижней трети большеберцовой кости, удалением большого массива мягких тканей, расширенной артротомией с полной утратой связочного аппарата дистального радиуса голени.

Благодаря комплексному подходу, включающему применение полихимиотерапии в сочетании с хирургическим лечением перспективным является операция по сохранению не только конечности, но и функции пораженного сустава. Опухолевое поражение дистального конца большеберцовой кости достаточно редкая патология. Однако локализация патологического очага в данной области зачастую сопровождается высокой вероятностью проведения калечащих операций в виде ампутации на уровне верхней трети голени, приводя к негативным моральным, психо-эмоциональным и функциональным результатам. Среди основных поражающих дистальный радиус голени выделяют: гигантоклеточная опухоль, остеосаркома, саркома Юинга, хондросаркома и другие типы сарком.

По сводным данным современного литературного обзора эндопротезы голеностопного сустава фирмы Implantcast (Германия) и Prospan (Чехия) чаще других используются онкоортопедами нашей страны. Однако практический опыт применения этих протезов свидетельствует о существенных недостатках конструкции эндопротезов. Большая частота осложнений (структурированная по классификации ISOLS 2013г.) после первичного и повторного эндопротезирования достигает до 58 %. Трудности интраоперационной установки и общая неудовлетворенность специалистов к этим конструкциям, простимулировали нас к выполнению кропотливой комплексной работы над созданием собственного эндопротеза голеностопного сустава с замещением нижней трети большеберцовой кости, отвечающим всем необходимым требованиям.

**Цель:** оценить результаты эндопротезирования голеностопного сустава с замещением дистальной части большеберцовой кости с применением разработанной конструкции эндопротеза.

**Материалы и методы.** До настоящего времени в России лишь в ведущих Федеральных медицинских учреждениях выполнялись такие операции. Это объясняется редкостью данной патологии, технической сложностью выполнения подобных вмешательств и высокой

стоимостью импортных эндопротезов голеностопного сустава.

При разработке конструкции эндопротеза мы исходили из опыта работы наших коллег – врачей онкологов и ортопедов из Федеральных медицинских учреждений г. Москвы и г. Санкт-Петербурга. Проанализировав опыт использования известных эндопротезов голеностопного сустава и их конструктивных особенностей нами удалось выяснить причины неудовлетворительных результатов и осложнений.

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

Конструкция протез является условно связанной: в нем присутствуют физиологические движения здорового сустава, но с предупреждением избыточной амплитуды для исключения вывихивания. Это концепция применена специально, на основании анализа кинематики, биомеханики и клинической анатомии голеностопного сустава.

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

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

Отличительной особенностью протеза также является покрытие гидроксиапатита наносимое на поверхности импланта, контактирующие с костью, позволяющее улучшить интеграцию компонентов протеза с костью (патент РФ на изобретение № 2790959 от 14.09.2021 г.). Для удобства установки эндопротеза нами разработаны механическая навигационная система (патент РФ на полезную модель № 225586 от 25.04.2024 г.), позволяющая точно выполнить опил кости и точно установить компоненты эндопротеза. В результате большого числа хирургических операций нами разработан оригинальный способ установки эндопротеза, позволяющий выполнить эндопротезирование голеностопного сустава с замещением дистального отдела большеберцовой кости (патент РФ на изобретение № 2923860 от 30.07.2024 г.).

В период с 2020 г. по 2025 г. было выполнено 33 оперативных вмешательства по установке эндопротеза голеностопного сустава в ведущих федеральных учреждениях страны: ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», Клиники ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена» Минздрава России, отделения опухолей костей, мягких тканей и кожи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Минздрава России, ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ» имени профессора М.З. Сигала, МНИОЦ им. П.А. Герцена, НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева,

Во всех случаях имелось поражение суставной поверхности и дистального отдела большеберцовой кости. Оперативное вмешательство выполняли по разработанному способу. После сегментарной резекции большеберцовой кости и подготовки таранной кости с применением направляющей системы, последовательно выполняли установку компонентов протеза. Благодаря конструкции протеза окончательное сопоставление и соединение узлов протезируемого сочленения производили непосредственно в ране. Этот факт имеет принципиальное значение, так как в области голеностопного сустава всегда отмечается ограничение операционного поля и невозможность тракции стопы.

В нескольких случаях, в 7 (21%), выполнение оперативного вмешательства сопровождалось остеотомией и сегментарной резекцией малоберцовой кости с удалением латеральной лодыжки

на протяжении, так как отмечалось опухолевое поражение последней в едином конгломерате с большеберцовой костью. Несмотря на это, интраоперационно, и в раннем послеоперационном периоде тенденции к вывихиванию не отмечали. В большинстве наблюдений, 26 (79%), установка протеза сопровождалась сохранением лодыжки, что дополнительно обуславливало стабильность при движениях в голеностопном суставе. Благодаря компактной сбалансированной конструкции эндопротеза мягких тканей для укрытия компонентов протеза и ушивания послеоперационной раны было достаточно, без натяжения. Также, в ряде случаев, выбухание опухолевого компонента (костного или склерозированного мягкотканного после терапии Деносумабом) играло роль экспандерной дерматензии. При интраоперационной проверке объем движений в суставе составил: подошвенное сгибание 30 градусов, тыльное сгибание 20 градусов.

**Результаты.** Срок наблюдения составляет от 1года до 5лет. В одном случае был отмечен краевой некроз кожного лоскута, пластику выполняли несвободным кожно-фасциальным суральным лоскутом, что в дальнейшем наблюдении привело к перипротезной инфекции. Данный результат оценили как неудовлетворительный. Во всех остальных случаях нашего наблюдения рана зажила первичным натяжением. Все пациенты после прохождения программы реабилитации ходят с полноценной опорой на прооперированную конечность. Болевой синдром по шкале ВАШ 1-2 балла. Тем не менее, средний функциональный результат составляет 90% по шкале MSTS. Оценка состояния стопы и голеностопного сустава по шкале AOFAS составила 75%. При рентгенологической оценке по шкале ISOLS к периоду года послеоперационного наблюдения показала 83% «хороших» результатов

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

**Вывод:** Нами разработан новый подход к проектированию и эндопротезированию голеностопного сустава «от идеи к клиническому применению». Результаты лечения пациентов с поражением голеностопного сустава и нижней трети большеберцовой кости по разработанному алгоритму с применением предложенной конструкции демонстрируют простоту и легкость интраоперационной установки и техническую надежность. Данный способ внедрен во все ведущие федеральные учреждения страны, занимающиеся эндопротезированием голеностопного сустава.

## **ВЛИЯНИЕ УМЕРЕННОГО ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ В ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПРОФИЛЬ РАННИХ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ СО СТОРОНЫ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ**

**Иванова О.А., Краснова Л.С., Облап А.А.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** В 2024 году на территории РФ было зарегистрировано 59405 новых случаев рака предстательной железы [1]. Одним из ключевых методов лечения данного заболевания является лучевая терапия. Традиционный режим фракционирования предполагает длительный курс лечения, продолжающийся 7-8 недель. При использовании умеренного гипофракционирования разовая доза облучения увеличивается, а общее число фракций уменьшается, что, однако, связано с повышенным риском повреждения мочевого пузыря. В связи с этим выбор оптимального режима фракционирования при лучевой терапии рака предстательной железы остаётся актуальной задачей и требует дальнейшего изучения.

**Целью** исследования является сравнение влияния лучевой терапии в режимах умеренного гипофракционирования и классического фракционирования на ранние лучевые реакции со стороны мочеполовой системы.

**Материалы и методы.** В исследование были включены две группы пациентов, которым был диагностирован рак предстательной железы и за которыми велось наблюдение с мая 2023 по февраль 2025 года. Средний возраст участников составил  $69,2 \pm 8,4$  года. Критерии включения: гистологически подтвержденный рак предстательной железы стадии cT1a–2cN0M0, Глисон 6-7, уровень ПСА менее 20 нг/мл.

Основная группа насчитывала 92 пациента, которые проходили лучевую терапию в режиме умеренного гипофракционирования: разовая очаговая доза (РОД) 2,6-3,0 Гр до суммарной очаговой дозы (СОД) 60-65 Гр за 20-25 фракций. В контрольную группу вошло 77 пациентов, которым проводилась лучевая терапия в режиме стандартного фракционирования с РОД 2 Гр до СОД 74-76 Гр за 37-38 фракций. В объем облучения была включена предстательная железа с возможным добавлением семенных пузырьков. Отбор пациентов проводился строго по критериям включения в исследование. Планирование лучевой терапии для режима умеренного гипофракционирования осуществлялось методом VMAT, а при традиционном фракционировании применялась методика 3DCRT, несколько реже – VMAT.

**Результаты исследования.** Сравнение вышеописанных режимов фракционирования показало, что использование умеренного гипофракционирования значительно сокращает продолжительность лечения. Таким образом, если стандартное фракционирование требует 7-8 недель госпитализации, то при умеренном гипофракционировании курс лучевой терапии занимает лишь 4-5 недель. Этот аспект имеет особое значение при планировании тактики ведения пациентов пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями.

Ранние лучевые реакции со стороны мочевого пузыря фиксировались в период 1-3 недель после завершения курса лучевой терапии. В основной группе показатели по шкале токсичности RTOG распределились следующим образом: RTOG 1 – 58,7% (54 пациента), RTOG 2 – 1,1% (1 пациент).

При анализе результатов исследования в контрольной группы, обращают на себя следующие полученные значения: ранние реакции со стороны мочевого пузыря RTOG 1 были выявлены у 50,6% (39 пациентов), RTOG 2 не были зафиксированы.

**Выводы.** Таким образом, режим умеренного гипофракционирования в лучевой терапии рака предстательной железы позволяет не только сократить длительность лечения, но и обладает приемлемым уровнем токсичности: полученные нами результаты свидетельствуют о сопоставимости выраженности ранних лучевых повреждений мочевого пузыря в основной и контрольной группах. Данное исследование подтверждает клиническую значимость и эффективность режима умеренного гипофракционирования в лучевой терапии рака предстательной железы.

## НУТРИТИВНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ СО СФОРМИРОВАННОЙ ИЛЕОСТОМОЙ

Исхакова Г.Н., Кузнецова Р.Н., Кожина М.В., Золотарева Т.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** По результатам исследования ESOГ в 2003 году, включавшего 3047 онкологических больных, выявлено, что частота нутритивной недостаточности при опухолевом поражении органов желудочно-кишечного тракта колеблется от 70 до 83% и наиболее часто встречается у больных с раком толстой кишки (45-70%). Для определения риска развития нутритивной недостаточности используются различные скрининговые шкалы. Для больных раком толстой кишки, которым планируется оперативное лечение, Европейским Обществом клинического питания и метаболизма (ESPEN) рекомендован скрининг нутритивного статуса по шкале «Оценка нутритивного риска» (Nutrition Risk Screening) NRS 2002 г. Данная шкала состоит из двух блоков: предварительного скрининга и финальной оценки недостаточности питания. К лабораторным методам диагностики относят исследование общего белка, альбуминов и лимфоцитов.

**Цель работы:** провести оценку течения послеоперационного периода у пациентов со сформированной илеостомой и нутритивной недостаточностью.

**Материалы и методы:** В исследовании приняли участие 25 пациентов после хирургического лечения по поводу опухолей толстой кишки. Хирургический этап лечения был проведен в ГБУЗ СОКОД и различных хирургических отделениях Самарской области. Средний возраст пациентов составил 61,6 +/- 2,8 года. У всех пациентов при осмотре определялся индекс массы тела, проводилась оценка по опроснику NRS 2002. По результатам опроса пациенты разделились на 2 группы: первая 10 человек (40%) получали нутритивную поддержку в пред- и послеоперационном периоде; вторая - 15 человек (60%) нутритивной поддержки не получала. Нутритивная поддержка осуществлялась в виде сипингов с уровнем белка не ниже 18 г/200 мл 3 раза в день (при индивидуальном подсчете калоража, потребности белков, жиров, углеводов).

**Результаты исследования:** Контрольный осмотр пациентов проводился через 3 месяца после оперативного вмешательства, завершившегося формированием илеостомы. В группе пациентов, получавших нутритивную поддержку, у 7 пациентов (70%) отсутствовали признаки воспаления и мацерации кожных покровов в области илеостомы, ИМТ от 20 до 28; у 3 пациентов (30%) - отек, гиперемия, единичные поверхностные эрозии 2-3 кожных покровов, ИМТ 16-18,5. В группе пациентов, не получавших нутритивной поддержки, у 12 пациентов (80%) – воспаление кожных покровов в области илеостомы в виде мацерации, ИМТ 15-18,5; у 3 пациентов (20%) – отек и гиперемия кожных покровов, ИМТ 20 -22.

**Выводы.** Коррекция уровня белка и альбумина необходима для восстановления потребности организма в белке и энергии, так как на фоне онкологического заболевания усиливается распад белков, увеличивается энергопотребность, снижается скорость окисления глюкозы, увеличивается скорость окисления липидов, приводящее к недостаточности макро- и микронутриентов, к освобождению собственных резервов за счет деструктуризации тканей организма («аутоканнибализм»). Данные явления негативно сказываются на процессе восстановления у пациентов, ухудшают качество жизни и отдаленные результаты.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ДИАГНОЗОМ МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РАК ТЕЛА МАТКИ

Каганов О.И., Волкова К.С., Шаповалова А.А., Золотарева Т.Г., Кульджанов Т.С.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность:** Рак тела матки является наиболее распространенной женской злокачественной опухолью во многих западных странах. В последние годы заболеваемость раком тела матки приобрела выраженную тенденцию к росту. В России за 11 лет (с 2011 по 2022 год) произошло увеличение на 31,3%.

**Цель исследования:** Оценить эффективность лечения и применения ленватиниба и пембролизумаба в лечении метастатического рака тела матки

**Материалы и методы:** В рамках исследования представлено клиническое наблюдение пациентки 57 лет с подтвержденным метастатическим раком тела матки. Диагноз был установлен на основании биопсии опухолевой ткани. В процессе лечения проводилась оценка клинического ответа по данным клинического осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования.

**Результаты исследования:** Пациентка Н., впервые обратилась в ЛПУ по месту жительства в апреле 2019 года. 08.04.2019 г. было выполнено РДВ полости матки и цервикального канала, биопсия шейки матки. 10.06.19 г. – экстирпация матки с придатками. Гистологическое заключение: Карцинома. Выставлен диагноз: С 54.1 Рак тела матки pT1N0M0, 10.06.2019 лапароскопическая экстирпация матки с придатками, 1 стадия, 3 кл. гр. Прогрессия. 10.09.2021 КТ органов грудной полости (легкие, средостение) – нельзя исключить mts в легкие. 13.10.2021 г. выполнена торакотомия справа, атипичная резекция верхней и нижней долей правого легкого.

Гистологическое заключение: картина наиболее соответствует метастатическому характеру процесса (метастаз эндометриоидной карциномы).

С 11.02.2022 пациентке проведено 6 курсов ХТ по схеме паклитаксел + карбоплатин + бевацизумаб. При контрольном обследовании 04.2022 — отрицательная динамика. С 28.06.2022 начато проведение МХТ гемцитабином (16 введений).

Прогрессия в феврале 2023 г., продолженный рост, появление новых метастазов в легких. Заключение ВК от 04.04.2023 № 196: учитывая прогрессию заболевания, показана лекарственная терапия пембролизумабом 200 мг в\в каждые 3 недели + ленватиниб 20 мг в сутки 1 раз в день ежедневно.

С апреля 2023 года получает ленватиниб 20 мг ежедневно + пембролизумаб 200 мг 1 раз в 21 день. Учитывая нежелательные явления при приеме Ленватиниба в виде неконтролируемой гипертонии, проведена редукция дозы препарата до 14 мг. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки и брюшной полости от 14 08 25 – частичный ответ на лечение по Resist 1.1

**Выводы:** Благодаря данной инновационной терапии удалось стабилизировать опухолевый процесс и добиться частичного ответа на лечение при применении ленватиниба и пембролизумаба в 3 линии терапии.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ДИАГНОЗОМ МЕТАСТАТИЧЕСКАЯ МЕЛАНОМА КОЖИ

Каганов О.И., Золотарева Т.Г., Волкова К.С., Шаповалова А.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность:** Среди всех злокачественных опухолей кожи меланома занимает особое место. Так, составляя примерно 5% всех форм злокачественных новообразований кожи, меланома является причиной более 80% смертей, приходящихся на группу новообразований кожи в отличие от базально-клеточного и плоскоклеточного рака кожи. Нельзя не отметить, что заболеваемость меланомой в последние десятилетия имеет тенденцию к росту.

**Цель исследования:** Оценить эффективность применения комбинированной терапии в лечении метастатической меланомы кожи.

В рамках исследования представлено клиническое наблюдение пациента с подтвержденной метастатической меланомой. Диагноз был установлен на основании биопсии опухолевой ткани, а молекулярный анализ выявил мутацию в гене BRAFV600. Пациенту была назначена терапия ингибиторами BRAF и MEK. В процессе лечения проводилась оценка ответа по данным клинического осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования.

Пациент Б., 41 года, впервые обратился в СОКОД в октябре 2020 года с жалобами на наличие опухолевидного образования на коже лопаточной области справа. Взят мазок – отпечаток опухоли. Цитологическое заключение от 28.10.2020 г. – меланома.

24.11.2020 выполнено футлярно – фасциальное иссечение опухоли кожи с пластикой перемещенным лоскутом, биопсия надключичного узла справа. Гистологическое заключение: слабопигментированная эпителиоидно-клеточная меланома правой лопаточной области, узловатая форма роста, 3 уровень инвазии, толщиной 0,6 см, диаметром 1,5 см, до 5 митозов в 1 мм. кв., без изъязвления, линии резекции без элементов опухоли. Лимфатические узлы без метастазов. Поставлен диагноз: С 43.5 Меланома кожи правой лопаточной области pT4aN0M0, после ФФИ, IIb стадия, 3 кл.гр.

С декабря 2020 года по октябрь 2021 года терапия интерферонами.

В ноябре 2021 года выявлена прогрессия заболевания, метастазы в мягкие ткани надключичной области справа, легкие. В правой надключичной области объемное образование размерами до 20 см, с участками распада. Образование верифицировано. №: 115570-115574 Заключение: морфологическая картина соответствует метастазу эпителиоидно-клеточной меланомы с обширными очагами распада Мутация BRAFV600 в 15 экзоне обнаружена. Случай неоперабельный. Объемное образование, занимающее треть верхней половины туловища, значительно ухудшало качество жизни пациента.

Проведена ВК в 02.2022 года. Заключение: учитывая быстрое прогрессирование заболевания, наличие мутации BRAF, тяжесть состояния пациента, возраст, показано проведение таргетной терапии ингибиторами BRAF и MEK (Дабрафениб + Траретиниб).

Пациент с 02.2022 по настоящее время получает комбинированную лекарственную терапию. На фоне противоопухолевого лечения ингибиторами BRAF и MEK, спустя 3 цикла терапии, образование в надключичной области справа резко уменьшилось в размерах, произошла самоампутация. Качество жизни пациента улучшилось. В процессе терапии прогрессии не было выявлено. По данным КТ от 06.2025 года, по критериям RECIST 1.1 – стабилизация процесса.

**Выводы:** Благодаря современному подходу к лечению с учетом молекулярно-генетического статуса опухоли, в процессе комбинированной лекарственной терапии была получена стойкая стабилизация процесса в течение 43 месяцев и улучшено качество жизни пациента при отсутствии нежелательных явлений.

## **ВАРИАНТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ**

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

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Колоректальный рак (КРР) занимает лидирующие позиции в структуре онкологических заболеваний в России, с ежегодной регистрацией более 75 000 новых случаев, при этом наблюдается тенденция к снижению среднего возраста заболевших. Современная терапия КРР претерпевает существенные изменения в сторону комбинированного лечения. Актуальной проблемой остается высокая частота выявления КРР на поздних стадиях (III-IV), составляющая 62,4-80% случаев при первичном обращении пациентов, что определяет необходимость совершенствования программ лечения на данных стадиях. С бессимптомной первичной опухолью лечебный подход - системная терапия. При наличии осложненной первичной опухоли перед началом химиотерапии необходима их хирургическая коррекция. Какой объём операции выбрать, в настоящее время является вопросом дискуссий.

**Цель работы:** выявить предикторы доклинических осложнений, влияющих на результаты лечения и оптимизировать тактику комбинированного лечения.

**Материал и методы.** В исследовании использовались данные 202 пациентов метастатическим КРР, осложненным кишечной непроходимостью, опухолевым кровотечением, получавших лечение в ГБУЗ СОКОД. Первым этапом была выполнена операция с целью ликвидации кишечных осложнений. В последующем проводилась системная терапия. Выполнен анализ возникших осложнений на различных этапах лечения. Проведен однофакторный анализ логистической регрессии, который выявил значимые предикторы осложнений. В последующем была построена многофакторная модель логистической регрессии с пошаговым исключением по методу Вальда.

**Результаты исследования.** Многофакторный анализ выявил предикторы доклинических проявлений осложнений и онкологического прогноза, влияющих на годовую выживаемость: альбумин/глобулиновый коэффициент, лейкоцитарный индекс Кребса, индекс MCV, количество внутренних органов пораженных метастазами, схема предстоящей таргетной терапии. На основании анализа определены показания к удалению первичной опухоли у больных метастатическим КРР, осложненного кишечной непроходимостью.

**Вывод:** с целью минимизации риска развития осложнений на этапе системной терапии, удаление первичной опухоли показано при наличии предикторов воспаления и кровотечения из первичного очага. Удаление первичной опухоли не показано при наличии признаков печеночной недостаточности и наличие метастатического поражение более одного органа.

## **ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ EGFR-ПОЗИТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ EGFR**

**Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Волкова К.С., Шаповалова А.А., Кульджанов Т.С.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Рак легкого является одним из самых неблагоприятных и распространенных видов солидных опухолей. Рак легкого в структуре онкологической заболеваемости РФ занимает лидирующее место. В 2023 г. в мужской популяции рак легкого в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями занимал 2 место и составлял 14,5% и 9 место в женской популяции, что составляло 3,9%. В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований наибольший удельный вес составляют опухоли трахеи, бронхов, легкого (17,6%). Большая часть (25,6%) случаев смерти мужчин обусловлены раком трахеи, бронхов, легкого. В структуре смертности женщин удельный вес ЗНО трахеи, бронхов, легкого составил 7,7%. Учитывая данные заболеваемости и смертности стоит сказать, что проблема очень актуальна. Закономерным является поиск методов влияния на опухоль. В последние годы особое внимание уделяется персонализированному подходу к лечению, основанному на молекулярных характеристиках опухоли. Одной из наиболее значимых мутаций у пациентов с НМРЛ является мутация в гене EGFR (эпидермальный фактор роста) занимает ключевое место, поскольку она связана с повышенной чувствительностью опухоли к таргетным ингибиторам EGFR. Частота мутаций EGFR составляет от 10 до 50% аденокарцином легкого. Таргетная терапия, основанная на использовании таких препаратов, значительно улучшает показатели выживаемости и качество жизни пациентов с мутациями EGFR. Выявление мутации EGFR при метастатических опухолях легкого является перспективной точкой приложения для применения таргетной терапии.

**Цель исследования.** Публикация клинического наблюдения анти-EGFR терапии метастатического немелкоклеточного рака легкого.

**Материалы и методы.** В рамках исследования представлено клиническое наблюдение пациента 65 лет с подтвержденным метастатическим НМРЛ. Диагноз был установлен на основании биопсии опухолевой ткани, а молекулярный анализ выявил мутацию в гене EGFR (Активирующая мутация L858R в 21 экзоне гена). Пациенту назначена таргетная терапия – ингибитор EGFR второго поколения (афатиниб). В процессе лечения проводилась оценка клинического ответа по данным клинического осмотра, радиологических методов (ПЭТ/КТ) и лабораторных исследований. Мониторинг эффективности терапии осуществлялся каждые 8-12 недель.

**Результаты исследования.** Пациент Е. 62 лет впервые обратился в ЛПУ по месту жительства в июне 2023 г. Во время КТ органов грудной клетки в июне 2023 года было выявлено периферическое образование нижней доли левого легкого, больше данных за с-г. Консультирована фтизиатром – данных за туберкулез нет. Была направлена в СОКОД на дообследование и лечение. Выставлен диагноз: D14.3 Периферическая опухоль S6 левого легкого. 1А клиническая группа. 27.07.2023 выполнена ФБС с браш-биопсией из бронхов S10 левого легкого, Цитологическое заключение – пролиферация цилиндрического эпителия. 21.09.2023 г. Нижняя лобэктомия слева с билатеральной медиастинальной лимфодиссекцией. Гистологическое заключение: аденокарцинома Low Grade, чешуйчатый субтип. Выставлен диагноз: периферический рак нижней доли левого легкого pT1aN3M0, 3В ст, 2а кл.гр. В адьювантном режиме проведено 4 цикла ПХТ по схеме EP с 07.11.2023 г. по 12.02.2024 г. Прогрессия заболевания в апреле 2025 г.: метастазы в трахеобронхиальный лимфоузел слева, внутригрудные лимфоузлы. Проведен врачебный консилиум: показана лучевая терапия. Выполнено 7 фракций СОД 14Гр.. С 22.05.2024 г. по 18.06.2024 г. проведена лучевая терапия на трахеобронхиальный лимфоузел слева, внутригрудные лимфоузлы СОД 54 Гр.

Самарский областной клинический онкологический диспансер «Новые технологии в онкологии», 2025 год

В мае 2024 г. выявлена активирующая мутация L858R в 21 экзоне гена EGFR.

Заключение врачебного консилиума: показана лекарственная терапия. Пациент на терапию не явился.

Выявлена прогрессия в марте 2025 г. в виде mts во внутригрудных, над- и подключичных, шейных лимфоузлах, плевре слева. Врачебный консилиум – показана таргетная терапия Афатинибом 40 мг в сутки с оценкой эффекта каждые 3 месяца. Старт терапии в мае 2025 года, через 12 недель, по данным ПЭТ/КТ, зарегистрирован полный метаболический ответ.

**Выводы.** Данное клиническое наблюдение демонстрирует эффективность таргетной антиEGFR терапии в короткие сроки у пациента, получавшего ранее ПХТ, при сохранении качества жизни.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК ЯИЧКА

Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Исаргапов Р.М., Фольц А.В., Борзенкова Е.В.

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

**Актуальность:** Рак яичка – редкое злокачественное новообразование (1-2 % среди мужских опухолей), однако в возрастной группе 20-40 лет занимает лидирующее место. В России в 2023 году выявлено 1401 случай (в Самарской области – 29). Современные методы лечения обеспечивают высокие показатели выживаемости, но прогноз зависит от стадии и ряда клинко-биологических факторов.

**Цель исследования:** Изучение показателей безрецидивной выживаемости больных раком яичка и определение факторов риска, влияющих на исход заболевания.

**Материалы и метод.** В исследование включён 180 пациентов с впервые установленным диагнозом рак яичка (2007-2020 гг., Самарская область). Всем проведена орхфуникулэктомия с последующей химиотерапией. Заболевание классифицировалось по TNM (8-е издание). Выживаемость анализировалась методом Каплана–Мейера, различия оценивались логранговым тестом.

**Результаты исследования.** Безрецидивная 10-летняя выживаемость составила 83%. Левосторонняя локализация ассоциировалась с худшим прогнозом (75% против 87%,  $p<0,05$ ). При стадиях T2-T3 выживаемость снижалась до 83 % и 65 % соответственно (T1 – 90 %,  $p<0,05$ ). Поражение лимфоузлов ухудшало прогноз: 100 % (N0), 85 % (N1), 65 % (N2), 49 % (N3),  $p<0,05$ . Наличие метастазов снижало выживаемость до 51 % (M0 – 89 %,  $p<0,05$ ). При стадиях S2 и S3 выживаемость составила 68 % и 61 %, против 80 % при S0 и 83 % при S1. Молодые пациенты (до 40 лет) имели лучшие показатели (97% против 86%,  $p<0,05$ ). Жители сельской местности продемонстрировали более высокую выживаемость (91% против 82 %,  $p<0,05$ ).

**Выводы.** Рак яичка – заболевание преимущественно молодых мужчин, при котором современные подходы позволяют достичь высоких показателей выживаемости. Неблагоприятными прогностическими факторами являются: стадии T2-T3, N2-N3, M1, S2-S3, левосторонняя локализация опухоли и возраст старше 40 лет. Полученные данные целесообразно учитывать при разработке индивидуальных схем наблюдения и лечения пациентов.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАНКРЕАТОГАСТРОАНАСТОМОЗА И ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА, ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

**Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Козлов А.М., Ахматалиев Т.Х., Мухамбеталиев С.А., Миколенко Н.И.**

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

**Актуальность:** Гастропанкреатодуоденальная резекция – это сложное хирургическое вмешательство, направленное на удаление части желудка, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки с дистальной частью холедоха и окружающих структур, которое зачастую является операцией выбора при злокачественных и доброкачественных опухолях данной локализации. После удаления органокомплекса формируются анастомозы для восстановления проходимости желудочно-кишечного тракта, желчных путей и оттока панкреатических ферментов, что сопряжено с высоким риском осложнений (от 30 до 50%), в том числе несостоятельности анастомозов. Среди возможных осложнений после гастропанкреатодуоденальной резекции особое место занимают осложнения со стороны поджелудочной железы и ее анастомозов с полыми органами (10-20% в общей группе осложнений). Современные методы хирургического вмешательства требуют постоянного совершенствования для повышения выживаемости, снижения осложнений и улучшения качества жизни пациентов. Исследования в этой области позволяют оптимизировать тактику, разрабатывать новые технологии и расширять показания к операции, что делает тему особенно актуальной для развития хирургической науки и практики.

**Цель исследования:** улучшить отдаленные результаты хирургического лечения больных после гастропанкреатодуоденальных резекций, что позволит повысить качество жизни прооперированных больных и сократить пребывание пациентов в стационаре, что немаловажно с экономической точки зрения.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 104 историй болезней пациентов после гастропанкреатодуоденальной резекции с 2020 г. по 2024 г. на базе отделения абдоминальной онкологии ГБУЗ СОКОД. По поводу доброкачественных новообразований было прооперировано 17 пациентов (16%), по поводу злокачественных опухолей желудка, двенадцатиперстной кишки, холедоха и поджелудочной железы – 87 пациентов (84%). Пациенты были разделены на две группы в зависимости от типа сформированного анастомоза с поджелудочной железой: первая группа – панкреатоеюноанастомоз, вторая – гастропанкреатоанастомоз. В первую группу вошли 64 (62%) пациента, во вторую – 40 (38%).

Нами был проведен статистический анализ данных с помощью программы SPSS Statistica 11. Для анализа результатов использовалась формула Фишера для оценки значимости различий дисперсий в двух несвязанных выборках.

**Результаты исследования.** Важным критерием оценки любой хирургической операции является число и частота возникших после нее осложнений. В 1 группе пациентов в послеоперационном периоде наблюдалась несостоятельность панкреатогастроанастомоза в 12 случаях (18%), во 2 группе – в 1 случае (3%) при значении  $p=0,033$ . При этом отношение шансов при расчете равно 9, что следует расценивать как высокая вероятность нежелательного события именно в 1 группе в сравнении со второй. Послеоперационная летальность в 1 группе составила 10 случаев (15%), во 2 - 0% (при  $p=0,05$ ), что можно расценивать как статистически значимая разница.

**Выводы.** Формирование гастропанкреатоанастомоза при гастропанкреатодуоденальных резекциях статистически значимо снижает вероятность несостоятельности в раннем послеоперационном периоде в сравнении с формированием панкреатоеюноанастомоза.

## РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ОПЫТ ГБУЗ СОКОД

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

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

**Введение.** Рак поджелудочной железы – злокачественная опухоль, исходящая из эпителия поджелудочной железы. В Российской Федерации в 2021 году выявлено 15055 пациентов с раком поджелудочной железы, из них III стадия – 16,9%, IV стадия – 58,2%. Смертность на первом году жизни с момента установления диагноза составила 65,1%. Всего 1856 пациентов подверглись радикальному оперативному лечению. На момент верификации диагноза 80-85 % больных уже неоперабельны в связи с местным или отдаленным распространением опухолевого процесса. Средняя продолжительность жизни пациентов с нерезектабельным раком поджелудочной железы составляет около 6-7 месяцев.

**Цель исследования:** Анализ состояния оказания онкологической помощи больным раком поджелудочной железы в Самарской области за последние 5 лет.

**Задачи исследования.** Оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения РПЖ в отделении абдоминальной онкологии ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» за последние 5 лет, изучение характера осложнений на предоперационном и послеоперационном этапе лечения больных раком головки поджелудочной железы, изучение распределение выживаемости в зависимости от локализации опухоли, стадии опухолевого процесса, проведённого оперативного лечения, определение показателей послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности в зависимости от вида оперативного приёма, распространения процесса.

**Материал и методы.** Были изучены результаты лечения 236 больных РПЖ, оперированных в отделении абдоминальной онкологии ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» с 2020 года по 2025 год.

**Результаты и обсуждение.** Верификация онкологического процесса на догоспитальном этапе была получена у 36 (15,2%) пациентов. Первично-нерезектабельными были признаны 76 (32,2%) больных, 12 из которых получали неоадьювантную химиотерапию по схеме FOLFIRINOX, были радикально прооперированы в соответствующем объёме. Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) выполнена 43 (18,22 %) пациентам, дистальная резекция ПЖ со спленэктомией (ДРПЖ) – 40 (31,9 %). В 1 (0,42 %) случае произведена тотальная панкреатодуоденэктомия со спленэктомией (ТПДЭ) по поводу мультифокального рака головки, тела и хвоста ПЖ. У 21(48,8%) больного был сформирован панкреатогастроанастомоз, у 22 (51,12%) формировался панкреатоеюноанастомоз на потерянном дренаже. В дальнейшем наблюдении мы не увидели значимых различий в послеоперационном периоде между двумя методиками. Комбинированные операции были выполнены у 12 (5,08%) пациентов: расширенно-комбинированная гастропанкреатодуоденальная резекция с резекцией верхней брыжеечной вены у 3 (1,27%) больных, расширенно-комбинированная гастропанкреатодуоденальная резекция с резекцией воротной вены у 1 (0,42%) пациента, 2 (0,84%) больным была выполнена расширенно-комбинированная дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы с резекцией верхней брыжеечной вены, расширенно-комбинированная гастропанкреатодуоденальная резекция с резекцией и протезированием верхней брыжеечной вены 3 (1,27%) больным, у 2 (0,84%) пациентов произведена расширенно-комбинированная дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы с дистальной субтотальной резекцией желудка, 1 (0,42%) пациентке выполнена расширенно-комбинированная дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы с резекцией селезёночного изгиба ободочной кишки. Показатели выживаемости больных варьируют в зависимости от стадии опухолевого процесса. Наиболее благоприятный прогноз в группе

больных с IA стадией, где 1-летняя выживаемость составляет 50,98% , 5-летняя выживаемость 17,64%. Интересно отметить, что в группе больных с III стадией 1-летняя выживаемость 20,53%, была ниже, чем в группе больных с IV стадией 25,59%. Анализ осложнений показал: у 8 (18,6%) пациентов развилась панкреатическая фистула класс C, асептический жировой панкреонекроз наблюдался 2(4,65%) случаях, у 2 (4,65%) пациентов наблюдался подпеченочный абсцесс. В 5 (11.62%) случаях причиной смерти явилась несостоятельность панкреатоэтероанастомоза на фоне очагового панкреонекроза культи, с развитием разлитого перитонита, так называемая панкреатическая фистула класса C, в 4 (9.03%) случаях смерть наступила в результате сердечно-лёгочной недостаточности, которая явилась следствием тромбоза лёгочной артерии. Наиболее высокая 1- и 5-летняя выживаемость наблюдалась у больных в группе с проведёнными радикальными операциями. 1-летняя выживаемость в группе с выполненной гастропанкреатодуоденальной резекцией (67,44%) была ниже, чем в группе у больных с дистальной резекцией поджелудочной железы, что вероятнее всего связано с большим числом осложнений после ГПДР. Наиболее неблагоприятный прогноз был в группе больных с выполненными диагностическими операциями ( 1-летняя выживаемость – 17,8%).

**Выводы.** Рак поджелудочной железы является сложным заболеванием, которое требует междисциплинарного подхода, для достижения необходимой диагностики и выработки оптимальной тактики лечения. Радикальная хирургическая операция является инвалидизирующей, но остается единственной возможностью лечения рака поджелудочной железы, определяющей прогноз жизни больного. Результаты ГПДР характеризуются значительной частотой послеоперационных осложнений 34,38 %, при высоком показателе послеоперационной летальности 20,93 %. Отдаленные результаты лечения РПЖ в целом являются неудовлетворительными. Отсутствие верификации рака поджелудочной железы на догоспитальном этапе у большинства больных 84,6%, не позволяет проводить химиотерапевтическое лечение в неоадьювантном режиме при местно-распространённых формах, что обрекает пациентов на диагностическое оперативное вмешательство.

## МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОЧКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Каганов О.И., Козлов А.М., Исаргапов Р.М., Фольц А.В., Соколова Д.Ю., Хасанова А.К.

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

**Актуальность.** Случаи истинного прорастания почечно-клеточного рака в селезёнку и поджелудочную железу встречаются крайне редко и в литературе описаны преимущественно как отдельные клинические наблюдения. Это подчёркивает актуальность накопления и анализа подобных случаев для оптимизации хирургической тактики и повышения эффективности лечения пациентов с местно-распространёнными формами заболевания. Одной из особенностей развития рака почки является его длительное течение без каких-либо клинических проявлений. Часто этот факт приводит к установлению правильного диагноза уже в запущенной стадии болезни или к обнаружению опухоли гигантских размеров в брюшной полости. Истинное вращание почечно-клеточного рака в селезёнку и поджелудочную железу встречается исключительно редко. Такие случаи относятся к стадии T4 по TNM, когда опухоль инвазирует один или несколько соседних органов. В литературе описано ограниченное число наблюдений, преимущественно в форме отдельных клинических случаев. Подобные ситуации представляют серьёзную хирургическую и диагностическую проблему и требуют участия мультидисциплинарной команды (уролог, абдоминальный хирург, онколог, радиолог, патоморфолог). Несмотря на эффективное внедрение в клиническую практику современных комбинаций таргетных и иммуноонкологических препаратов для лечения пациентов с диссеминированными и первично неоперабельными формами рака почки, стандартом лечения локализованных и местно-распространённых форм остается хирургический метод.

**Цель исследования.** Оценить клиническую и онкологическую эффективность после лечения местно-распространённого рака почки.

**Материалы и методы.** Представляем собственное клиническое наблюдение успешного хирургического лечения гигантской опухоли левой почки с инвазией в селезенку и поджелудочную железу.

**Результаты исследования.** Пациент Е, 52 лет находился на стационарном лечении в онкоурологическом отделении №1 с СОКОД с 22.08.2025 по 08.09.2025 года.

Из анамнеза: в июне 2025 года стал отмечать боли в поясничной области слева. В июле 2025 года обратился в поликлинику по месту жительства, 16.07.2025 было выполнено УЗИ забрюшинного пространства, где было обнаружено опухолевидное образование левой почки. Был направлен в СОКОД на дообследование и выбор тактики лечения. По данным КТ ОБП от 21.07.2025: признаки опухоли левой почки, лимфаденопатии. По данным МРТ ОБП от 30.07.2025: признаки неопластического процесса, признаки инвазии сосудов селезенки, парааортальных лимфоузлов. Направлен в СОКОД в отделение онкоурологии №1 для оперативного лечения.

Во время госпитализации была выполнена повторная МРТ 02.09.2025: в левой почке по заднему контуру определяется объемное мультиузловое образование с неровными контурами, размерами 106\*91\*140 мм.; образование деформирует контур почки, расположено преимущественно экстраорганно; инвазирует в селезенку; паранефральная клетчатка инфильтрирована; чашечно-лоханочная система и мочевыводящие протоки без особенностей; сосудистые структуры обеих почек не изменены; надпочечники обычного расположения и размеров, структура их однородная, очаговых образований не выявлено; парааортально слева единичные лимфоузлы в размерах увеличены до 28\*23 мм.; в зоне сканирования определяется локальное расширение просвета чревного ствола до 9,5 мм на протяжении около 21 мм.

Операция 25.08.2025: Радикальная нефрадреналэктомия слева, спленэктомия, дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы. Операцию провели врач онкоурологического отделения №1 и зав. отделением абдоминальной онкологии №2. В забрюшинном пространстве слева опухолевый конгломерат до 20 см, с плотной бугристой поверхностью, включающий в себя почку, селезенку, хвост поджелудочной железы. При дальнейшей ревизии других патологических изменений брюшной полости не выявлено. Учитывая распространенность опухолевого поражения и удовлетворительную функцию правой почки, решено выполнить нефрадреналэктомию слева с дистальной субтотальной резекцией поджелудочной железы, спленэктомией. Мобилизованы нисходящая ободочная и сигмовидная кишки. В малом тазу в области пересечения с левой общей подвздошной артерией выделены, последовательно перевязаны и пересечены левый мочеточник и левые яичковые артерии и вена. Диссекция пре-, ретро-, латероаортальной от уровня бифуркации наружной и внутренней подвздошной артерии до уровня верхней брыжеечной артерии. Почечная артерия после предварительного лигирования пересечена. Почечная вена с опухолевым тромбом после предварительного лигирования пересечена у устья. Парааортальная клетчатка смещена к препарату. Лигированы и пересечены левые верхние и средние надпочечниковые артерии и вены. Хвост поджелудочной железы и селезенка в опухолевом инфильтрате. В операционную приглашен зав. абдоминальной онкологии №2. Мобилизованы селезеночные сосуды. Хвост поджелудочной железы с признаками истинного врастания опухоли. Выполнена дистальная субтотальная резекция. Висцеральную поверхность селезенки мобилизовать от опухоли не представляется возможным, опухоль врастает в селезенку. Поэтапно пересечена желудочно-селезеночная связка и селезеночные сосуды. Почка с надпочечником, паранефральной и парааортальной клетчатками, селезенкой и фрагментом поджелудочной железы удалена en block. Длительность операции составила 2 часа 9 минут. Кровопотеря 500 мл. Переведен из отделения реанимации и интенсивной терапии на 3 сутки. По данным планового морфологического исследования удаленного препарата: Почечноклеточный рак, светлоклеточный вариант с участками саркоматозной дифференцировки, G3-4, 100мм в диаметре с инвазией в чашечно-лоханочную систему, с распространением в паранефральную клетчатку, с распространением опухоли за пределы фасции Героты, с распространением опухоли на клетчатку почечного синуса, с наличием опухолевых тромбов в мелких интратенальных сосудах, с инвазией в селезенку и поджелудочную железу. Надпочечник с метастазом почечно - клеточного рака. Все выделенные лимфатические узлы по группам без опухолевого роста. Диагноз: С64 Рак левой почки pT4N0M1G3-4, IV стадия, 2 клиническая группа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Была проведена врачебная комиссия, планируется лекарственная терапия. В удовлетворительном состоянии на 14 сутки после операции пациент выписан из стационара под наблюдение онколога.

**Выводы.** Хирургическое лечение почечно-клеточного рака с инвазией в соседние органы возможно и эффективно при междисциплинарном подходе и высокой технической оснащённости. Представленный клинический случай подтверждает возможность достижения удовлетворительных клинических и онкологических результатов при комплексном обследовании и оптимальной тактике хирургического лечения.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРЦИАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА ПРИ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛУДКА (ГИСО) ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ И ЛАПАРОТОМНЫМ ДОСТУПОМ

Каганов О.И., Козлов А.М., Соколова Д.Ю., Хасанова А.К.

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

**Актуальность.** Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) являются наиболее распространёнными мезенхимальными опухолями желудочно-кишечного тракта. По современным оценкам, частота выявления ГИСО составляет 1-2 случая на 100 000 населения в год. Среди всех новообразований желудка они составляют менее 1 %, однако в структуре мезенхимальных опухолей ЖКТ их доля превышает 90 %. Современное лечение гастроинтестинально-стромальных опухолей желудка представляет собой мультидисциплинарный подход, основанный на хирургии и таргетной терапии. Хирургия остается основным методом лечения локализованных ГИСО желудка. Парциальная (частичная) резекция желудка при ГИСО не только не противоречит онкологическим канонам, но в большинстве случаев является предпочтительным методом хирургического лечения, особенно при соблюдении ключевых принципов онкологии. Главная задача хирургии при ГИСО – удаление опухоли с чистыми краями (R0). Лимфаденэктомия при ГИСО, как правило, не требуется из-за низкой частоты лимфатического метастазирования.

**Цель исследования.** Сравнение результатов лечения после лапароскопической и лапаротомной парциальной резекции желудка.

**Материалы и методы.** Были изучены результаты лечения 28 больных ГИСО, которым проводилось радикальное оперативное лечение в отделении абдоминальной онкологии ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» с 2023 по 2024 гг. В первую группу исследования вошли 15 пациентов (53,6%), которым была выполнена лапароскопическая парциальная резекция желудка, во вторую группу вошли 13 пациентов (46,4%) после лапаротомной парциальной резекции желудка.

**Результаты исследования.** Нами было проанализировано 28 историй болезней пациентов получивших лечение по поводу ГИСО желудка в абдоминальном отделении №2 СОКОД в период с 2023 по 2024 год. Возрастной диапазон пациентов от 25 до 79 лет (в среднем  $62.7 \pm 2.1$  года). От общего числа пациентов 89,3% (25 чел.) составили женщины и 10,7% (3 чел.) – мужчины. Локализация опухолевого процесса у пациентов 1 группы: тело желудка - у 8 человек (53,3%), большая кривизна желудка – 7 (46,7%). Во второй группе у 8 человек (61,5%) опухоль была расположена в теле желудка, у 5 (38,5%) – на малой кривизне.

Минимальный размер опухоли составил 5 мм, максимальный размер – 50 мм. Ближайшие результаты хирургического лечения пациентов первой и второй группы приведены в таблице.

Критерий	Первая группа исследования	Вторая группа исследования
Время операции	67,3±8,1 мин	54,1±3,6 мин
Кровопотеря	19,7±2,7 мл	41,9±6,6 мл
Удаление дренажей	На 2-е сутки	На 4-е сутки
Назначение наркотических анальгетиков	-	3 дня
Продолжительность койко-дней	14,7±0,9 дней	16,3±1,1 дней
Осложнения	-	1 (желудочное кровотечение)

Желудочное кровотечение развилось в 1 сутки после лапаротомной парциальной резекции желудка у 1 пациента. Пациенту была выполнена релапаротомия, остановка кровотечения.

**Заключение:** Лапароскопическая парциальная резекция желудка снижает риск возникновения возможных осложнений в послеоперационном периоде, сроки госпитализации и реабилитации пациентов, а также минимизирует болевые ощущения и косметические дефекты после оперативного доступа в сравнении с лапаротомной парциальной резекцией. При соблюдении онкологических принципов (R0-резекция, отсутствие инвазии) минимально инвазивный подход обеспечивает благоприятные отдаленные результаты и высокое качество жизни. В перспективе необходимы рандомизированные исследования для окончательной оценки онкологической эквивалентности по сравнению с открытыми вмешательствами.

## **ВНЕШНИЙ АУДИТ КАК СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ИНВЕСТИЦИЯ В КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ И РЕПУТАЦИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА**

**Каганов О.И., Прошина О.А., Подусова Т.Н., Вакулич Е.А., Марушева О.В., Исхаков Р.Н.**

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

Качество медицинской помощи – ключевой показатель работы любого лечебного учреждения, а в онкологии он приобретает особое значение. Здесь результат лечения зависит не только от технологий и квалификации врачей, но и от слаженности организационных процессов, точности соблюдения клинических протоколов, качества взаимодействия между подразделениями.

Внешний аудит – это комплексная независимая проверка, направленная на объективную оценку эффективности работы медицинской организации, выявление рисков и определение возможностей для развития. Он позволяет взглянуть на систему изнутри глазами сторонних экспертов, выявить слабые места, которые сложно заметить в повседневной рутине, и предложить конкретные решения.

В отличие от внутреннего контроля, внешний аудит обеспечивает свежий, непредвзятый взгляд на деятельность учреждения. Он помогает не только выполнить требования регуляторов, но и вывести работу на новый уровень, формируя культуру безопасности и непрерывного совершенствования. Для онкологического диспансера это особенно важно, ведь от качества оказанной медицинской помощи зависит жизнь пациента.

В ГБУЗ СОКОД сформирована устоявшаяся традиция внешних проверок. За прошедшее 10-летие неоднократно проводились аудиты ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, немецкого органа по сертификации «Интерсертифика-ТЮФ совместно с ТЮФ Тюринген», ТЕМОС по международному туризму, Немецкого онкологического общества (DKG), Европейского фонда управления качеством (EFQM) по модели «Признанное Совершенство»

### **1. Актуальность внешнего аудита**

Современная медицина развивается стремительно: появляются новые диагностические методы, совершенствуются технологии лечения, растёт информированность пациентов и их ожидания к качеству медицинской помощи. В таких условиях внешний аудит становится не формальной процедурой, а одним из ключевых механизмов, обеспечивающих устойчивость и развитие медицинской организации.

В онкологии требования к качеству особенно высоки. Здесь каждый этап – от выявления заболевания до завершения лечения – напрямую влияет на шансы пациента на выздоровление или продление жизни. Современные подходы к диагностике и лечению онкологических заболеваний требуют не только высоких профессиональных компетенций, но и точного соблюдения клинических протоколов.

Внешний аудит, как и внутренний, позволяет:

- проверить соответствие деятельности организации международным и национальным стандартам в области медицины;
- выявить и устранить риски, связанные с диагностикой, лечением и организацией данных процессов;
- повысить безопасность пациентов и снизить вероятность медицинских ошибок.

Но в отличие от внутреннего контроля, внешний аудит является полностью независимым, что обеспечивает объективность оценки и укрепляет доверие к результатам аудита как со стороны пациентов, так и со стороны регулирующих органов.

### **2. Значение подготовки к аудиту**

Эффективность внешнего аудита во многом зависит от того, насколько тщательно организация подготовилась к его проведению. Подготовка – это не просто сбор документов,

а комплексная работа по самооценке, выявлению слабых мест и их устранению до приезда экспертов. На этом этапе анализируются внутренние регламенты деятельности, оценивается работа мультидисциплинарных команд, упорядочиваются медицинская и иная документация, протоколы, отчёты и прочее. Такой подход не только делает процесс прозрачным, но и помогает заранее исправить выявленные пробелы, что в дальнейшем снижает количество замечаний со стороны аудиторов.

Подготовка также играет важную роль в формировании корпоративной культуры: она объединяет сотрудников разных подразделений, улучшает взаимодействие между ними и повышает общий уровень ответственности за результаты работы.

### **3. Развитие профессиональных компетенций**

Внешний аудит – это не только проверка, но и мощный образовательный инструмент. Эксперты анализируют работу не только врачей и среднего медицинского персонала, но и немедицинского персонала, выявляют пробелы в знаниях и навыках, рекомендуют направления для повышения квалификации. Кроме того, для медицинских сестёр аудит – это возможность получить обратную связь по уходу за пациентами, профилактике осложнений, а также по вопросам психологической поддержки больных.

Постепенно в коллективе формируется привычка к соблюдению внутренних протоколов организации, что напрямую повышает предсказуемость исходов лечения и снижает риск ошибок.

### **4. Формирование культуры безопасности**

В онкологическом диспансере культура безопасности – не абстрактное понятие, а жизненная необходимость. Любая ошибка, допущенная при диагностике, планировании или лечении, может иметь тяжёлые последствия. Внешний аудит способствует созданию такой культуры, при которой безопасность воспринимается как общая ценность.

Одним из ключевых элементов является психологическая безопасность сотрудников – возможность без страха сообщать о проблемах, недочётах или потенциальных рисках. И постепенно отношение к аудиту меняется: он воспринимается не как инструмент давления, а как возможность улучшить процессы и условия работы.

### **5. Выявление и устранение системных ошибок**

Одно из главных преимуществ внешнего аудита – способность обнаружить не только индивидуальные ошибки, но и системные проблемы, которые часто остаются незамеченными в повседневной работе. Например, перегрузка отдельных специалистов; несогласованность действий между подразделениями. Часто такие проблемы связаны не с недостатком компетентности, а с организационными барьерами: нехваткой кадров, слабой автоматизацией, неэффективными процессами. Аудит помогает выявить эти «узкие места» и предложить решения: автоматизацию документооборота, внедрение электронных протоколов, оптимизацию маршрутизации пациентов и прочее. В результате нагрузка на персонал снижается, а качество и скорость оказания медицинской помощи растут.

### **6. Мотивация персонала и улучшение условий труда**

Рекомендации аудиторов касаются не только медицинской части, но и условий работы сотрудников. Улучшение оснащения, модернизация оборудования, внедрение систем защиты — всё это напрямую отражается на мотивации и удовлетворённости персонала. Автоматизация рутинных задач, оптимизация графиков и сокращение бумажной работы позволяют врачам и медицинским сёстрам больше времени уделять пациентам. Участие сотрудников в разработке и реализации изменений формирует чувство сопричастности и укрепляет командный дух. Кроме того, успешное прохождение аудита повышает престиж учреждения, что положительно влияет на привлечение квалифицированных специалистов и открывает возможности для карьерного роста.

### **7. Долгосрочные преимущества**

Внешний аудит – это не разовое мероприятие, а элемент стратегии устойчивого развития. Регулярные проверки помогают поддерживать соответствие современным стандартам,

Самарский областной клинический онкологический диспансер «Новые технологии в онкологии», 2025 год стимулируют внедрение новых методов и технологий, укрепляют междисциплинарное взаимодействие.

В долгосрочной перспективе аудит способствует:

- формированию единых стандартов диагностики и лечения;
- снижению вариабельности клинических решений;
- укреплению командной культуры;
- профилактике профессионального выгорания;
- стабилизации кадрового состава.

Главная ценность внешнего аудита – в его влиянии на будущее: повышение качества и безопасности медицинской деятельности, развитие компетенций персонала, а значит и самое важное – сохранённые жизни пациентов.

#### **Заключение.**

Внешний аудит – это не разовая проверка ради отчётности, а стратегический инструмент развития. Его главная цель – не поиск нарушений, а формирование устойчивой, безопасной и эффективной системы оказания медицинской помощи.

Для Самарского областного клинического онкологического диспансера ценность аудита проявляется в нескольких плоскостях.

Для пациентов – это гарантия того, что лечение проводится по актуальным клиническим рекомендациям, с учётом современных технологий и принципов безопасности.

Для персонала – это возможность профессионального роста, улучшения условий труда и повышения уверенности в своих действиях.

Для руководства – это объективная оценка эффективности управленческих решений и дорожная карта для совершенствования работы.

Для инвесторов и партнёров – это показатель надёжности и зрелости организации, готовой к долгосрочному развитию и внедрению инноваций.

Регулярный внешний аудит помогает не только поддерживать высокий уровень качества, но и создавать культуру, в которой стремление к улучшениям становится нормой. Именно это отличает современное медицинское учреждение от формально работающего – умение видеть возможности, а не только проблемы, и использовать их для достижения главной цели: сохранения жизни и здоровья пациентов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОАДЬЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БАЗАЛЬНОПОДОБНЫМ ПОДТИПОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Катюшин А.А., Балык И.В.,  
Ламонов М.С., Коновалова Т.В., Колинченко В.И.

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. В 2023г. в структуре заболеваемости занимает первое место и составляет 22,5% от всех онкологических заболеваний у женщин. Основываясь на современных клинических рекомендациях при базально – подобном подтипе роста опухоли возможно проведение предоперационной химиотерапии для дальнейшего выполнения органосохранных операций. Однако в настоящий момент не разработана прогностическая шкала оценки неоадьювантного лечения.

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

**Материалы и метод.** Проведено исследование результатов неоадьювантной химиотерапии по схеме с включением антрациклинов у 98 больных с диагнозом трижды негативного 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 неоадьювантном режиме проведено 4-8 циклов химиотерапии, после чего выполнена операция.

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

**Результаты.** В данном исследовании математическая модель построена в модуле логистической регрессии с помощью алгоритму Вальда. В результате была получена модель, включающая три наиболее значимых предиктора (X1-X3), влияющих на эффективность химиотерапии: X1 – размер первичной опухоли, X2 – поражение регионарных лимфоузлов, X3 – уровень экспрессии Ki-67.

Конечный вид математической модели для определения эффективности неоадьювантной химиотерапии у больных с диагнозом трижды негативный РМЖ выглядит следующим образом:  $P = 1/(1+2,71-F)$ , где  $F = 4,56 - 4,1X1 - 0,15X2 + 1,78X3$ . Чувствительность модели – 90,91%, специфичность – 94,55%, точность – 93,88%.

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

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

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПОФИЛИНГА ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Катюшин А.А., Балык И.В., Ламонов М.С.,  
Коновалова Т.В., Колинченко В.И.

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

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

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

**Материалы и метод.** Проведено спланированное проспективное исследование результатов лечения 84 больных с диагнозом РМЖ в условиях Самарского областного клинического онкологического диспансера в период с 2021 по 2024 годы. Данным пациентам проводилась подкожная мастэктомия новым способом одноэтапной реконструкции, который осуществлялся следующим образом. Первым этапом производили забор жировой ткани из донорских зон пациента. Затем через дугообразный разрез длиной до 40 мм по нижнему контуру сосково-ареолярного комплекса выполняли кожесохраняющую мастэктомию с послойным ушиванием раны.

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

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

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

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

**Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Катюшин А.А., Балык И.В., Ламонов М.С.,  
Коновалова Т.В., Колинченко В.И.**

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 2020 по 2024 годы. Реконструкция САК проводилось за счет собственных тканей ареолы контролатеральной молочной железы по уникальной методике отделения. Химиотерапия и лучевая терапия пациентам групп сравнения не проводилась. Качество жизни оценивалось по шкале психологического здоровья SF 36.

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

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

## РАСШИРЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Катюшин А.А., Балык И.В., Ламонов М.С.,  
Коновалова Т.В., Колинченко В.И.

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

**Актуальность.** В России за 2023 год выявлено 82499 случаев рака молочной железы (РМЖ), что составляет 22,5% от всех онкологических заболеваний у женщин. У мужчин в 2023г. диагностировано 972 случая. Если проанализировать динамику роста заболеваемости за 2021-2023 год, то за три года число новых случаев РМЖ у женщин выросло на  $\approx 18\%$  (с 69,7 тыс. до 82,5 тыс.). У мужчин рост составил  $\approx 12,9\%$  (с 861 до 972 случаев). Продолжение модернизации подходов к классификации и лечению РМЖ с каждым годом позволяет улучшать качество оказываемой помощи все большему числу пациентов. На данный момент в России используется молекулярно-биологическая классификация рака молочной железы (Люминальные А/В, HER2+, трижды негативный рак молочной железы (ТНРМЖ)) имеет большое практическое значение, так как определяет терапию. Однако еще в 2011 году Brian D Lehmann, а затем и Matthew D Burstein в своих исследованиях расширяли термин ТНРМЖ до 6 биологических подтипов. Исходя из этого можно говорить, что базальноподобный подтип, используемый в нынешней классификации — это не единый биологический тип, а зонтичный термин, включающий множество разных по биологии и прогнозу опухолей.

**Цель работы.** Провести систематический обзор литературы и различных клинических исследований расширенной классификации ТНРМЖ, выделить их сигнатуры, особенности и потенциальную терапию.

**Материалы и методы.** Для анализа биологических подтипов были отобраны и проанализированы 7 ключевых статей и статистических анализов.

**Результаты исследования.** В 2011 году Brian D Lehmann предлагает 6 подтипов ТНРМЖ в следующей своей работе в 2016г. он объединяет несколько подтипов и выделяет 4 стабильных подтипа трижды негативного рака молочной железы. В 2015 Matthew D Burstein независимо от Lehmann также проводит исследование, в котором определяет 4 молекулярных подтипа. Классификация FUSCC (Fudan University Shanghai Cancer Center) была предложена группой из Шанхая в 2019 году во многом совпадает с Burstein, но: уточняет границы между иммунными подтипами и делает акцент на клиническом применении классификации. Во всех исследованиях для определения подтипов применяется метод с использованием РНК- и ДНК-профилирования. После анализа работ можно выделить сигнатуры и особенности, которые помогут определять подтипы с высокой долей вероятности, не прибегая к дорогостоящим исследованиям, что позволяет применять классификацию в клинической практике: 1) Luminal Androgen Receptor (LAR) - ключевая особенность это дефект пути репарации ДНК гомологичной рекомбинации (HRD), а также высокая экспрессия андрогенного рецептора (AR), гормон-регулируемые гены, что демонстрирует сходство с люминальными опухолями, мутации PIK3CA, экспрессия FOXA1, GATA3. Потенциальная терапия представляет собой антиандрогенные препараты, ингибиторы PARP. Особенности данного подтипа является низкая пролиферация, плохой ответ на стандартную химиотерапию. 2) Mesenchymal (MES) - Высокая экспрессия генов, связанных с ремоделированием внеклеточного матрикса, EMT (эпителиально-мезенхимальный переход), миграцией. Экспрессия Vimentin, AXL, PDGFR, FGFR1. Ингибиторы PI3K/AKT, TGF- $\beta$  сигнального пути потенциально возможны для терапии. Высокий метастатический потенциал. 3) Basal-like Immune-Suppressed (BLIS) - Высокая пролиферация (Ki67 > 70%), угнетение иммунного ответа (TIL < 10%). Усиления иммунного ответа как потенциальная терапия. 4) Basal-like Immune-Activated (BLIA) - Активный иммунный ответ (TIL > 70%).

Самарский областной клинический онкологический диспансер «Новые технологии в онкологии», 2025 год

Высокая экспрессия иммунных генов, включая цитокины, HLA, IFN-сигналы PD-L1, CD8. Уже применяемая терапия ингибиторы PD-1/PD-L1. Также удалось сравнить подтипы по прогнозу заболевания: BLIA>LAR≈MES>BLIS.

**Заключение.** Выделенные особенностей и сигнатур подтипов позволяет найти применение в клинической практике для оценки рисков, назначения дополнительных исследований и прогноза лечения.

## **ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУЦИЯ ЭЗОФАГОФАРИНГЕАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ЛАРИНГЭКТОМИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕКТОРАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАТА**

**Каганов О.И., Синотин А.И., Габриелян А.Г., Осокин О.В., Керосиров А.П.**

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

Ежегодная заболеваемость раком гортани и гортанного отдела глотки в России составляет свыше 7 и 5 тысяч соответственно. Из общего числа выявленных 73-75% это запущенные стадии, как по первичной опухоли, так и по регионарному метастазированию. Согласно данным клинических рекомендаций РФ основным методом лечения местно – распространенного рака гортани и гортаноглотки, осложненным дисфагией и стенозом, является комбинированный хирургический метод с расширенным удалением органа, что позволяет достичь 5-летней выживаемости у 55-65 % больных. Несмотря на всё это, данный метод значительно снижает качество жизни пациентов, приводя тем самым к существенной инвалидизации и длительной хирургической реабилитации, включающей в последующем отсроченные этапы пластики. Важной целью в хирургии гортани наряду с онкологической надежностью, уделяется одномоментной реконструкции эзофагофарингеального комплекса, точнее выбору способа и его реализация.

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

**Материалы и методы:** в отделение опухоли головы и шеи ГБУЗ СОКОД в период с 2016 по 2024 гг., прооперировано 39 первичных больных мужского пола с местно-распространенным раком гортани и гортаноглотки. Распространенность опухолевого процесса соответствовала T4aN0bM0 у 20 пациентов и T3-4aN1M0 – у 19 пациентов. На момент поступления в стационар у 26 пациентов имелась дисфагия с различной степенью выраженности длительностью, в среднем 3 месяца, и кахексия. Субкомпенсированный стеноз гортани – у 13 пациентов, что являлось показанием для проведения оперативного вмешательства на первом этапе. Объем оперативного вмешательства выполнен: в 19 случаях расширено – комбинированная ларингэктомия с резекцией боковой стенки глотки радикальной шейной диссекцией и реконструкцией эзофагофарингеального комплекса кожно-мышечным пекторальным трансплантатом с осевым кровоснабжением; в 12 случаях – расширено-комбинированная ларингэктомия с резекцией передне-боковых стенок шейного отдела пищевода, боковой стенки глотки и радикальной шейной диссекцией с реконструкцией дефекта мышечным пекторальным трансплантатом с осевым кровоснабжением; в 8 случаях расширено-комбинированная ларингэктомия с резекцией передне - боковых стенок шейного отдела пищевода, глосэктомией, боковой стенки глотки и радикальной шейной диссекцией с модификацией и реконструкцией дефекта кожно-мышечным пекторальным трансплантатом с осевым кровоснабжением.

**Результаты:** Использование пекторального лоскута позволило полностью восстановить верхние отделы пищеварительной системы 39 пациентам. Всем пациентам после удаления назогастрального зонда выполнена фарингоэзофагоскопия и рентгенография, достоверных данных за сужение не получено. Несостоятельность швов глотки с формированием свищей, отмечено в 11 случаях, у пациентов с расширено - комбинированной ларингэктомией и глосэктомией на 6 и 12 сутки, что не привело к образованию стойких оростом. Питание через рот восстановлено в сроки от 12 до 18 дней у 34 пациентов. У 4-х пациентов прием пищи через естественные пути затруднен.

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

## **МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИГНАЛЬНОГО СТОРОЖЕВОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ**

**Каганов О.И., Щукин В.Ю., Шитов Е.Н.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Рак вульвы является редкой злокачественной опухолью. В структуре злокачественных опухолей женских половых органов составляет 4%. Инвазивный плоскоклеточный рак вульвы составляет 90% всех злокачественных опухолей вульвы и 1–2% злокачественных эпителиальных опухолей у женщин. Другими злокачественными опухолями вульвы являются меланома, аденокарцинома, рак Бартолиновой железы, саркома. Основным способ метастазирования опухолей вульвы лимфогенный. Лимфаденэктомия у больных злокачественными новообразованиями женских половых органов является необходимым этапом хирургического лечения, ее выполнение позволяет оценить наличие или отсутствие метастатического поражения удаленных лимфатических узлов, определить показания для послеоперационного лечения. Биопсия сторожевых лимфатических узлов (СЛУ) представляется перспективной альтернативой стадирующей лимфаденэктомии при сравнимых отдаленных онкологических результатах и значимом снижении частоты послеоперационных осложнений.

**Цель работы.** Представить возможность проведения биопсии сторожевого лимфатического узла как альтернативу тотальной пахово-бедренной лимфодиссекции при раке вульвы и снижения числа послеоперационных осложнений.

**Материалы и методы.** Оценивается частота послеоперационных осложнений при выполнении системной пахово-бедренной лимфодиссекции в сравнении с биопсией сторожевого лимфатического узла.

**Результаты работы.** На базе отделения онкогинекологии СОКОД за период с 2024 по сентябрь 2025 года проведено хирургическое лечение 28 пациенток с верифицированным раком вульвы. У 10 пациенток проведена биопсия сторожевого лимфоузла. 8 пациенткам выполнена пахово-бедренная лимфодиссекция.

Всем больным за 18-24 ч до операции в шейку матки (при раке эндометрия) и в вульву введено по 0,4 мл приготовленного раствора РФП Сентискан,  $^{99m}\text{Tc}$  с общей активностью 150 МБк. Через 2 ч после инъекции препарата выполнена однофотонная эмиссионная компьютерная томография брюшной полости и малого таза на аппарате Discovery 670 DR (GE) с последующей 3D-реконструкцией изображений для интраоперационной навигации. Интраоперационно для определения СЛУ использовался портативный  $\gamma$ -детектор. Всем больным произведены детекция и удаление СЛУ с последующей контрольной оценкой уровня  $\gamma$ -излучения, гистологическим и исследованием

В послеоперационном периоде у пациенток с лимфодиссекцией в 32% случаев отмечалась лимфоррея. У 14% пациенток возникло нагноение послеоперационной раны. У пациенток с БСЛУ данных данные осложнения проявились у 2 пациенток.

**Выводы.** Выполнение биопсии СЛУ как альтернатива лимфодиссекции показала заметное снижение уровня послеоперационных осложнений и улучшение качества жизни пациенток при сохранении должного уровня хирургического стадирования.

## **НЕЙРОТОКСИЧНОСТЬ ОКСАЛИПЛАТИНА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И УПРАВЛЕНИЮ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМИ ЭФФЕКТАМИ**

**Калиновская Е.В., Ермакова Ю.В.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Оксалиплатин, являющийся ключевым компонентом большинства химиотерапевтических режимов (FOLFOX, XELOX, FLOT, FOLFIRINOX), демонстрирует высокую клиническую эффективность. Однако его применение часто ограничивается развитием дозозависимой периферической нейропатии.

Нейротоксичность, индуцированная оксалиплатином, имеет как острые, так и хронические формы. Хроническая нейропатия носит дозозависимый характер и может сохраняться в течение нескольких месяцев, а в ряде случаев – лет после завершения терапии. По данным различных исследований, нейропатия II степени и выше развивается более чем у 30% пациентов. Это существенно снижает качество жизни, нарушает функциональную активность, а также часто требует редукции дозы или полного прекращения терапии, что может негативно сказаться на её эффективности. На сегодняшний день в клинической практике отсутствуют унифицированные подходы к профилактике и лечению нейротоксических эффектов оксалиплатина. Имеющиеся рекомендации носят эмпирический характер и требуют дальнейшего уточнения. В связи с этим крайне актуально проведение клинических исследований, направленных на изучение эффективности профилактических и терапевтических мер в отношении нейропатии.

**Цель исследования.** Оценить частоту и выраженность нейропатии у пациентов с колоректальным раком, получавших лечение на базе химиотерапевтического отделения №2 ГБУЗ СОКОД в 2024-2025 гг. с включением оксалиплатина, а также изучить эффективность различных профилактических и терапевтических мероприятий, направленных на снижение нейротоксических эффектов.

**Материалы и методы.** В проспективное исследование были включены 56 пациентов, проходивших лечение в химиотерапевтическом отделении №2 ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» в 2024-2025 гг. Пациенты получали химиотерапию по схемам FOLFOX и XELOX, включающими оксалиплатин.

В зависимости от тактики профилактики нейропатии пациенты были разделены на две группы:

**Группа А (n = 30):** стандартная химиотерапия без целенаправленной профилактики нейротоксичности.

**Группа В (n = 26):** наряду с химиотерапией применялись профилактические меры:

приём альфа-липоевой кислоты (600 мг/сут);

витамины группы В (внутримышечно или перорально);

снижение дозы оксалиплатина на 25% при проявлениях нейропатии II степени и выше.

Выраженность нейропатии оценивалась на каждом цикле химиотерапии с использованием шкалы NCI CTCAE версии 5.0. Также фиксировались частота отмены препарата, субъективные жалобы, изменение дозировки и общее самочувствие пациентов.

**Результаты.** Нейропатия I–II степени развилась у 48% пациентов в группе А и только у 19% пациентов в группе В. В группе А в 22% случаев потребовалась редукция дозы оксалиплатина на 25%, в группе В – только в 9%. Пациенты группы В реже предъявляли жалобы на сенсорные симптомы (онемение, жжение, покалывание), что указывало на более лёгкое течение неврологических осложнений. Большинство пациентов из группы В сообщали об улучшении качества жизни по сравнению с предыдущими курсами терапии без профилактики. Профилактические меры не сопровождались серьёзными побочными эффектами и хорошо переносились.

**Выводы.** Периферическая нейропатия, ассоциированная с применением оксалиплатина, остаётся одним из основных факторов, ограничивающих продолжение эффективной химиотерапии. Результаты проведённого исследования подтверждают, что использование профилактических стратегий – таких как приём антиоксидантов, нейротропных витаминов и индивидуализированная коррекция дозы при ранних признаках токсичности позволяют снизить частоту и выраженность нейропатии, уменьшить необходимость в отмене или редукации дозы оксалиплатина, улучшить общее самочувствие и качество жизни пациентов, повысить приверженность к лечению.

Таким образом, профилактические подходы улучшают переносимость терапии и потенциально способствуют улучшению онкологических исходов.

Необходима дальнейшая стандартизация и внедрение алгоритмов мониторинга и профилактики нейропатии в повседневную онкологическую практику.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДДИТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕКОНСТРУКЦИИ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Керосиров А.П., Каганов О.И., Николаенко А.Н., Габриелян А.Г.,  
Синотин А.И., Осокин О.В.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Нижняя челюсть является неотъемлемым элементом жевательно-артикуляционного аппарата. Имея сложную анатомию, она выполняет ряд жизненно и социально важных функций, таких как: жевательную, речеобразующую и каркасную. Так же анатомия нижней челюсти играет немалую роль в формировании нижней зоны лица, обуславливающую эстетическую составляющую, что является немаловажным фактором существования в социуме. Хирургическое лечение доброкачественных и злокачественных новообразований нижней челюсти является одним из этиологических факторов дефектов и деформаций нижней челюсти. В мирное время, на долю пострезекционных дефектов приходится основное число всех структурных нарушений анатомии нижней челюсти.

Наличие дефектов нижней челюсти приводит к стойким функциональным нарушениям челюстно-лицевой области а так же, в значительной мере, ухудшает психо - эмоциональный статус пациентов, что приводит к ухудшению качества жизни и десоциализации. В период с 2019 г. по 2024 г. на базе онкологического отделения (опухоли головы, шеи) ГБУЗ СОКОД проведено 265 хирургических вмешательств, сопровождающихся резекцией нижней челюсти в различных объемах. Так резекция нижней челюсти по поводу доброкачественных новообразований проводилась в 45 случаев, в 193 случая – при злокачественных опухолях и по поводу бисфосфонатного остеонекроза – в 27 случаях.

**Цель исследования:** сравнить результаты реконструкции нижней челюсти при помощи стандартных методик и индивидуальным эндопротезом.

**Материалы и методы:** В 2024 г. впервые на базе онкологического отделения (опухоли головы, шеи) ГБУЗ СОКОД выполнена операция по восстановлению дефекта нижней челюсти персонифицированным эндопротезом. Имеющийся опыт реконструкции нижней челюсти стандартными реконструктивными пластинами и костными аутотрансплантатами позволяет провести сравнительную оценку методов лечения. Персонифицированный эндопротез, используемый для восстановления дефекта нижней челюсти, изготовлен методом 3D-принтинга по индивидуальным анатомическим особенностям пациента. Протез состоит из пористого тела шероховатой структуры, в котором имеются шахты для винтовой фиксации дентального абатмента, с торцевой части тела имеются конусовидные шипы, которые являются дополнительными пунктами ретенции в области культей нижней челюсти. От тела эндопротеза отходят фиксационные плечи с отверстиями для фиксирующих винтов. Преимущества индивидуального эндопротеза над стандартными методами реконструкции являются: восстановление анатомической целостности нижней челюсти за счет прецизионной печати; дополнительные пункты фиксации конструкции, что предотвращает возможности дезинтеграции; упрощения хода операции

**Результаты:** Преимущества индивидуального эндопротеза над стандартными методами реконструкции являются: восстановление анатомической целостности нижней челюсти за счет прецизионной печати; дополнительные пункты фиксации конструкции, что предотвращает возможности дезинтеграции; упрощения хода операции, так как эндопротез является шаблоном для фиксации культей нижней челюсти в анатомическом положении, что во многом уменьшает операционное время; возможность дентальной реабилитации и протезирования; прогнозируемость течения послеоперационного периода.

**Выводы:** использование персонифицированных конструкций для восстановления пострезекционных дефектов нижней челюсти позволяет в полной мере восстановить функции утраченные в ходе радикального хирургического лечения новообразований челюстно-лицевой области, что улучшает качество жизни данной группы пациентов.

## ЛЕЧЕНИЕ ЛИПОСАРКОМ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА. СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Козлов А.М., Мухамбеталиев С. А., Ахматалиев Т. Х., Миколенко Н.И.

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

**Актуальность:** Липосаркомы забрюшинного пространства представляют собой редкую и сложную патологию, требующую мультидисциплинарного подхода, основой которого является радикальное хирургическое лечение.

**Цель исследования:** Проанализировать собственный опыт хирургического лечения пациентов с липосаркомами забрюшинного пространства за 5-летний период (2020-2024 гг.).

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ 64 случаев злокачественных новообразований забрюшинного пространства, пролеченных в онкологическом отделении абдоминальной онкологии № 1 ГБУЗ СОКОД, а с 1 марта 2023 года в онкологическом отделении абдоминальной онкологии № 2 ГБУЗ СОКОД. Из них было отобрано 30 пациентов с морфологически верифицированной липосаркомой. Медиана возраста составила 59,4 года (диапазон 32-83 года). Преобладали высокодифференцированные (16 случаев) и дедифференцированные липосаркомы (14 случаев) – гистологические варианты. Всем пациентам выполнено хирургическое лечение, в 100% случаев – лапаротомным доступом.

**Результаты:** Хирургическая активность: Основным видом вмешательства было удаление внеорганической забрюшинной опухоли, в 8 случаях потребовалось выполнение комбинированных резекций с удалением прилежащих тканей.

Стадирование: Пациенты с липосаркомами были распределены по стадиям: I стадия – 8 пациентов, II стадия – 8 пациентов., III стадия – 10 пациентов, IV стадия – 4 пациента.

В нашем исследовании средний размер опухоли составил 18 см, что коррелирует с данными литературы, описывающими аналогичные показатели в диапазоне 12-20 см, стоит отметить что максимальный размер опухоли достигал 35 см в наибольшем измерении.

Рецидивы: На момент госпитализации 7 пациентов (23,3%), с ранее верифицированными липосаркомами забрюшинного пространства поступали для лечения рецидива заболевания, что подчеркивает агрессивный характер течения.

Пятилетняя общая выживаемость в нашей группе достигла 72%, что находится на верхней границе показателей, описываемых в современных исследованиях (50–80%)

Химиотерапия в адьювантном или неoadьювантном режиме была применена у 25% наших пациентов, в основном с дедифференцированным вариантом опухоли. Данный показатель согласуется с общемировой практикой, где ХТ применяется ограниченно, в среднем у 15–35% пациентов

Сопутствующая патология: У 5 пациентов отмечались послеоперационные осложнения, потребовавшие дополнительных вмешательств (нефростомия, колостомия, дренирование).

**Вывод:** Радикальное хирургическое вмешательство остается единственным эффективным методом лечения липосарком забрюшинного пространства.. Высокий процент пациентов, поступающих с рецидивами (23,3%), диктует необходимость агрессивной хирургической тактики при первичном лечении, направленной на достижение максимально радикального результата (R0). Собственные данные демонстрируют удовлетворительные непосредственные результаты хирургического лечения. Для улучшения отдаленных результатов и снижения частоты рецидивов необходимы тщательное предоперационное планирование и привлечение мультидисциплинарной команды.

## ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАЗНЫХ ВИДОВ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ САМАРСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ АКАДЕМИКА С.П. КОРОЛЕВА

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

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Одним из наиболее распространенных факторов, губительно влияющих на здоровье, является табакокурение. Несмотря на видимые успехи в борьбе с курением в нашей стране, среди молодежи процент курящих остается высоким. Многочисленные медико-статистические исследования свидетельствуют о прямой связи табакокурения с онкологическими заболеваниями. Как экзогенный фактор курение доставляет в организм целый ряд канцерогенных веществ. Сигаретный дым содержит более 30 видов канцерогенов, способных вызвать развитие злокачественных новообразований. Помимо табакокурения в мире развивается новое направление – вейпинг (вдыхание пара, испаряемого электронной сигаретой или другим специальным устройством). По официальным данным в России более 6 млн. человек пользуются электронной доставкой никотина.

**Цель исследования.** Поскольку по данным социологических исследований начало курения относится к юношескому и молодому возрасту, мы сочли важным изучить распространенность разных типов курения среди студентов младших курсов Самарского национального исследовательского университета имени академика С.П. Королева, оценить возраст начала курения, а также причины, по которым не удается отказаться от курения.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в Самарском национальном исследовательском университете имени академика С.П. Королева совместно с Центром содействия укреплению здоровья студентов. Опросом было охвачено 110 курящих студентов, обучающихся на 1 курсе университета. Из них юношей – 70 человек (64%), девушек – 40 человек (36%). При опросе студентов использовалась анкета Д. Хорна (тип курительного поведения). Анкета состоит из 18 пунктов, характеризующих мотивацию к курению. Оценка проводится по 5 градациям в баллах, выражающих степень. По сумме баллов определяли наиболее характерную причину курения данного опрошенного. Студенты заполняли анкету и тест по наличию степени выраженности вредных для здоровья привычек. Тип курения определялся суммой баллов ответов («стимуляция», «игра с сигаретой», «расслабление», «поддержка», «жажда»). Сумма 11 баллов и более указывает, что респондент курит именно по этой причине. Сумма от 7 до 11 является пограничной и говорит о том, что это в некоторой степени может быть причиной курения. Сумма меньше 7 баллов говорит о том, что данный тип курения для респондента не характерен. Опрос имел анонимный характер и полученные данные использовались в обобщенном виде.

**Результаты исследования.** Обработка 110 анкет, опрошенных показала, что 63 человека (57%) начали курить еще в школьном возрасте 13-15 лет.

Количество студентов, курящих табак, составляет 65 человек (59%), использующие жидкости - 45 человек (41%). Как показал опрос, более половины респондентов не осознают опасность электронных устройств, считая их менее вредными.

При определении мотивации к курению выяснилось: 64 человека (58 %) верят, что сигарета обладает стимулирующим действием (взбадривает, снимает усталость); 30 человек (27 %) относятся к курению как к средству, снижающему эмоциональное напряжение, а для 11 человек (10%) главное – игра с сигаретой (важны курительные аксессуары). Полученные данные показывают, что распространенность курения в настоящий момент среди студентов младших курсов обоих полов остается высокой. Из опроса выяснилось, что основной причиной табакокурения является влияние окружающей среды.

**Выводы.** Проведенное исследование показало широкую распространенность курения среди студентов первого курса Самарского национального исследовательского университета имени академика С.П. Королева. Отмечено, что более половины из них начали курить еще в школьном возрасте. Молодые люди не оценивают опасности табакакурения и использования электронных устройств. Это диктует необходимость формирования у студенческой молодежи здорового образа жизни мотивации к прекращению курения. Необходимо усилить профилактическую работу среди школьников старших классов и студентов с целью информирования их о вредных факторах курения, которые приводят к высокому риску онкологических заболеваний.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖЕЙ г. САМАРЫ**

**Козлова О.А., Чернышов Ю.П., Сидорова С.Д.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»  
ГБУЗ «Самарская городская поликлиника № 4 Кировского района»

**Актуальность.** Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) - это болезни, характеризующиеся продолжительным течением и являющиеся результатом воздействия комбинации генетических, физиологических, экологических и поведенческих факторов. К основным типам ХНИЗ относятся болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания и эндокринной системы. Наибольший вклад в развитие ХНИЗ вносят такие факторы риска, как курение, нерациональное питание, низкая физическая активность, потребление алкоголя, повышенный уровень артериального давления и холестерина в крови, избыточная масса тела. Важнейшую роль в профилактике хронических неинфекционных заболеваний играет соблюдение принципов здорового образа жизни, регулярное прохождение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

**Цель исследования.** В процессе профилактического осмотра выявить наличие основных факторов риска ХНИЗ у лиц молодого возраста.

**Материалы и методы.** С целью выявления факторов риска ХНИЗ обследованы 1048 учащихся ГБПОУ «Самарского техникума авиационного и промышленного машиностроения им. Д.И. Козлова» и ГБПОУ «Самарского торгово-экономического колледжа» в возрасте от 16 до 18 лет, из них 308 юношей и 740 девушек. Исследование включало определение роста и веса с расчетом ИМТ, измерение АД методом Короткова, определение экспресс-методом глюкозы и общего холестерина крови. Обследование проводилось совместно Центром здоровья ГБУЗ СО «Самарская городская поликлиника № 4 Кировского района».

**Результаты исследования.** Определение ИМТ по общепринятому критерию показало повышение его у 197 человек (19%). Дефицит массы тела выявлен у 344 человек (33%). Значимой разницы по полу не выявлено.

В качестве критерия оценки АД использовались Клинические рекомендации по артериальной гипертензии у взрослых (2024 г). Высокое нормальное АД – давление в диапазоне систолического АД (САД) от 130 до 139 мм рт.ст. и/или диастолического АД (ДАД) от 85 до 89 мм рт.ст. По результатам обследования уровень высокого нормального АД выявлен у 145 человек, что составляет 14 %. Систолическое АД выше 140 мм рт.ст. обнаружено у двух человек, что относится к артериальной гипертензии I степени. Повышение уровня диастолического АД выше 85 мм рт.ст. мы не выявили. При анализе полового состава оказалось, что повышенное АД чаще встречается у юношей – у 75 человек (24%) и реже у девушек – 72 человека (10%).

Повышение уровня общего холестерина (более 4,9 ммоль/л) обнаружено у 116 обследованных, что составило 11%.

Повышенный уровень глюкозы (более 7 ммоль/л) выявлен у 165 человек (16%), что возможно объясняется нарушением голодного режима перед исследованием у некоторых учащихся. Рекомендовано всем выявленным юношам и девушкам повторить исследование глюкозы строго натощак.

По результатам прямого опроса распространенность курения достаточно высока: у 631 человека (60%), среди девушек курят 447 человек (60%), среди юношей 184 человека (59%). В распространенности курения значимой разницы по полу не обнаружено. В это число курящих вошли как использующие обычные сигареты, так и юноши, и девушки, пользующиеся электронными сигаретами.

**Выводы.** Обследованные учащиеся были молодого возраста - до 20 лет. Вместе с тем высокий уровень отклонений основных показателей выявлен как у юношей, так и у девушек.

Повышение ИМТ обнаружено у 19 %, а снижение его у 33 % учащихся обоих полов. Отклонения этого показателя в ту и другую сторону могут свидетельствовать о нарушении пищевого режима, баланса белков, жиров и углеводов в рационе.

Отсутствие навыка рационального питания в семье также отражаются на выявленных отклонениях биохимических показателей крови: повышение уровня общего холестерина у 11% и уровня глюкозы у 16% учащихся. Это является фактором риска сахарного диабета и другой эндокринной патологии, раннего атеросклероза с последующей патологией сердечно-сосудистой системы.

Повышение АД обнаружено у 14% обследованных учащихся, наиболее часто у юношей (в 24%). Этот факт подтверждает статистические данные о более ранних проявлениях сердечно-сосудистой патологии у мужчин.

Наличие перечисленных факторов риска усугубляется высокой распространенностью курения как среди юношей, так и среди девушек в целом у 60% учащихся.

Полученные результаты о высокой распространенности факторов риска ХНИЗ среди студентов колледжей свидетельствуют о недостаточной информированности молодежи о здоровом образе жизни, о необходимости профилактики заболеваний начиная с юношеского возраста. В связи с этим необходимо усилить профилактическую работу среди учащейся молодежи в колледжах г. Самара.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛАТУЗУМАБА ВЕДОТИНА В ЛЕЧЕНИИ ДИФFUЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ

Крестина К.О., Ермакова Ю.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Диффузная В-крупноклеточная лимфома (ДВКЛ) – наиболее распространенный тип агрессивных лимфопролиферативных заболеваний взрослых, который по данным российских эпидемиологических исследований составляет 30-40% от всех неходжкинских лимфом, а частота новых случаев составляет в среднем 4-5 на 100 000 населения. В целом, ежегодно в Российской Федерации выявляются тысячи новых пациентов, причем медиана возраста больных примерно 63 года; мужчины и женщины болеют практически с равной частотой. Крайне неблагоприятный прогноз при развитии рецидива ДВКЛ объясняет важность выбора оптимальной терапии первой линии, поскольку именно она определяет шансы на длительную ремиссию и выживание. Исторически стандартной схемой первой линии для ДВКЛ был R-СНОР, однако прогресс последних лет связан с внедрением новых таргетных препаратов, в частности, комбинации Pola-R-СНР, одобренной в различных странах, в том числе в Российской Федерации. Долгосрочный анализ третьей фазы исследования POLARIX показал положительную тенденцию в общей выживаемости у пациентов с ДВКЛ, получавших лечение препаратом полатузумаб ведотин в комбинации с R-СНР в первой линии. Пациенты, которые получали полатузумаб ведотин в сочетании с R-СНР, нуждались в меньшем количестве последующих линий терапии, что потенциально снижает нагрузку как на пациентов, так и на систему здравоохранения.

**Цель исследования.** Обзор клинического случая лечения диффузной В-клеточной лимфомы с применением схемы Pola-R-СНР.

**Материалы и методы.** Проведен анализ медицинской документации больного (медицинская карта и история болезни). Пациент Л., 22 года, обратился в ГБУЗ СОКОД с жалобами на боли в области поясничного и грудного отделов позвоночника, ощущение кома в горле, повышение температуры до 38°C, одышку при умеренных физических нагрузках, снижение веса на 13 кг за последние 6 месяцев. Из анамнеза известно, что жалобы на боли в области поясничного и грудного отделов позвоночника, ограничение движений в позвоночнике появились остро в январе 2025 г. Обратился в поликлинику по месту жительства, был заподозрен полисегментарный остеохондроз, проводилось лечение, без улучшений. Пациент был направлен на дообследование в СОКОД. По данным УЗИ лимфатических узлов выявлено увеличение шейных, надключичных лимфатических узлов, конгломерат лимфатических узлов в верхнем средостении. Выполнена биопсия лимфатического узла шеи, гистологическое и иммуногистохимическое заключение: морфологическая картина наиболее соответствует диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфоме, CD20+ (>90%). По данным компьютерной томографии от марта 2025 г. выявлено поражение шейных, надключичных л/у, верхнего средостения, забрюшинных, подвздошных лимфатических узлов, двусторонний плевральный выпот, выпот в полости перикарда. По данным ПЭТ КТ от марта 2025 выявлена картина лимфопролиферативного заболевания с поражением лимфатических узлов выше и ниже уровня диафрагмы (двусторонней шейной, надключичной, аксиллярной, внутригрудной, забрюшинной лимфаденопатии) с повышенной метаболической активностью, наличие объемного конгломератного опухолевого образования переднего средостения, солидных образований по плевральным листкам с обеих сторон, левостороннего плеврального выпота, диффузно повышенной метаболической активности костного мозга (вероятнее, лимфопролиферативного генеза), множественных очагов активности лимфопролиферативного генеза костного скелета без четкого субстрата на КТ-сканах. Был установлен диагноз: С83.3 В-клеточная крупноклеточная лимфома CD 20-90% с поражением шейных, надключичных

лимфоузлов, верхнего средостения, забрюшинных, подвздошных лимфоузлов, костей скелета, костного мозга, 4В ст., 2 кл гр. Осложнения: Двусторонний плевральный выпот. Выпот в полости перикарда. Был проведен врачебный консилиум, учитывая распространенность заболевания, МПИ=2, было принято решение о проведении химиотерапии по схеме Pola+R-СНР (Ритуксимаб 375 мг/м<sup>2</sup> в/в кап., день 1, Полатузумаб ведотин 1,8 мг/кг в/в кап., день 1, Циклофосфамид 750 мг/м<sup>2</sup> в/в кап., день 1, Доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup> в/в кап., день 1, Преднизолон 100 мг внутрь, дни 1-5). Суммарно было проведено 4 цикла химиотерапии по схеме Pola+R-СНР и 2 цикла ПХТ по схеме R-СНР. После 3 циклов химиотерапии пациент отмечал выраженное улучшение общего состояния – нормализацию температуры тела, повышение аппетита, отсутствие болевого синдрома, одышки. Выполнен контроль КТ от мая 2025г. – По критериям Recist 1.1 – частичный ответ. Была продолжена химиотерапия в прежнем режиме. По окончании 6 циклов химиотерапии был выполнен контроль ПЭТ КТ от августа 2025: при сравнении с 03.2025 продолжение болезни – сохраняются (в динамике уменьшение количества) метаболически активные лимфоузлы с повышенной фиксацией в нижней трети шеи с обеих сторон и средостении; полный морфометаболический ответ в лимфоузлах аксиллярной области с обеих сторон и забрюшинного пространства, плевре с обеих сторон, костных структурах; регресс плеврита и жидкости в полости перикарда. Deauville 5 баллов. Учитывая сохранение метаболически активных лимфатических узлов, Deauville 5 баллов, выполнена повторная биопсия лимфатического узла шеи, планируется проведение иммуногистохимического исследования.

**Выводы.** Внедрение Pola-R-СНР в практику для пациентов с ДВКЛ способствует оптимизации лечебных стратегий и прямо влияет на контроль онкологической заболеваемости, что особенно важно для совершенствования стандартов помощи и улучшения выживаемости этой сложной категории больных.

## ПОПУЛЯРНЫЕ ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Крестьянская А.Е., Полетаева Д.Д., Окунева И.В., Золотарева Т.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Профилактической работе уделено особое внимание в рамках реализации национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» и федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». Принципы здорового образа жизни, внимательное отношение к собственному здоровью и регулярное прохождение профилактических обследований – это основная составляющая в борьбе против онкологических заболеваний.

Первичная профилактика является особенно эффективным способом борьбы с онкологическими заболеваниями, уровень знаний факторов риска позволяет утверждать, что возможно предотвратить от одной трети до половины всех случаев онкозаболеваний.

С 2003 года в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере функционирует отделение медицинской профилактики. Работа ведется в трех направлениях – первичная, вторичная и третичная профилактика.

Приоритетным видом работы является именно первичная профилактика, которая включает проведение информационно-профилактических акций среди населения Самарской области с целью повышения осведомленности о факторах риска развития злокачественных новообразований, лекций для разных возрастных групп об основах здорового образа жизни как профилактике онкологических заболеваний, работы со средствами массовой информации с целью пропаганды среди населения здорового образа жизни, а так же разрабатываются брошюры, буклеты по профилактике онкозаболеваний, которые распространяются на профилактических мероприятиях.

При подготовке информационно-профилактических акций, специалисты отделения медицинской профилактики сотрудничают с представителями администрации и муниципальных предприятий г. Самары и Самарской области, которые предоставляют площадку для проведения мероприятия. Это Самарская набережная, парки Самары где ежегодно в летний период проводятся акции, а так же администрации районов Самарской области которые приглашают специалистов ГБУЗ СОКОД на городские мероприятия. Во время проведения акций организуется «палатка здоровья» где все участвующие получают информационный материал по профилактике онкозаболеваний и проходят скрининговое обследование у специалистов Самарского областного клинического онкологического диспансера и специалистов других медицинских учреждений, которые привлекаются к мероприятиям. Это врачи-дерматологи Самарского кожно-венерологического диспансера, врачи-оториноларингологи кафедры ЛОР болезней СамГМУ, врачи-стоматологи областной стоматологической больницы, специалисты Центров здоровья городских поликлиник г. Самары, а так же студенты-волонтеры-медики СамГМУ и медицинского колледжа им. Н. Ляпиной.

Профилактическая работа проводится с разными группами населения. Это молодое поколение (учащиеся школ, средне-специальных учреждений и студенты высших учебных заведений), граждане трудоспособного возраста (сотрудники предприятий и учреждений Самарской области) и пожилые граждане, для которых организуются мероприятия в центрах социального обслуживания населения районов Самарской области.

В рамках выездных мероприятий сотрудники предприятий и учреждений города Самары и Самарской области имеют возможность, фактически находясь на рабочем месте, прослушать лекции по профилактике и ранней диагностике онкологических заболеваний, факторах риска и мерах предупреждения развития хронических неинфекционных заболеваний и получить консультацию врача-онколога консультативного отделения диспансера.

Для каждой категории граждан, для разных возрастных групп разрабатывается доступный лекционный материал и информационно-методическая литература по профилактике онкозаболеваний. Так же сотрудники отделения медицинской профилактики участвуют в работе со средствами массовой информации с целью пропаганды среди населения здорового образа жизни, мер профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний. Выходят информационные сюжеты на телевидении, публикуются статьи в периодической печати (газеты, журналы, информационные порталы). В социальных сетях диспансера размещаются посты и прямые эфиры с участием специалистов отделения медицинской профилактики.

**Вывод.** Изучение результатов деятельности отделения медицинской профилактики позволяет сделать однозначный вывод о постоянном развитии и расширении масштабов профилактической работы. За период с 2015 по 2024 год наблюдается существенный рост как количества проводимых мероприятий, так и числа вовлеченных граждан.

Если десять лет назад было реализовано 158 профилактических инициатив, собравших 8576 участников, то сегодня эта цифра значительно выросла. В 2024 году проведено 211 профилактических мероприятий, а общее число охваченных жителей превысило отметку в 12 тысяч человек.

Такая тенденция свидетельствует об эффективности реализуемых программ и растущем интересе населения к профилактическим мероприятиям.

Деятельность Самарского областного клинического онкологического диспансера по первичной профилактике представляет собой многокомпонентную систему мер. Её главная цель — минимизировать воздействие факторов риска, сформировать у населения ответственное отношение к профилактическим осмотрам и обеспечить раннюю диагностику онкологических заболеваний.

Успешная реализация профилактических программ возможна только при тесном взаимодействии различных специалистов: медицинских работников, педагогов, представителей органов власти и СМИ. Каждый член общества также играет важную роль в этом процессе. Именно такой консолидированный подход позволит существенно снизить показатели заболеваемости онкологическими заболеваниями, а также улучшить качество и продолжительность жизни населения.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМ СИНХРОННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА И ПИЩЕВОДА

Круглова И.И., Кузнецова Р.Н., Юданова О.К., Моряттов А.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Рак желудка – гетерогенная группа злокачественных эпителиальных опухолей, исходящих из клеток слизистой оболочки желудка. Рак пищевода – злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки пищевода. Первично-множественный синхронный рак – две и более злокачественных опухоли, независимые друг от друга, выявленные с интервалом не более 6 месяцев. Доля таких новообразований от общего числа первично-множественных опухолей занимает около 33%. Среди первично-множественных синхронных опухолей желудочно-кишечного тракта на сочетание опухоли желудка и пищевода приходится около 18%.

**Цель работы:** демонстрация возможностей применения комплексного лечения пациента с первично-множественным синхронным раком желудка и пищевода в соответствии с клиническими рекомендациями по раку желудка от 2023 года и раку пищевода и кардии от 2024 года на примере клинического случая пациентки ГБУЗ СОКОД

**Материалы и методы:** обследование и лечение пациента проводилось с использованием эндоскопической видеосистемы Olympus EVIS EXERA-III, монитора высокого разрешения HDTV, видеогастроскопа Olympus GIF-N180, электрохирургического блока ERBE, аппарата медицинского лазерного «Латус-1», светодиода диффузионного типа и необходимого набора инструментов.

**Результаты исследования:** Пациент А. впервые обратился в ГБУЗ СОКОД в сентябре 2023 года с жалобами на затруднение при глотании. При ЭГДС в ГБУЗ СОКОД с использованием осмотра в узком спектре света на 34 см от резцов на 15 часах было выявлено эпителиальное образование на широком неподвижном основании, диаметром 12 мм, в области пищеводно-желудочного перехода до границы субкардиального отдела и верхней трети тела на задней стенке определялась вторая неизъязвленная, диффузно инфильтративная ограниченная опухоль диаметром около 27 мм. При осмотре в режиме NBI отмечался нерегулярный сосудистый рисунок. Визуальная картина соответствовала первично-множественному синхронному раку желудка и пищевода. Гистологическое заключение показало плоскоклеточный рак в образовании нижнегрудного сегмента пищевода и аденокарциному - в образовании желудка. При УЗИ и КТ грудной клетки и брюшной полости – поражения регионарных лимфоузлов и отдаленного метастазирования не выявлено.

Учитывая результаты обследований, был поставлен диагноз: ПМCR. C15.5 Рак нижнегрудного сегмента пищевода cT1N0M0, C16.0 Рак кардиального и субкардиального отдела желудка cT2N0M0 2 стадия, 2 клиническая группа. Согласно решению врачебной комиссии, учитывая сопутствующую патологию: ПИМ 2018, 2020 гг. ОНМК от 2022 года, пациенту назначена фотодинамическая терапия. Было проведено 2 сеанса на обе опухоли в октябре и декабре 2023 года, после чего на контрольной ЭГДС в феврале 2024 года выявлена положительная динамика: на 34 см от резцов определяется округлая плоская инфильтративная опухоль диаметром около 10 мм, слизистая оболочка в данной зоне контактно кровоточила. В кардиальном и субкардиальном отделе желудка на задней стенке определялась полиповидная карцинома размером около 25 мм, верхушка покрыта фибрином, при настоящем осмотре на короткой широкой ножке по типу дубликатуры слизистой, подвижной относительно подслизистого слоя при инструментальной пальпации. При КТ грудной клетки и брюшной полости, а также эндосонографии – выявлена положительная динамика – уменьшение размеров опухоли, отсутствие инвазии в подслизистый слой, без нарушения дифференцировки

слоев. После чего принято решение об удалении опухоли желудка методом эндоскопической резекции слизистой оболочки с опухолью единым блоком и проведение аргоноплазменной абляции опухоли пищевода с одновременным сеансом фотодинамической терапии. В начале марта 2024 года выполнено запланированное лечение. Продолжительность операции 50 минут. Область резекции слизистой в виде пострезекционной зоны овальной формы, размерами около 30 мм, без признаков кровотечения и перфорации. Гистологическое исследование удаленного макропрепарата: Аденокарцинома. Low grade, смешанный тип по Lauren. Вростание в собственную мышечную пластинку слизистой оболочки, без инвазии в подслизистый слой. Линия резекции без опухолевого роста, без достоверных признаков ангиолимфатической и периневральной инвазии.

В 2024 и 2025 годах пациенту выполнено 4 сеанса ФДТ. В последствие при контрольном осмотре на 34 см от резцов сохранялась округлая инфильтративная опухоль диаметром около 8 мм, слизистая оболочка в данной зоне контактно кровоточит. Стабилизация процесса. В кардиальном и субкардиальном отделе желудка на задней стенке определялся белесоватый рубец с незначительной деформацией слизистой оболочки по краям, которая при инструментальной пальпации слизистая оболочка подвижна относительно подслизистого слоя. Была выполнена контрольная биопсия из зоны резекции, по результатам которой прогрессии заболевания в желудке не выявлено.

Пациент остается под наблюдением в ГБУЗ СОКОД.

**Выводы.** Применение комплексного лечения у пациента с первично-множественным синхронным раком желудка и пищевода (эндоскопическая резекция слизистой оболочки с опухолью, фотодинамическая терапия) позволяет достигать радикального удаления опухоли с высокой вероятностью дальнейшего безрецидивного течения заболевания, стабильного замедления прогрессии заболевания с сохранением достойного качества жизни пациента.

## ОТ «УЗИСТА» К ВРАЧУ-ДИАГНОСТУ. ОСОБЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ И ГРАНИЦЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Лужнова Т.П., Аблекова О.Н., Каганов О.И.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Регулярно ряды врачей ультразвуковой диагностики (УЗД) пополняются новыми сертифицированными специалистами. Распространённость кабинетов, клиник, центров, предоставляющих услугу «ультразвуковое исследование» (УЗИ) конкурирует может только со стоматологическим креслом. Безопасность, безболезненность, доступность, широкий спектр обследований и скорость выполнения процедуры делают УЗИ одной из самых назначаемых методик и обеспечивает востребованность врачей УЗД.

**Цель.** Проанализировать основные типы ошибок в рутинной ультразвуковой диагностике с позиции врача, выполняющего экспертное ультразвуковое исследование в онкологическом диагностическом отделении.

**Материал и методы.** В отделение ультразвуковой диагностики онкологического диспансера приходят пациенты по назначению онколога, который определяет объём обследования. В ряде случаев показанием для направления пациента в онкоцентр является выявление патологии при УЗИ по месту жительства с целью проведения экспертного обследования. Вторую, более распространённую группу, составляют пациенты, которые уже получают специализированное лечение, в том числе послеоперационные. Исследования включают большой спектр услуг: УЗИ поверхностных структур (мягкие ткани, щитовидная железа, молочная железа, периферические лимфатические узлы, слюнные железы), УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, УЗИ органов малого таза у женщин и мужчин, в том числе предстательной железы. Исследования выполняются на аппаратуре экспертного класса, с использованием всего арсенала датчиков и методик (В-режим, режим цветового доплеровского картирования, эластографии).

**Обсуждение результатов.** Прежде всего дадим определения понятиям «медицинская ошибка», «диагностическая ошибка». Медицинская ошибка – понятие собирательное, оно подразумевает неправильное мышление или действие специалиста. Варианты медицинских ошибок: заблуждение – несоответствие знаний сущности болезни, упущение – не проведенное профессиональное мероприятие, которое определило развитие патологического процесса или установление ошибочного диагноза и небрежность – некачественно выполненная работа. Диагностическая ошибка – неверная интерпретация ультразвукового исследования, приведшая к неправильной оценке состояния органа или системы пациента.

Также ошибки могут иметь субъективный характер и объективный. К субъективным факторам относятся: недостаточная квалификация врача, усталость, отсутствие опыта, что влечёт за собой неправильную интерпретацию результатов. К объективным факторам относятся: особенности ультразвукового метода, в частности, технические проблемы (неисправность оборудования, помехи, аппарат низкого класса, с недостаточной разрешающей способностью), физиологические факторы пациента (избыток газов в кишечнике, наличие асцита), а также ограничения самого метода (трудности визуализации мелких структур, искажения из-за свойств тканей и угла сканирования).

В научных публикациях встречается статистика диагностических ошибок в работе врача, по некоторым данным она достигает 21%. Здесь подразумевается врач-клиницист, который опирается на имеющиеся исследования, в том числе и ультразвуковое. С практической точки зрения есть следующие виды ошибок, с которыми приходится сталкиваться при экспертном УЗИ.

1. Неверное ультразвуковое заключение. В эту группу относятся заключения с неверной интерпретацией увиденных изменений, а также заключения, не содержащие логического

умозаключения врача УЗД, рекомендаций, которое помогло бы клиницисту далее верно маршрутизировать пациента. Например, в ультразвуковом заключении написано «образование в молочной железе». Врач, который направил пациентку на УЗИ не понимает, что с ней делать дальше. Несмотря на то, что в ультразвуковую практику внедрены категории стратификации онкологического риска (например, BI-RADS – Breast Imaging-Reporting and Data System и другие) иногда встречаются такие «пустые» заключения. Как следствие, затягивается постановка диагноза, растёт недовольство пациента и недоверие к врачу. При экспертном УЗИ определяется риск злокачественности образования и последующая маршрутизация. Нужно отметить, что к счастью, не всегда эти образования являются злокачественными, но из-за такой ошибки врачей УЗД на местах, вырастает нагрузка на диагностическое онкологическое отделение. Вероятно, одним из факторов, является недостаточный опыт врача ультразвукового кабинета.

2. Гиподиагностика, пропущенный рак. Отсутствие онконастороженности и насмотренности – ведущий фактор. Это касается практически всех органов и систем, которые подвергаются ультразвуковому исследованию, но чаще всего встречается при опухолях молочных желёз, кишечника и яичников. Это обусловлено статистикой онкозаболеваний именно этой нозологии.

3. Неполное обследование, отсутствие клинического мышления. При анализе научных работ по теме ультразвуковой диагностики не встречалось публикаций, где был бы обозначен (рекомендован) разный объём обследования врачом УЗД в поликлинике и врачом УЗД в онкологическом центре. Услуга «ультразвуковое исследование» того или иного органа или системы включает определённый набор манипуляций; они отражены в стандартном протоколе, который принципиально не отличается от места выполнения УЗИ. Как и клиницисты, врачи УЗД руководствуются клиническими рекомендациями. Важно отметить, что в случае онкопатологии, важным является знание путей метастазирования и осмотр зон интереса при рутинном УЗИ. Необходимо обозначить динамику в сравнении с предыдущими обследованиями, что безусловно, поможет клиницисту и сэкономит время пациента в том случае, если протокол УЗИ будет не полным и онколог назначит экспертное ультразвуковое дообследование. Объективных причин для неполного выполнения исследования нет, на наш взгляд, на первый план выходят субъективные – усталость и отсутствие опыта врача.

4. Отсутствие гибкости мышления и избегание ответственности. Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 8 июня 2020 г. N 557н «Об утверждении Правил проведения ультразвуковых исследований», «в случае выявления патологии при проведении ультразвукового исследования врач УЗД расширяет границы анатомической области, подлежащей обследованию», если это необходимо для объективной оценки выявленных изменений и формулировки заключения. Умение врача брать ответственность и принимать решения здесь и сейчас, при наличии возможности собрать ультразвуковой консилиум - позволяют повысить ценность ультразвукового заключения.

Именно соблюдение описанных выше пунктов повышает статус от «узиста» до врача диагноста, который не просто технически проводит измерения органов и анатомических структур, а вникает в историю болезни, собирает свой дополнительный анамнез в процессе обследования, то есть наполняет ультразвуковой протокол смыслом, и делает заключение понятным и ценным для клинициста.

#### **Выводы:**

1. Отсутствие опыта и квалификации врача УЗД может привести к ошибочному или неполному ультразвуковому заключению.

2. Онконастороженность и профессиональная насмотренность снижает вероятность гиподиагностики.

3. Развитие и тренировка клинического мышления при рутинном ультразвуковом исследовании позволяет провести общую границу ответственности с врачом-клиницистом.

## **КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК. ИНСТРУМЕНТАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОНКОМАРКЕРЫ В РАБОТЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ: ВРАЧ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ, ВРАЧ-ЭНДОСКОПИСТ, ВРАЧ-РЕНТГЕНОЛОГ**

**Лужнова Т.П., Кузнецова Р.Н., Аблекова О.Н., Каганов О.И.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Одна из лидирующих позиций в статистике онкозаболеваемости, длительный бессимптомный рост, поздняя манифестация с развитием осложнений, в том числе метастазированием – все эти факторы формируют актуальность и внимание диагностических служб к ранней диагностике колоректального рака.

**Цель:** продемонстрировать значение диагностических онкомаркеров, с позиции врачей инструментальной диагностики, которые сталкиваются с онкопатологией толстой кишки в своей рутинной практике.

**Материал и методы.** Для демонстрации приведены специфические симптомы, которые составляют основу онконастороженности врача ультразвуковой диагностики (УЗД), врача-эндоскописта и врача-рентгенолога, выполняющего магнитно-резонансную томографию (МРТ), при обследовании органов брюшной полости, малого таза или видеокколоноскопии (ВКС), соответственно.

**Результаты.** Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, в том числе с зоной интереса в толстой кишке, проводится трансабдоминально и трансвагинально (или трансректально). Чаще всего показанием для трансабдоминального ультразвукового исследования являются боли в животе или, в случае обследования в онкологической клинике, комплексное УЗИ с целью исключения или выявления метастазов при выявленной онкопатологии вне кишечника. Пациент приходит на УЗИ натощак и, как правило, этой подготовки недостаточно для объективной оценки состояния стенок слепой, ободочной и сигмовидной кишки. Что безусловно снижает чувствительность метода. Важным ультразвуковым симптомом патологии кишечника является симптом поражения полого органа, который проявляется в виде неравномерного утолщения стенки, как циркулярного, так и локального. Онконастороженность врач проявляет при отсутствии на этом участке нормальной дифференцировки слоёв кишечной стенки. Для наиболее детального изучения зоны интереса используется не только традиционный конвексный датчик, но и линейный, который позволяет рассмотреть стенку кишки и оценить её слоистость. Данные ВКС помогают врачу УЗД с топографической визуализацией. Ограничением метода в этом случае служит избыточная подкожно-жировая клетчатка и, как уже отмечалось, содержимое в кишке и метеоризм. Описанные выше факторы, являются препятствием (ограничением) для диагностики онкопатологии толстой кишки методом УЗИ. Меньше ограничивающих факторов при трансвагинальном исследовании прямой кишки и ректосигмоидного отдела. Именно из этого доступа чаще всего случайно обнаруживаются полипы кишки. Минимальный размер полипа, который был диагностирован при трансвагинальном УЗИ – 9-10 мм. При оценке полипов, имеющих ножку или основание, важно оценить место прикрепления его к стенке кишки. Важным онкомаркером будет отсутствие дифференцировки слоёв кишки у основания полипа или деформация наружного контура кишки. В такой ситуации речь идёт уже не о ранней диагностике, а об оценке глубины инвазии.

При ВКС оценивается локализация (наиболее часто поражается ободочная кишка, на втором месте прямая), размер опухоли, распространённость, оценка рельефа (зоны депрессии), сосудистый рисунок и структура поверхности в режиме NBI, подвижность относительно подслизистого слоя. В режиме NBI по классификации NICE показателем малигнизации является появление на фоне второго типа, характерного для аденоматозных полипов,

участков третьего типа – цвет полипа тёмно-коричневый по сравнению с окружающей его слизистой, иногда с пятнами белёсого цвета, сосудистый рисунок разрушен, обрывками, может отсутствовать, поверхностные ямки стёртые, могут отсутствовать, по классификации JNET тип 2B – нерегулярный сосудистый рисунок, появление нерегулярного поверхностного рисунка. Ограничение подвижности образования относительно подслизистого слоя - симптом, который вызывает настороженность врача при обследовании. Биопсия выполняется из наиболее измененных участков, а повышение кровоточивости и фрагментация – указывают на признаки малигнизации.

Наша практика доказывает, что МРТ эффективно определяет стадию опухоли толстой и прямой кишки, позволяет оценить распространённость процесса. Типичные онкомаркеры – это утолщение стенки с сужением просвета кишки, гиподенсные включения в опухоли (признак некроза или кровоизлияния); газовые включения, которые могут указывать на изъязвление; формирование мягкотканых тяжей в прилежащей клетчатке – расценивается, как признак распространения опухоли за пределы кишечной стенки, увеличение регионарных лимфатических узлов >1см признак метастатического поражения. Наша практика доказывает, что магнитно-резонансная томография может эффективно дополнить определение стадии опухолей толстой и прямой кишки, кроме того отображаются и все структуры, прилежащие к кишке, что позволяет оценить распространённость процесса. Колоректальный рак чаще всего метастазирует в печень, легкие, надпочечники – именно эти органы являются мишенями, зонами интереса для исследования при верифицированном колоректальном раке. Наличие свободного газа в брюшной полости - признак перфорации стенки кишки, поражённой опухолью. МРТ единственный метод, который позволяет определять местное распространение по отношению к мезоректальной фасции, взаимосвязь с окружающими анатомическими структурами и органами малого таза. МРТ прямой кишки позволяет осуществлять местное стадирование опухолей прямой кишки и помогает онкологу индивидуально подходить к выбору предстоящего лечения.

#### **Выводы.**

1. Эндоскопическое исследование является стандартом в диагностике раннего рака толстой кишки, имеет специфические визуальные онкомаркеры, а онконастороженность врача-эндоскописта при первичном осмотре, выполнение биопсии, позволяют верифицировать опухоль и своевременно назначить лечение.

2. Ультразвуковое исследование – неспецифичный метод для диагностики раннего рака, но учитывая распространённость и доступность исследования, а также широкий спектр показаний для исследования органов брюшной полости и малого таза, является важным методом первичной визуализации бессимптомной патологии полых органов, особенно при трансвагинальном доступе.

3. Магнитно-резонансная томография является современным диагностическим методом для оценки местной распространённости опухоли, в том числе раннего рака, а также незаменимым методом выбора при исследовании путей метастазирования.

## **НЕФРОПРОТЕКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА ЦИСПЛАТИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

**Лукьянова И.В., Парфенова Н.Ю., Попова О.О., Попова С.И., Навасардян А.С.**

ФГБОУ «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д.Середавина»

**Актуальность.** Рак шейки матки – злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки шейки матки (эктоцервикса или эндоцервикса). На протяжении длительного времени злокачественные новообразования шейки матки стабильно занимают высокое 5-е ранговое место (4,9%) в структуре онкологической заболеваемости женщин.

Выбор метода лечения рака шейки матки определяется индивидуально и зависит от распространенности опухолевого процесса и тяжести сопутствующей соматической патологии. Одним из вариантов лечения рака шейки матки является химиолучевая терапия: дистанционная лучевая терапия в суммарной дозе 45-50 Гр, одновременно с химиотерапией – еженедельно  $\geq 5$  циклов цисплатина 40 мг/м<sup>2</sup> с последующей брахитерапией. Нефротоксичность, индуцированная цисплатином (CIN), является одним из наиболее частых и серьёзных дозоограничивающих нежелательных явлений на фоне химиотерапии, развиваясь у 25–35 % пациентов. Основными патогенетическими механизмами CIN считаются прямая токсичность на канальцевый эпителий, вазоконстрикция почечных сосудов и активация провоспалительных сигнальных каскадов. Причём низкая концентрация (8 мкМ) цисплатина вызывает апоптоз эпителия почечных канальцев, тогда как высокая концентрация (800 мкМ) цисплатина вызывает некроз. При низких концентрациях цисплатин запускает апоптоз через внутренние (митохондриальные) и внешние (через факторы TNF- $\alpha$ , FAS) пути. Нефротоксичность, ассоциированную с цисплатином (CIN), в литературе определяется как стойкое повышение уровня креатинина в сыворотке крови при одновременном снижении концентраций магния и калия в отсутствие приёма других нефротоксичных препаратов.

Традиционная гидратация изотоническим раствором NaCl не стандартизирована по объёму, продолжительности и составу, что требует разработки оптимальных рекомендаций.

**Цель исследования.** На основе анализа клинических исследований из баз PubMed и eLibrary оценить влияние объёма и длительности инфузий, болюсного введения маннитола и добавления магния на риск развития цисплатин-индуцированного острого повреждения почек и предложить обоснованные рекомендации по гидратационным схемам.

**Материалы и методы.** Для обзора были отобраны рандомизированные контролируемые исследования, опубликованные на английском языке.

Результаты исследования. Короткие гидратационные схемы длительностью до 5 часов с объёмом 1,9-4,3 литра показали снижение риска CIN на 28 % по сравнению с инфузиями продолжительностью  $\geq 24$  часов и объёмом до 7,8 л (RR 0,72; 95 % CI 0,59-0,89; p=0,002). Болюсное введение маннитола в суточной дозе до 20 г уменьшало вероятность острого повреждения почек на 35 % (RR 0,65; 95 % CI 0,48-0,88; p<0,01), а дополнительная инфузия магния в средней дозе 1 г/сутки – на 40 % (RR 0,60; 95 % CI 0,45-0,80; p<0,001); сочетание маннитола с фуросемидом не показало статистически значимых преимуществ. Протокол Sainamthip P. et al. (2022) подтвердил безопасность и эффективность введения 2 л изотонического NaCl до и после цисплатина со скоростью 80 мл/ч, болюс 20 % маннитола 100 мл за 30 мин и инфузию 1 л раствора KCl–MgSO<sub>4</sub> (OR 0,50; 95 % CI 0,28-0,90; p=0,02). Мониторинг сывороточного креатинина, расчетной СКФ и электролитов (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, мочевиная кислота) признан обязательным элементом нефропротекции.

**Выводы:** Обоснованная нефропротективная терапия при цисплатине включает короткую в/в гидратацию до 5 часов объемом менее 4,5 л, болюс маннитола до 20 г в сутки в зависимости от диуреза и инфузию магния 1 г/сутки. Пероральная регидратация может использоваться как альтернатива или дополнение к внутривенной инфузии. Другие адъювантные средства (ацетазоламид, мелатонин, витамин Е, фитопрепараты) требуют подтверждения в крупных рандомизированных исследованиях.

## **АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ПОСЛЕ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОБЭКТОМИИ С СИСТЕМНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО: СТРАТИФИКАЦИЯ ПО СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОМУ ТИПУ**

**Ляс Н.В., Попова Т.Ф., Тюлюсов А.М.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Рак легкого сохраняет за собой статус ведущей причины смертности от онкологических заболеваний в глобальном масштабе. Ежегодная мировая заболеваемость достигает приблизительно 2,4 миллиона новых случаев, что соответствует 12,4% в структуре всех злокачественных новообразований. Пик диагностики патологии приходится на возрастную группу 60-70 лет, при этом около 44% пациентов впервые выявляются на IV стадии заболевания. В гистологической структуре доминирует немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ), на который приходится 80-85% случаев, с преобладанием аденокарциномы (40-50%) и плоскоклеточного рака (20-30%). На долю мелкоклеточного рака легкого (МРЛ) приходится 10-15%.

В Российской Федерации ежегодно регистрируется свыше 60 000 новых случаев рака легкого, при этом уровень смертности превышает 50 000 человек в год, составляя более 17% от общей онкологической смертности. Анатомическая лобэктомия с системной лимфодиссекцией средостения является «золотым стандартом» радикального хирургического лечения локализованных форм рака лёгкого. Согласно данным мировой литературы, 30-дневная послеоперационная летальность после лобэктомии в специализированных центрах составляет около 4%, а частота послеоперационных осложнений (таких как стойкий воздушный свищ, несостоятельность культи бронха, пневмония) варьирует в пределах 17-26%.

**Цель исследования:** Проанализировать непосредственные результаты и оценить частоту послеоперационных осложнений и летальности после анатомической лобэктомии с системной лимфодиссекцией средостения, выполненной в торакальном отделении ГБУЗ СОКОД, со стратификацией по стадии заболевания и гистологическому типу опухоли.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ 601 случая анатомической лобэктомии с системной лимфодиссекцией средостения, выполненных в торакальном онкологическом отделении ГБУЗ СОКОД в период с 2022 по 2024 год. В исследование включены данные комплексного предоперационного обследования пациентов, включавшего сбор анамнеза, физикальный осмотр, общеклинические (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови) и инструментальные методы диагностики (рентгенография и компьютерная томография органов грудной клетки, бронхоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости).

Средний возраст прооперированных пациентов (n=601) составил 64 года (диапазон: 22-85 лет). Было выполнено 335 верхних, 29 средних и 236 нижних лобэктомий. Распределение пациентов по стадиям заболевания согласно классификации TNM 8-го издания было следующим: I стадия – 313 пациентов (52,1%), II стадия – 136 пациентов (22,6%), III стадия – 152 пациента (25,3%). В гистологической структуре преобладала аденокарцинома (434 случая, 72,2%), далее следовали плоскоклеточный рак (116 случаев, 19,3%) и нейроэндокринные опухоли (47 случаев, 7,8%), среди которых 4 случая составил мелкоклеточный рак.

**Результаты.** Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 64 пациентов, что составило 10,6% от общего числа операций. Наиболее частыми осложнениями были пневмония в оперированном легком (14 случаев), внутриплевральное кровотечение (8 случаев), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА, 8 случаев), пневмоторакс на фоне разрыва буллы (8 случаев) и эмпиема плевры (7 случаев). Реже наблюдались несостоятельность культи бронха (6 случаев), сердечно-легочная недостаточность на фоне инфаркта миокарда (6 случаев), нагноение послеоперационной раны (5 случаев) и сепсис (2 случая).

Общий показатель 30-дневной послеоперационной летальности составил 3,6% (22 пациента). Наибольший вклад в структуру летальности внесли внутриплевральные кровотечения (5 случаев), пневмония (5 случаев), ТЭЛА (4 случая), сердечно-легочная недостаточность (4 случая), несостоятельность культи бронха (3 случая). Общее число летальных исходов – 22 пациента; у 3 пациентов было зарегистрировано более одного осложнения, приведшего к летальному исходу.

**Выводы:**

1. Проведенный анализ демонстрирует удовлетворительные непосредственные результаты хирургического лечения в торакальном отделении ГБУЗ СОКОД, о чем свидетельствует общая частота послеоперационных осложнений на уровне 10,6%, что соответствует нижней границе среднемировых показателей.

2. Показатель 30-дневной послеоперационной летальности (3,6%), находящийся на верхней границе мировых значений, указывает на необходимость дальнейшей оптимизации периоперационного ведения, в частности, у пациентов высокого риска.

3. Ключевыми прогностическими факторами неблагоприятного исхода, выявленными при стратификации анализа, явились возраст старше 70 лет, наличие тяжелой сопутствующей кардиопульмональной патологии и выполнение оперативного вмешательства на III стадии заболевания.

4. Полученные результаты, подтверждая приемлемое качество хирургической помощи, определяют целевые направления для дальнейшего совершенствования, включая разработку алгоритмов предоперационного отбора и послеоперационного мониторинга для групп высокого риска.

**Макаева А.А., Леонтьевский И.А.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»  
ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г. Самара

**Актуальность.** Шванномы – это редкие медленно растущие доброкачественные опухоли, развивающиеся из шванновских клеток периферической нервной системы, за исключением первого и второго черепных нервов. Образования обычно инкапсулированные, располагаются эксцентрично относительно нерва. Точные причины развития шванном не установлены. Провоцирующим факторами могут стать загрязнения внешней среды, токсические вещества, радиационное воздействие, изменения гормонального фона наследственная предрасположенность, травмы и заболеваая мышечно-суставного аппарата. Любой нерв, имеющий миелиновую оболочку, состоящую из шванновских клеток, может быть потенциальным местом развития данной опухоли. Впервые подобное образование описано Verocay в 1910 году. Большинство из них встречается у людей среднего возраста, с одинаковым распределением по полу и расе. Такие опухоли могут быть обнаружены по всему телу, и опухоли в области головы и шеи составляют от 25% до 45% случаев. Согласно обзору литературы, внутричерепные Шванномы являются относительно распространенными опухолями, составляющими 8% всех первичных внутричерепных новообразований. Чаще всего они локализируются в мостомозжечковом углу, исходят из вестибулярного компонента VIII черепно-мозгового нерва. Шванномы, возникающие в полости носа и околоносовых пазухах, составляли около 4% всех случаев заболевания головы и шеи.

**Цель исследования:** на примере клинического наблюдения изложить возможности диагностики и лечения редкой локализации шванномы.

**Материалы и методы.** Представляем редкий случай диагностики и лечения шванномы полости носа. Мужчина 40 лет обратился в лор-отделение ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г. Самара с жалобами на затруднение носового дыхания слева, ринорею в течение последних 15 лет, кровотечений не отмечал. Длительное время использует сосудосуживающие капли. Среди родственников пациента случаев нейрофиброматоза не отмечалось. ЛОР-осмотр с риноскопией: мягкие ткани в области переносицы не изменены, спинка носа по средней линии, перегородка носа грубо искривлена влево в виде гребня (V тип по В.С. Пискунову), последний интимно прилегает к средненосовой раковине в средней трети. Слизистая розовая, нормальной влажности, видимые носовые ходы свободны. Пациент консультирован в амбулаторно-поликлиническом отделении ГБУЗ. По данным КТ ОНП на мультипланарных мелкосрезовых сканах в левой половине полости носа выявлено округлое образование до 20мм в диаметре, солидной структуры (нативная плотность 36-38 ед.НУ, в артериальную фазу контрастирования повышает плотность диффузно неравномерно до 70-75НУ), контуры четкие, ровные. Образование тесно прилежит к соустику, нижней и средней носовым раковинам, минимально пролабирует в просвет левой верхнечелюстной пазухи на уровне медиальной стенки, без признаков костной деструкции. С куполом носоглотки образование не связано. Клинический диагноз: Искривление перегородки носа. Образование полости носа слева. Лекарственно-индуцированный ринит. Под эндотрахеальным наркозом проведена эндоскопическая септопластика, редукция нижненосовых раковин с латеропексией. Интраоперационно визуализирует плотное новообразование округлой формы, на широком основании, покрыто интактной слизистой оболочкой в проекции крыловиднонебного канала. При удалении костная стенка хрупкая, истончена, содержимое мягкотканное. Опухоль удалена тотально, пофрагментарно. Послеоперационный период протекал без осложнений. Признаков послеоперационной ликвореи и носовых кровотечений не было. Пациент на 2-е сутки в удовлетворительном состоянии выписан под амбулаторное наблюдение.

Гистологическое исследование операционного материала: фрагмент слизистой оболочки полости носа, фрагменты ткани с умеренной клеточностью, клетки с овоидными и округлыми ядрами без атипии, нельзя исключить менингиому. Иммуногистохимическое исследование показало положительную ядерно-цитоплазматическую экспрессию протеина S-100 во всех опухолевых клетках, отрицательную экспрессию GFAP, EMA, CD 34, Ki 67, Beta-Catenin, что по гистологической картине и по иммунофенотипу соответствует Шванноме. На серии контрольных компьютерных томограмм, выполненных через 2 мес после проведенного лечения, данных за остаточную ткань и рецидив не выявлено. Патологического содержимого в околоносовых пазухах, полости носа не отмечено.

**Выводы.** В мировой литературе описаны немногочисленные случаи назальной шванномы, локализованные преимущественно в области перегородки носа, в околоносовых пазухах (в большинстве случаев по латеральной стенке), единичные – в крыловидном (Видиевом) канале. Для первичной диагностики шванном проводят ЛОР-осмотр с риноскопией. С целью уточнения характера изменений и распространенности процесса применяют мультиспиральную компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию с последующим внутривенным контрастированием. При выявлении интраназальных шванном показано радикальное хирургическое удаление. Лучевая терапия применяется в случае наличия противопоказаний к операции. Рецидивы после операции встречаются редко.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ КЛАУСТРОФОБИИ

Макаева А.А., Фролова М.С., Болтовский А.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Магнитно-резонансная томография в настоящее время широко распространена в различных областях медицины. Одним из факторов, затрудняющих проведение исследования, является клаустрофобия – психическая особенность, при которой пациенты испытывают страх при нахождении в ограниченном по площади пространстве. Боязнь замкнутого пространства не относят к абсолютным противопоказаниям к проведению магнитно-резонансной томографии. По данным западных исследований клаустрофобией страдают от 3 до 7% населения, чаще регистрируется у женщин. Данная психическая особенность зачастую формируется у человека в детском возрасте. В роли провоцирующих факторов могут выступать стрессовые ситуации, которые видоизменяют психическое отношение к нахождению в ограниченном помещении. Попадая в ограниченное пространство томографа, такие пациенты сталкиваются с неконтролируемым страхом, который сочетается с неприятными вегетативными симптомами – чувство нехватки воздуха, одышка, учащенное сердцебиение, повышенное потоотделение, мышечные сокращения, гиперемия кожи лица и шеи. Использование радиочастотных катушек при сканировании головного мозга, органов малого таза, брюшной полости, коленных и плечевых суставов, молочных желез обеспечивает статичность, при этом усугубляет эмоциональное состояние пациента. Патологический страх замкнутого пространства доставляет пациенту массу неудобств, в некоторых случаях это состояние может привести к возникновению панической атаки, для купирования которой требуется применение психотропных средств. Для пациентов с клаустрофобией важно подобрать оптимальный вариант прохождения магнитно-резонансной диагностики с учетом степени выраженности психического расстройства и необходимую длительность обследования (1 зона сканирования или комплексная диагностика). Информативность МР-исследования оправдывает возможный дискомфорт во время процедуры.

**Цель исследования.** Разработать принципы подхода к пациентам с боязнью замкнутого пространства при проведении магнитно-резонансной томографии, оптимизировать время сканирования.

**Материалы и методы.** Визуально проанализированы поведенческие реакции у 177 первичных пациентов ГБУЗ СОКОД, направленных на МРТ головного мозга и спинного мозга, молочных желез, плечевых суставов, малого таза и брюшной полости. Возраст исследуемых пациентов от 19 до 78 лет. Исследование проводилось на аппаратах закрытого типа фирмы GE и Siemens с напряженностью магнитного поля 1.5 Тесла. При сканировании стол с пациентом смещается внутрь апертуры, ширина которой составляет 80 и 90мм соответственно. Длительность сканирования составляла от 15 до 45 минут. Подавляющее большинство пациентов исследуемой группы (162) не проявляли визуальных признаков боязни замкнутого пространства; у 5 человек беспокойное поведение наблюдалось ближе к концу исследования, но не влияло на качество визуализации и время процедуры; у 6 человек зафиксировано беспокойство различной степени в начале исследования, в результате протокол сканирования сокращался; 1 исследование проведено с применением седации под наблюдением врача анестезиолога-реаниматолога; 3 человека от проведения магнитно-резонансной томографии отказались до начала сканирования, оформив письменный протокол. Существует ряд способов снижения вероятности/степени выраженности панических состояний при прохождении магнитно-резонансной диагностики. Со всеми пациентами проводится беседа о наличии противопоказаний к процедуре, анализируются их ответы и кратко объясняется порядок проведения сканирования. Все виды томографов оснащены двусторонней связью и

кнопкой экстренного прерывания процедуры. При внезапном ухудшении самочувствия или паническом приступе, обследуемый может сообщить об этом рентгенолаборанту. Пациенту помогут преодолеть состояние тревожности или исследование будет прекращено.

При оформлении пациент должен предупредить о возможных приступах панических атак в замкнутом пространстве. Перед сканированием рентгенолаборант кратко рассказывает о принципе работы установки и том, как проходит процедура. Также во время обследования сотрудник комментирует происходящее, постоянно находясь на связи с пациентом, ориентирует по времени. Рекомендуется также индивидуально настраивать вентиляцию и освещение в кабинете и томографе. Пациентам, которые проявляют тревожность до начала сканирования, предлагают прием седативных препаратов, при этом выбор лекарственного средства осуществляет лечащий врач, исходя из диагноза, клинической картины, сопутствующих заболеваний и данных анамнеза. Часть седативных препаратов влияют на работу сердца, артериальное давление, состояние сосудов и нервной системы, поэтому могут искажать достоверность результатов. Это важно учитывать при выполнении МРТ позвоночника, головного мозга, ангиографии сосудов мозга или нижних конечностей. Для уменьшения дискомфорта, если позволяет исследуемая область, возможен вариант положения пациента «лежа на животе», при котором увеличивается угол обзора, минимизируется риск возникновения панической атаки. Нахождение в диагностическом кабинете сопровождающего также благотворно влияет на исследование. Непринужденная беседа помогает отвлечься, не заикливаться на своем страхе. В случае выраженной клаустрофобии, нестабильности психоэмоционального фона, тревожности, невозможности применения альтернативных методов диагностики, проводят премедикацию и сканирование под наркозом в условиях стационара. Процедура проводится с участием анестезиолога-реаниматолога. Врач подбирает оптимальный препарат и рассчитывает его дозу. Введение лекарственного средства в организм может осуществляться разными способами:

- ингаляционным – через маску, которая подносится ко рту и носу;
- инъекционным – доставка препарата в венозное русло;
- комбинированным – сочетание масочного наркоза и внутривенной инъекции седативного препарата.

После погружения пациента в медикаментозный сон временно блокируется работа анализаторов, снижается чувствительность к внешним раздражителям, что исключает чувство тревоги, вызванное замкнутым пространством. Это позволяет провести магнитно-резонансную томографию в комфортных для пациента условиях. Метод подходит для применения у взрослых и детей. После проведенной процедуры в течение суток рекомендуется воздержаться от управления транспортным средством и выполнения действий, требующих повышенной концентрации.

**Выводы.** Пациенты с боязнью замкнутого пространства требуют индивидуального комплексного подхода со стороны медицинского персонала, направленного на преодоление чувства страха и тревоги и оптимизации времени сканирования. Соблюдение определенного алгоритма действий может свести к минимуму неприятные психосоматические ощущения, связанные с проведением магнитно-резонансного исследования.

## **ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЗАКРЫТИЮ ОБШИРНЫХ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ В ОНКОХИРУРГИИ ГОЛОВЫ, ШЕИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕРМАЛЬНО-ЭПИДЕРМАЛЬНОГО БИОЭКВИВАЛЕНТА**

**Махонин А.А., Каганов О.И., Сидоренко А.О., Сагдеев Р.Р., Гаджиев М.Г.,  
Чуйкова А.Ю., Копылов А.В.**

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

**Актуальность.** Дермо-эпидермальные биоэквиваленты нашли широкое применение для имплантации на обширные пострезекционные дефекты кожи и мягких тканей в онкохирургии головы, шеи у пациентов с критическим общим состоянием здоровья и у пациентов где закрытие пострезекционного дефекта невозможно без применения сложных микрохирургических технологий.

**Целью** нашей работы было провести ретроспективную оценку своего опыта использования дермально – эпидермального биоэквивалента и определить наиболее подходящие клинические показания для его использования.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 45 пациентов со злокачественными опухолями кожи, которые проходили лечение в ГБУЗ СОКОД онкологическом отделении опухоли головы, шеи в период с ноября 2022 по август 2025 года. Этим пациентам после хирургического иссечения опухолей кожи на реконструктивно-пластическом этапе операции был имплантирован на образовавшуюся рану дермально-эпидермальный биоэквивалент Nevelia®(Невелия): в зону Н – 18 пациентам, в зону М – 21 пациентам, в зону L – 6 пациентам с целью временного закрытия пострезекционного дефекта и формирования неодермы.

Через 21-45 день выполнялась стабильная пластика с помощью расщепленного кожного ауто трансплантата, на данные участки накладывался расщепленный кожный ауто трансплантат. Ультратонкий 0,1мм (2 пациентам), тонкий 0,2мм (32 пациентам), средней толщины 0,3мм (7 пациентам), толстый 0,5мм (4 пациентам). Пациенты находились под наблюдением от 2 до 34 месяцев (в среднем 18,5 месяцев). У 44 пациентов авторами получено 100% приживление дермально-эпидермального биоэквивалента. Имело место 3 осложнения, 1 осложнение не связанное с использованием дермально-эпидермального биоэквивалента – делирий в раннем послеоперационном периоде у возрастного пациента 92-х лет. Лизис структурированного дермо-эпидермального биоэквивалента Nevelia® (площадь  $\leq 10\%$ ), некроз аутодермального ультратонкого расщепленного кожного трансплантата (площадь  $\leq 10\%$ ).

**Результаты.** Дермо-эпидермальный биоэквивалент Nevelia®(Невелия) оказался удобным и универсальным реконструктивным материалом, обеспечивающим эффективное решение клинических проблем, выражающееся в значительном упрощении и ускорении реконструктивно-пластического этапа, последующего после выполнения резекционного этапа операции, а также уменьшении развития отдаленных послеоперационных рубцовых деформаций как в зоне операции, так и в донорских зонах.

**Выводы.** Дермо-эпидермальный биоэквивалент Nevelia®(Невелия) может использоваться для закрытия послеоперационного дефекта сопровождающегося глубокой потерей мягких тканей и для закрытия обнаженной кости без надкостницы.

## АДЕНОКИСТОЗНАЯ КАРЦИНОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОБЗОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Муфтахутдинова А.Р., Зузолина М.П., Югина О.В., Вышинская В.А., Чичканова К.Ю.,  
Атанов А.В., Кузнецов А.Г., Баканова Ю.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Аденокистозные карциномы молочной железы являются крайне редкими опухолями, на их долю приходится <0,1% впервые диагностированных случаев рака молочной железы. Это трижды негативный рак молочной железы с благоприятным прогнозом по сравнению с другими карциномами с аналогичным рецепторным статусом. Отличительных морфологических макроскопических особенностей у аденокистозных карцином нет. Данная опухоль может выглядеть как гладкое округлое образование, похожее на доброкачественное, или как образование неправильной формы на маммограмме. При ультразвуковом исследовании опухоль часто проявляется как гипоэхогенное гетерогенное образование с нечёткими границами.

**Цель исследования.** Поскольку это крайне редкая первичная злокачественная опухоль молочной железы, уникальный набор идентифицируемых характеристик физического обследования или визуализации не был разработан. В связи с редкостью заболевания нет единого мнения относительно диагностики, оптимальной стратегии лечения этой патологии, включая применение химиотерапии и лучевой терапии. Цель данной работы является обзор клинического случая и анализ оптимальной стратегии диагностики и лечения пациента.

**Материалы и методы.** Пациентка, 1972 г.р., обратилась в поликлиническое отделение ГБУЗ СОКОД с жалобами на образование молочной железы, которое появилось по ее словам в течении нескольких месяцев. По данным инструментальных методов исследования (УЗИ молочных желез) было выявлено: в левой молочной железе на границе нижних квадрантов, 5 см от соска, на глубине 9 мм от кожи гипоэхогенное образование с волнистым четким контуром размерами 21,3\*15\*17,6 мм, единичными локусами кровотока по периферии, по эхографической картине больше данных за фибroadеному, BIRADS-3. Далее была проведена трепанбиопсия образования, в которой было невозможно дифференцировать степень злокачественности опухоли, ввиду чего была дана рекомендация исследования на полностью удаленном образовании. В операционном материале опухоль была представлена участками солидно-криброзного строения из слабых полиморфных клеток, ввиду чего было проведено иммуногистохимическое исследование с целью дифференциальной диагностики, которое показало отсутствие экспрессии гормональных маркеров, но позитивную экспрессию p63(+), Cytokeratin 5/6(+), CD117(+), вследствие чего было сформировано заключение, что иммунофенотип и гистологическое строение соответствуют аденокистозной карциноме. Подмышечные и подключичные лимфатические узлы не исследовались.

**Результаты исследования.** Метастазы в подмышечные лимфатические узлы встречаются крайне редко, но у некоторых пациентов развиваются местные рецидивы или метастазы в лёгкие, в том числе (с задержкой по времени) после первоначальной диагностики/лечения. Тем не менее, прогноз для всей группы опухолей остаётся довольно благоприятным. Взаимосвязь между морфологической стадией злокачественности и прогнозом остаётся спорной, некоторые авторы предполагают, что опухоли высокой степени злокачественности/анапластического вида могут иметь более агрессивное клиническое течение. Хотя аденокистозная карцинома является медленно растущей опухолью, она может демонстрировать лимфогенное распространение; поэтому биопсия сторожевого лимфатического узла является целесообразным методом лечения. У пациента трижды негативный статус, поэтому адъювантная терапия с использованием химиотерапии может обсуждаться индивидуально с учетом сопутствующих заболеваний, размера опухоли и подтипа аденокистозной карциномы. В то время как данный тип карциномы

головы и шеи обычно лечат хирургическим иссечением и дополнительными рекомендациями относительно адъювантной лучевой терапии, текущие методы лечения аденокистозной карциномы молочной железы крайне ограничены. Все предыдущие сообщения о случаях, касающихся рассматриваемой опухоли указывают на отсутствие экспрессии гормональных маркеров, поэтому гормональная терапия не требуется. Однако роль системной химиотерапии становится сомнительной, и, учитывая трижды негативный статус, демонстрирует отличный прогноз при органосохраняющей операции молочной железы и лучевой терапии. Роль послеоперационной лучевой терапии также неясна после широкого удаления данной карциномы молочной железы. Согласно последним рекомендациям, врачи могут отказаться от послеоперационной лучевой терапии после органосохраняющей операции, при данном типе рака молочной железы, если пациентка старше 70 лет. На данный момент целесообразность применения послеоперационной лучевой терапии при аденокистозной карциноме молочной железы необходимо определять в каждом конкретном случае.

**Выводы.** В связи с редкостью этого вида рака молочной железы данные об оптимальном лечении и ведении пациентов ограничены. Хотя трижды негативный рак молочной железы, как правило, представляет собой высоко злокачественную опухоль, в некоторых случаях требующую системной терапии, аденокистозная карцинома, по всей видимости, имеет положительный прогноз, при этом системная терапия не оказывает существенного влияния на выживаемость. Поэтому для разработки оптимального алгоритма лечения необходимы дальнейшие исследования и более глубокое понимание механизма развития заболевания.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АКРАЛЬНОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ И МЕЛАНОМЫ КОЖИ ОСТАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Неретин Е. Ю., Ульянов К.Ю., Байчорова М.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Введение.** Меланома кожи (МК) это злокачественное новообразование кожи, которое происходит при злокачественном перерождении меланоцитов (Ahmed B, 2020; Long GV., 2023) довольно редкое заболевание, с высокими показателями смертности (Anestopoulos I, 2022). Термин «акральная меланома» многие авторы понимают по-разному: одни авторы считают, что это меланома кожи с локализацией на коже ладоней и подошв, пальцев и ногтевого ложа (Basurto-Lozada P, 2020), однако другие авторы включают в этот термин тыльные поверхности кожи кисти и стоп (Kuchelmeister C., 2000; Seiji M., 1983; Чиссов В.И., 2013; Imyanitov E.N., 2011).

Существует анатомическое определение АМ, которое обозначает меланому, локализирующуюся на участках конечностей, не покрытых волосным покровом (Всемирная организация здравоохранения) (Bernardes SS, 2021).

Акральная меланома (АМ) довольно редкий подтип меланомы, составляя в структуре всех выявленных меланом кожи всего лишь около 3%; нечасто встречается у лиц европеоидного типа, обладает только ей свойственными гистологическими и биологическими особенностями, отличается по многим факторам от других локализаций меланом кожи, возникает преимущественно на ладонях, подошвах и ногтевых ложах (Basurto-Lozada P, 2020; Bernardes SS, 2021; Jung S, 2022; Wang M, 2023, Zhang J, 2024). Ранняя диагностика АМ кожи несмотря на имеющиеся на сегодняшний момент знания о клинической и дерматоскопической картины по-прежнему остается сложной задачей ее трудно диагностировать, поскольку пигментация поражений иногда следует за кожными пятнами на ладонях и подошвах, что приводит к асимметричному внешнему виду и неравномерным границам как АЛМ, так и доброкачественных меланоцитарных невусов. (Darmawan CC, Jo G, 2019; Nakamura Y, 2018).

**Цель исследования.** Изучение особенностей акральной меланомы кожи в крупном промышленном регионе

**Материал и методы исследования.** Была изучена первичная учетная документация: амбулаторные карты пациентов (Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н (ред. от 09.01.2018), прошедших обследование и лечение в ГБУЗ СОКОД; извещение о впервые выявленном злокачественном новообразовании (форма № 090/у); протокол запущенности (форма № 027-2/у), годовые отчеты Самарского областного клинического онкологического диспансера – данные статистических отчетов (форма № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями за данный год» и форма № 35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями за данный год», утвержденные Постановлением Госкомстата России от 29.06.99 № 49).

**Результаты исследования.** Акральная меланома кожи в Самарской области составляет небольшую долю из всех выявленных случаев меланомы кожи. При анализе заболевших мужчин/женщин при акральной МК составила 1:2,53 а при МК пропорция заболевших мужчин/женщин 1: 1,64, что является особенностью АМ.

С целью оценки тренда заболевших АМ общее их количество было разделено на 2 интервала 2000-2010 годы и 2011-2021 годы. несмотря на то, что ежегодно регистрировались лишь единичные случаи заболевших, за период с 2000 по 2010 годы их общее количество составило 65 человек, а за 2011-2021 годы еще более увеличилось и стало 153; доля акральной меланомы кожи (среди всех заболевших МК) при этом менялась от 3,01% до 4,98%.

Пациентов с меланомой кожи всех локализаций суммарно за исследуемые периоды с 2000 по 2010 годы и 2011-2021 годы было зарегистрировано 2096 и 2922 человек соответственно. Однако прирост абсолютного количества пациентов в процентах у пациентов с акральная меланомой кожи и меланомой кожи других локализаций отличался. изменение показателя абсолютного количества пациентов с акральная меланомой кожи составил 135,38% и значительно превышает аналогичный показатель с МК других локализаций (39,41%). «грубый» показатель заболеваемости АМ в Самарской области находится на низком уровне, меняется в интервале от 0,06 на 100 тыс. населения до 0,3 на 100 тыс. населения Самарской области. С другой стороны, показатель МК всех остальных локализаций находится в интервале 5,17 до 8,36 на 100 тыс. населения.

Анализируя полученные данные, отмечаем различные показатели соотношения женского и мужского пола. Так соотношение умерших от АМ и МК не соответствует количеству заболевших. Так умершие от АМ мужчины/женщины распределились в пропорции 1:1,81, однако для МК это соотношение составило примерно поровну 1:1,14. На основании представленных данных можно сделать вывод, что у женского пола АМ протекает более злокачественно, чем у мужского, в отличие от МК всех остальных локализаций, что является особенностью АМ.

#### **Выводы:**

Отмечается рост показателя абсолютного количества заболевших, который достоверен ( $R^2 = 0,6256$ ), носит волнообразный характер ( $R^2 = 0,7423$ ), отмечаются периоды роста абсолютного количества заболевших и периоды уменьшения;

Грубый показатель заболеваемости АМ и МК других локализаций значительно отличались: АМ менялся в интервале от 0,06 до 0,3 на 100 тыс. населения Самарской области; этот-же показатель для МК всех локализаций был значительно выше - от 5,17 до 8,36 на 100 тыс. населения (с 2000-2010 годы и 2011 по 2021 годы).

Наряду с редкой встречаемостью (с 2000 по 2010 годы выявлено всего 65 пациентов); АМ имеет малый удельный вес в структуре всех пациентов МК (от 3,01% до 4,98%), но в тоже время она обладает высокими темпами прироста: так за период с 2000-2010 годы и 2011-2021 годы темп прироста АМ составил 135,38%;

Грубый показатель смертности от АМ увеличивается по уравнению линейного тренда вида  $y = 0,025x + 0,0204$   $R^2 = 0,5501$ .

Количество заболевших мужчин/женщин при акральная МК составила 1:2,53, а при МК пропорция заболевших мужчин/женщин 1: 1,64

## **КОНТАМИНАЦИЯ В ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ**

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

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Качественное приготовление цитологических микропрепаратов является основополагающим фактором в цитологической диагностике. Контаминация цитологических образцов при процедуре тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) может существенно повлиять на точность диагностики. Такая контаминация может привести к неправильной интерпретации, ложноположительным или ложноотрицательным результатам, что ведет к неблагоприятным последствиям. Понимание потенциальных источников и типов загрязнения имеет решающее значение для повышения качества образцов и надежности диагностики.

**Цель исследования.** Изучить возможные причины контаминации образца в процессе взятия и нанесения его на предметное стекло.

**Результаты и обсуждения.** Тонкоигольная аспирационная биопсия – распространенная процедура, выполняемая врачами по всему миру. При процедуре ТАБ используются тончайшие иглы для получения образцов ткани из обнаруженного у пациента поражения, которые используются для диагностики злокачественного или доброкачественного поражения. ТАБ может проводиться на многих анатомических участках, но обычно выполняется на лимфатических узлах, щитовидной железе, молочной железе, мягких тканей, печени или поджелудочной железе. После получения образца, материал наносят на предметное стекло с использованием различных методик. Одной из причин ложноположительного заключения может быть попадание опухолевых клеток из одного образца в другой в момент нанесения и распределения материала на предметное стекло. Подобное становится возможным при несоблюдении правил преаналитического этапа: чрезмерное усилие при выдавливании материала из шприца приводит к его «разбрызгиванию». Капли материала могут наслоиться на ранее приготовленные микропрепараты или же на подготовленные заранее чистые предметные стёкла.

Клинический случай 1. Пациентка А., 1987 г.р. обратилась к онкологу в ГБУЗ СОКОД с жалобами на образование в молочной железе. По итогу осмотра была направлена на ультразвуковое исследование молочных желез. По данным УЗИ: на границе наружных квадрантов гипоехогенное образование с четким ровным контуром размерами 15x7 мм. BI-RADS 3. Учитывая данные УЗИ, для морфологической верификации показано проведение ТАБ образования молочной железы. Цитологическое заключение: единичные фрагменты жировой ткани, немногочисленные комплексы плоскоклеточной карциномы, нанесённые в виде брызг (вероятно, их присутствие обусловлено попаданием из другого образца). При повторной ТАБ образования молочной железы было сформировано цитологическое заключение: пласты клеток протокового эпителия с пролиферацией, макрофаги, элементы крови. С2.

Второй причиной контаминации при получении образца может являться случайное попадание клеток из окружающих тканей. Т.е., в микропрепарат, предназначенный для исследования, попадают посторонние клетки, не относящиеся к исследуемому образцу.

Клинический случай 2. Пациент Б., 1966 г.р. обратился к онкологу в ГБУЗ СОКОД с жалобами на боль в животе в течение 3 месяцев и постоянную изжогу. По данным КТ с места жительства: КТ-картина объемного образования головки поджелудочной железы (опухоль). Было назначено проведение КТ исследования в ГБУЗ СОКОД. КТ-картина опухоли головки поджелудочной железы. Метастазы в лимфоузлы ворот печени. Билиарная гипертензия, подпечёчный блок. Была показана пункционная биопсия образования головки поджелудочной железы под УЗ-контролем (оказалась технически не выполнима из-за отсутствия безопасного акустического окна). Учитывая данные в СОКОД, для цитологической верификации

Самарский областной клинический онкологический диспансер «Новые технологии в онкологии», 2025 год  
показано проведение пункционно-аспирационной биопсии образования перигепатического лимфатического узла слева. Цитологическое заключение: лимфоидные элементы различной степени зрелости. Гепатоциты без атипии.

**Вывод.** Соблюдение правил преаналитического этапа уменьшает количество ложноположительных заключений. Примеси случайно попавших в образец клеток, можно дифференцировать морфологически и избежать ложноположительного заключения.

## ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

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

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Метастазы в почках в клинической практике встречаются редко, даже несмотря на то, что по результатам аутопсии обнаруживаются гораздо более частые случаи диссеминированных опухолей. Такие опухоли обычно создают трудности дифференциальной диагностики, в случае солитарного почечного образования, когда необходимо подтвердить\исключить первичное новообразование почки.

**Цель исследования.** Проанализировать возможности цитологической диагностики вторичных поражений почек с целью определения дальнейшей тактики ведения пациентов.

**Результаты и обсуждения.** Вторичные опухоли почки довольно редки в клинической практике, хотя почечный кровоток составляет около 20% сердечного выброса. На долю метастатических карцином приходится до 21% всех опухолей почек. Чаще всего в почки метастазируют рак легких, молочной железы, кожи, противоположной почки, органов желудочно-кишечного тракта, печени, яичников и яичек. В основе механизма опухолевого метастазирования лежат последовательные процессы инвазии, адгезии, миграции и пролиферации злокачественных клеток, происходящих из первичной злокачественной опухоли. Циркулирующие злокачественные клетки имеют тенденцию к «посеву» в выбранных органах. Точный механизм метастазирования различных опухолей в почку точно не известен. Некоторые механизмы могут включать многоступенчатое метастазирование, когда опухолевые клетки распространяются в почку после инвазии в другой орган. Этот процесс известен как «метастазирование из метастаза». Иногда отделившиеся опухолевые клетки могут миновать один орган и попасть непосредственно в другой. Гипотеза «семян и почвы» предложила схему предпочтения органов, согласно которой некоторые метастазы являются результатом благоприятного взаимодействия между метастатическими опухолевыми клетками («семенами») и их органным микроокружением («почвой»).

Клинический случай 1. Пациент А., 1949 г.р. был направлен на дообследование в ГБУЗ СОКД в сентябре.2024 г. с жалобами на затруднённое прохождение пищи. Было назначено прохождение эзофагогастродуоденоскопии и КТ – исследования. Заключение ЭФГДС: кардиоэзофагеальный рак. По результатам КТ: кардиоэзофагеальный рак. Пациент был госпитализирован в торакальное отделение для проведения проксимальной резекции желудка с субтотальной резекцией пищевода. Гистологическое заключение: аденокарцинома желудка high-grade. Заключение КТ от 06.2025: Опухоль правой почки, дифференцировать с метастазом. Была показана ТАБ образования почки для цитологической верификации. Цитологическое заключение: метастаз аденокарциномы.

Клинический случай 2. Пациентка Б., 1945 г.р. обратилась к онкологу В ГБУЗ СОКОД в феврале.2025 с жалобами на слабость, боли в области ануса, запоры, похудание на 10 кг, стул с примесями крови и слизи в течение 6 месяцев. По месту жительства была проведена колоноскопия с биопсией. Были назначены УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства и пересмотр гистологических препаратов. Гистологическое заключение: фрагменты слизистой толстой кишки с очагами аденокарциномы с перстневидными клетками. Заключение УЗИ: образование печени – дифференцировать гемангиому и метастаз. Лимфаденопатия парааортальных, надключичных слева лимфатических узлов и лимфоузла в воротах печени – дифференцировать метастаз с лимфопролиферативным заболеванием. Опухоль левой почки. Учитывая данные УЗИ, для цитологической верификации показано проведение пунктирно-аспирационной биопсии образования почки. Под УЗ-контролем выполнена ТАБ: средне-нижний сегмент левой почки по наружному контуру паренхимы – объёмное образование,

Самарский областной клинический онкологический диспансер «Новые технологии в онкологии», 2025 год

овальной формы размерами 57,4 x 37,6 мм, с ровными, нечетким контурами, неоднородной, солидной структуры смешанной экзогенности. Цитологическое заключение: среди элементов крови и фрагментов слизеподобного вещества встречаются скопления мелких клеток округлой формы с эксцентрично расположенными ядрами и единичными клетками, сходными с перстневидными. Цитограмма карциномы метастатического генеза.

**Вывод.** Цитологическое исследование является наиболее специфичным методом для дифференциальной диагностики первичных и метастатических поражений почки, и играет важную роль в выборе оптимальной тактики лечения пациента.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЙ

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

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Работа по контролю качества и оценке качества должна проводиться постоянно для мониторинга и поддержания эффективности двух этих процессов, для распознавания проблем по мере их возникновения, определения корректирующих действий и улучшения качества.

**Цель исследования.** Проанализировать и сравнить характеристики контроля качества и оценки качества.

**Результаты и обсуждения.** Слово “качество” (quality) происходит от лат. qualitas и означает что-то определенного вида. Совокупность свойств, которая обеспечивает продукту использование по предназначению, определяет его качество. Работа по контролю качества (КК) является результатом планирования и применима ко всему, что влияет на конечный продукт. Так, например, процесс приготовления цитологических препаратов должен обеспечивать пригодность взятых образцов для диагностики и позволять наглядно демонстрировать интересующие нас клетки. Техника сбора образцов влияет на процесс приготовления препаратов, от которого соответственно будет зависеть их качество, ход просмотра и диагностическая интерпретация морфологических особенностей клеток. Лабораторная система качества должна включать также и оценку качества (ОК), которая обеспечивает постоянное улучшение эффективности и уровня функционирования лаборатории путем непрерывного наблюдения за ее работой, отслеживания, оценки и решения возникающих проблем. Оценка качества определяет насколько успешными оказались полученные результаты (т.е., их диагностическую значимость). Случаи неудовлетворительных результатов должны быть по возможности исследованы для выяснения причины их возникновения. Во избежание повторения ошибок изучаются противоречивые данные на всех стадиях исследования, влияющих на конечный результат (например, подтвердился ли диагноз рака у пациента, а если нет, то почему?). С практической точки зрения показатели ОК являются вероятностными (т.е. сопряжены с определенной долей неточности в отношении достоверности результатов), поскольку нельзя проверить все результаты. Практика 10%-ного случайного пересмотра микропрепаратов одновременно является перспективной для итоговой отчетности и ретроспективной в отношении оценки работы цитолога. Носит вероятностный характер. Это соответствует ОК.

**Вывод.** Контроль качества без связанной с ним оценки качества – это полумера. Контроль качества нацелен на будущее. Его показатели определяют степень его соответствия поставленной задаче. Оценка качества обращена в прошлое и ретроспективно определяет результат. При применении системы КК/ОК увеличивается чувствительность цитологического метода.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: МЕТАХРОННЫЙ МЕТАСТАЗ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В СТЕНКУ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Окулевич Н.Б., Фролов С.А., Блинов Н.В., Мешков А.В., Тулупов М.С.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** По данным литературы, частота метастазов колоректального рака в стенку анального канала составляет менее 1%. Отмечается гетерогенность патогенеза, биологии, прогноза. Превалируют ретроспективные данные. Отсутствует стандарт/консенсус по лечению.

**Описание.** Пациент мужчина, 58 лет. Диспансерное наблюдение с диагнозом: С20 Рак прямой кишки pT3N1aM0G2L1V1Pn1R0, ПИВ стадия, после лапароскопически-ассистированной передней резекции прямой кишки, адьювантной химиотерапии (FOLFOX 12 циклов). При очередном обследовании в июне 2024 г. выявлен единичный метастаз в паховый лимфоузел слева (цитологически - аденокарцинома). ФКС - данных за рецидив не выявлено, колоректальный анастомоз на 12 см - без особенностей. КТ-ОГК, ОБП, ЗБП- Данных за mts не выявлено. МРТ-ОМТ- единичная лимфаденопатия паховой области слева, susp mts; на 7 мм от ануса участок постконтрастного усиления в анальном канале слева 23\*17мм. (t-r?/геморроидальный узел?). ПРИ- в стенке анального канала по левой полуокружности (в проекции внутреннего геморроидального узла) уплотненный, болезненный участок округлой формы до 2 см. ПЭТ/КТ- гиперметаболическое образование левой полуокружности анального канала (23x15 мм), неопластического характера/ущемленный геморроидальный узел, гиперметаболический паховый лимфоузел слева, mts. 23.07.2025-Паховая лимфодиссекция слева, гистологически- метастаз аденокарциномы кишечного типа, соответствует гистологии первичной опухоли; пункция образования анального канала, цитологически – комплексы аденокарциномы, группы клеток кишечного эпителия с признаками гиперплазии-верифицирован рецидив рака прямой кишки в виде метастаза в паховый лимфоузел слева, метастаза в стенку анального канала. МГИ метастаза в паховый лимфоузел: MSS/pMMR, KRAS WT, NRAS WT, BRAF-V600E WT, Her-2/Neu 0. 08.2024-09.2024- Дистанционная радиотерапия (СОД 58Гр с радиомодификацией Капецитабином 81000 мг). С 09.2024 по 01.2025- ПХТ (XELOX 4 цикла). Контроль 11.2024: МРТ-ОМТ- ранее описываемый метастаз в стенке анального канала – нечетко визуализируется в виде зоны слабого повышения уровня сигнала на постконтрастных сканах, 14\*10мм (RECIST v.1.1 – частичный ответ); ФКС – без данных за рецидив; КТ – без данных за отдаленные метастазы. Контроль 01.2025 – МРТ – ОМТ – тот же очаг, те же характеристики, 12\*11мм. От предложенной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки пациент отказался, продолжается ХТ в поддерживающем режиме (моно-Капецитабин). При серии комплексных динамических обследований- без данных за прогрессию.

**Обсуждение.** Возможные механизмы рецидива в анальном канале: 1. Имплантационный (интралюминальный), в зону предшествующей хронической анальной фистулы. 2. Имплантационный, в ятрогенно поврежденную слизистую анального канала (во время степлинга); 3. Лимфоваскулярная инвазия (с ретроградным интрамуральным метастазированием). 4. Смешанный механизм. Учитывая анатомическую разобщенность первичной опухоли и метастаза в анальном канале, гистологическую однотипность в двух локализациях, отсутствие в анамнезе анальной фистулы, данный случай был рассмотрен, как метакхронный метастаз аденокарциномы прямой кишки в стенку анального канала (вероятно, имплантационно в поврежденную аноректальную слизистую) и паховый лимфоузел слева. Имеются данные об относительно благоприятном течении при первых двух механизмах, с превалированием локального паттерна роста. Нельзя исключить возможность первичной аденокарциномы анальной железы с метастазированием в паховый лимфоузел слева, однако, нет возможности напрямую сопоставить гистологическую структуру м ИГХ-профиль метастаза в

анальном канале с таковыми первичной опухоли, исходя из чего наше суждение основывается на данных по метастазу в лимфоузле. Локальная эксцизия не рассматривалась ввиду исходных размеров метастаза, его топки и высокого риска последующей анальной инконтиненции. Информированный отказ от БПЭ прямой кишки основан на предпочтении пациента сохранить имеющееся качество жизни. Выбранная тактика комбинированного лечения (лимфодиссекция, ЛТ, ХТ) с достижением частичного ответа и длительной стабилизации процесса согласуется с отдельными сообщениями в литературе, где также отмечена эффективность лучевой терапии и органосохраняющих подходов. По техническим причинам таргетная терапия не проводилась. Дальнейшее наблюдение за динамикой заболевания представляет интерес в плане оценки паттерна биологии конкретной опухоли. В ближайшее время планируется очередной диагностический контроль.

**Заключение.** Представлен редкий клинический случай метакронного метастаза аденокарциномы прямой кишки в стенку анального канала. Комбинированное лечение (лимфодиссекция, ЛТ, ХТ) позволило добиться частичного регресса и стабилизации опухолевого процесса при сохранении качества жизни пациента.

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ С 2014 ПО 2023 ГОДЫ

Окунева И.В., Золотарева Т.Г.

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

**Актуальность:** Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенным заболеванием в области онкологии. Чаще всего РМЖ диагностируется у женщин, живущих в развитых странах Европы и Северной Америки. В России средний возраст женщин с раком груди составляет 61,5 года, и около 30% заболевших находятся в трудоспособном возрасте (40-49 лет). Более 50% случаев РМЖ встречается у женщин, не имеющих специфических факторов риска, за исключением пола и возраста. Мужчины составляют примерно 0,5-1% всех случаев рака молочной железы. В 2023 году в России было зарегистрировано свыше 674 тысяч новых случаев злокачественных новообразований, из которых 366 678 приходится на женщин.

Структура онкологической заболеваемости среди женщин в 2023 году была следующей: 1 место – рак молочной железы (22,5%), 2 место – рак кожи (без меланомы) (15,6%), 3 место – рак тела матки (8,0%), 4 место – рак ободочной кишки (7,0%), 5 место – рак желудка (4,9%). Злокачественные новообразования являются второй по значимости причиной смертности после сердечно-сосудистых заболеваний, и в 2023 году от них скончалось 261 431 человек.

Структура онкологической смертности среди женщин в 2023 году выглядит следующим образом: 1 место – рак молочной железы (15,9%), 2 место – рак ободочной кишки (9,6%), 3 место – рак поджелудочной железы (8,1%), 4 место – рак трахеи, бронхов и легких (7,7%), 5 место – рак желудка (7,4%).

**Цель исследования:** изучение динамики заболеваемости и смертности от РМЖ, возрастных особенностей пациентов за период 2014-2023 годы в РФ, Приволжском федеральном округе (ПФО) и Самарской области (СО).

**Материалы и метод.** В настоящем исследовании использованы сведения из статистического сборника ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России им. П.А. Герцена «Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность)» и формы федерального статистического наблюдения № 7 и № 35 «Сведения о злокачественных новообразованиях» по Самарской области (Приказ Росстата от 31.12.2014 № 771). Проведен анализ следующих параметров, характеризующих рак молочной железы (РМЖ): количество пациенток с впервые установленным диагнозом, общее число диспансерных больных, число больных, находящихся под диспансерным наблюдением в течение пяти лет и более, количество летальных исходов среди зарегистрированных больных РМЖ, а также число пациенток с I и II стадиями заболевания. Данный анализ позволит оценить динамику заболеваемости, распространенности, выживаемости и стадийности РМЖ в регионе.

**Результаты исследования.** Анализ заболеваемости РМЖ в Самарской области за период с 2014 по 2023 год выявил ряд тревожных тенденций, требующих пристального внимания и дальнейшего исследования. В частности, зафиксирован значительный рост числа впервые выявленных случаев РМЖ. По сравнению с предыдущими периодами, в Самарской области этот показатель увеличился на 20,3%, что превышает показатель в РФ (21%) и показатель ПФО – 18,2%. Следует отметить, что уровень заболеваемости РМЖ в Самарской области и без того был выше, чем в среднем по ПФО (14,5%) и России (17%), составляя 18,2% на момент начала анализа. Это указывает на необходимость углубленного изучения специфических факторов риска, характерных именно для Самарской области, таких как экологические условия, особенности питания населения, доступность медицинской помощи и другие социально-экономические факторы. Более того, анализируя данные о количестве пациентов, состоящих на диспансерном учете (Д-учет) с диагнозом РМЖ, мы видим устойчивую тенденцию к росту.

За десятилетний период с 2014 по 2023 год число таких пациентов в Самарской области увеличилось на 27,6%, в ПФО – на 24,8%, а в РФ – на 24,5%. Это свидетельствует о том, что, несмотря на увеличение числа выявляемых случаев на ранних стадиях, количество женщин, живущих с диагнозом РМЖ, также постоянно растет. Эта ситуация требует разработки и реализации эффективных программ по улучшению качества жизни пациенток и предоставлению им всесторонней медицинской и социальной поддержки. Ситуация ещё больше усугубляется анализом данных о пациентках, состоящих на диспансерном учете в течение пяти лет и более. Здесь рост еще более выражен: в Самарской области – 31,1%, в ПФО – 30%, в РФ – 29,8%. Это указывает на увеличение долгосрочной заболеваемости, что, в свою очередь, подчеркивает важность профилактических мер и своевременного выявления заболевания. В то же время, анализ смертности от РМЖ показывает некоторое снижение, что, безусловно, позитивный сигнал. В Самарской области смертность снизилась на 5,2%, в ПФО – на 13,2%, а в РФ – на 9%. Это может быть связано с улучшением методов диагностики и лечения, а также с повышением информированности населения о профилактике и ранней диагностике заболевания. Однако, несмотря на снижение смертности, высокий уровень заболеваемости и рост числа пациентов, состоящих на длительном наблюдении, требуют дальнейших усилий по совершенствованию системы здравоохранения и разработке эффективных стратегий борьбы с РМЖ в Самарской области. Необходимо проведение более глубоких исследований, направленных на выявление причин высокой заболеваемости именно в данном регионе и разработку целевых программ по профилактике и лечению РМЖ с учетом специфики региона.

Анализ динамики заболеваемости раком молочной железы (РМЖ) в Самарской области за период с 2014 по 2023 годы выявил ряд важных тенденций. На протяжении всего исследуемого десятилетия преобладающее большинство пациенток (более 70%) были диагностированы на первой или второй стадии заболевания. Это, безусловно, позитивный показатель, свидетельствующий о своевременном обращении женщин за медицинской помощью и, как следствие, о более благоприятных прогнозах на выздоровление. Несмотря на незначительное снижение доли пациенток с 1-2 стадиями РМЖ с 74,5% в 2014 году до 72,2% в 2023 году, общее положение остается стабильно позитивным. Примечательно, что даже период пандемии COVID-19 (2020-2021 годы), сопровождавшийся ограничениями доступа к медицинской помощи и потенциальным откладыванием диагностических процедур, не привел к существенному росту числа запущенных случаев РМЖ. Это говорит о достаточно эффективной работе системы здравоохранения Самарской области, обеспечившей доступность онкологической помощи даже в сложных условиях.

Рассмотрение возрастной структуры заболеваемости РМЖ в Самарской области за тот же период показывает, что рак молочной железы может развиваться у женщин различных возрастных категорий, хотя распределение заболеваемости неравномерно. Заметно низкие показатели заболеваемости наблюдаются среди женщин моложе 30 лет. С увеличением возраста риск развития РМЖ постепенно возрастает, достигая пика в возрасте от 45 до 74 лет. В 2014 году наибольшее количество случаев РМЖ было зарегистрировано среди женщин в возрасте 60-64 лет. К 2023 году максимум заболеваемости сместился в возрастную группу 65-74 лет, что, возможно, связано с увеличением продолжительности жизни и, как следствие, возрастающим числом женщин в этой возрастной категории. Тем не менее, наблюдается стабильность высоких показателей заболеваемости в возрастном диапазоне от 45 до 74 лет на протяжении всего исследуемого периода. Это свидетельствует о необходимости особого внимания к профилактике и своевременной диагностике РМЖ именно у женщин этой возрастной группы. Дальнейший анализ данных позволит более точно определить факторы риска и разработать более эффективные стратегии борьбы с раком молочной железы в Самарской области, включая целевые профилактические мероприятия, ориентированные на разные возрастные группы и популяризацию ранней диагностики. Понимание этих динамических изменений критически важно для эффективного планирования ресурсов здравоохранения и обеспечения качественной онкологической помощи населению региона.

**Выводы.** В Самарской области наблюдаются положительные тенденции в области заболеваемости РМЖ. В частности, зафиксировано увеличение абсолютного числа женщин, которым впервые был установлен диагноз РМЖ, на 20,3%. Для сравнения, в целом по России этот показатель составляет 21%, а в ПФО – 18,2%. Также отмечается прирост заболеваемости, который составил 18,2% в Самарской области, что немного выше, чем в России (17%) и ПФО (14,5%).

Кроме того, увеличилось количество пациентов, состоящих на диспансерном учете, что составило 27,6%. Этот показатель также превосходит средние значения по стране (24,5%) и в ПФО (24,8%).

Примечательно, что число женщин, находящихся на учете более пяти лет, возросло на 31,1%. В России этот показатель равен 29,8%, а в ПФО – 30%.

Анализ данных показывает, что на протяжении всех лет наблюдения преобладали пациентки с 1-2 стадиями заболевания.

Высокие и стабильные показатели заболеваемости РМЖ фиксируются в возрастной группе от 45 до 74 лет, что может свидетельствовать о необходимости более тщательного мониторинга и ранней диагностики в этой возрастной категории.

Однако в 2020 году, когда мир столкнулся с пандемией коронавирусной инфекции, произошли изменения в статистике. В этот период было зафиксировано снижение числа больных с диагнозом РМЖ на 6,2%, что также отражает тенденции по стране (13,7%) и в Приволжском округе (13,9%). Заболеваемость снизилась на 6% в Самарской области, в то время как в России этот показатель составил 9%, а в ПФО – 13,2%.

Таким образом, несмотря на временные колебания, связанные с пандемией, в Самарской области сохраняются положительные динамики в выявлении и учете больных РМЖ, что может говорить о повышении осведомленности населения и улучшении доступа к медицинским услугам.

**Заключение.** Хотелось бы сказать о том, что в отделении медицинской профилактики нашей организации, стремясь к повышению эффективности диагностики и своевременному выявлению рака молочной железы (РМЖ), была проведена масштабная работа в рамках Национального проекта «Здравоохранение» и региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями».

Эта важная инициатива, направленная на улучшение здоровья населения Самарской области, не ограничилась разовыми мероприятиями, а представляет собой долгосрочную стратегию, включающую в себя несколько взаимодополняющих направлений.

Первостепенное значение придаётся укреплению межсекторального и межведомственного взаимодействия. Это подразумевает тесное сотрудничество с различными организациями и учреждениями, что позволяет создавать более целостную и эффективную систему раннего выявления РМЖ. Мы активно взаимодействуем с представителями социальной защиты, образовательных учреждений, профсоюзными организациями и другими заинтересованными сторонами. Такое множественное взаимодействие позволяет расширить охват населения профилактическими мероприятиями и донести важную информацию до каждой жительницы области.

Кроме того, большое внимание уделяется проведению масштабных информационно-пропагандистских кампаний. Мы используем различные каналы информирования, включая массовые медиа, социальные сети, специально разработанные буклеты и плакаты. Эти материалы содержат доступную и понятную информацию о факторах риска, симптомах РМЖ, важности своевременного обследования и методах профилактики.

Мы также организуем тематические лекции, семинары и встречи с врачами-специалистами, чтобы обеспечить граждан достоверными и актуальными знаниями.

В работе по профилактике РМЖ активно задействованы волонтерские организации. Волонтеры помогают в распространении информационных материалов, организации профилактических мероприятий и оказывают моральную и информационную поддержку

женщинам. Их активное участие позволяет расширить географию наших действий и достигнуть более широкого круга населения.

Для повышения доступности профилактических мероприятий мы регулярно организуем выездные бригады на предприятия и в отдаленные населенные пункты. В составе этих бригад работают врачи-специалисты, включая врачей-онкологов, которые проводят консультации и осуществляют необходимые обследования. Такой подход позволяет своевременно выявлять заболевание на ранних стадиях, когда шансы на излечение максимальны.

Важным элементом нашей работы является разработка и тиражирование печатных материалов – буклетов, листовок, плакатов, включающих информацию о профилактике, симптомах РМЖ и важности своевременного обращения к врачу. Эти материалы распространяются через медицинские учреждения, библиотеки, и другие организации.

Результаты нашей работы по профилактике РМЖ положительно влияют на статистические показатели Самарской области, что подтверждает эффективность проводимых мероприятий и важность продолжения этой деятельности. Мы стремимся к дальнейшему совершенствованию наших программ и расширению масштабов профилактической работы для снижения заболеваемости раком молочной железы в регионе.

Самарский областной клинический онкологический диспансер «Новые технологии в онкологии», 2025 год

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ С 2014 ПО 2023 ГОДЫ

Окунева И.В., Золотарева Т.Г.

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

**Актуальность:** Рак шейки матки является значимой проблемой общественного здравоохранения, занимая четвертую строчку в структуре онкологической заболеваемости среди женского населения по данным ВОЗ. Наиболее высокие показатели заболеваемости и смертности от рака шейки матки регистрируются в странах с низким и средним уровнем дохода, что указывает на выраженные различия в доступности к профилактическим и лечебным мероприятиям (ВОЗ, 2022). Ключевыми факторами являются ограниченное внедрение национальных программ вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ), недостаточный охват скрининговыми программами и неадекватное лечение предраковых и раковых заболеваний шейки матки.

В Российской Федерации в 2023 году было выявлено 674 587 новых случаев злокачественных новообразований, при этом женская доля составила 366 678 случаев (Каприн А.Д. и соавт.2023). Рак шейки матки занимает шестое место по распространенности среди онкологических заболеваний у женщин и десятое место по показателям смертности (там же). Общее число женщин, состоящих на учете в связи с раком шейки матки, превышает 188 тысяч. В 2023 году первичный диагноз рака шейки матки был установлен у 16 356 россиянок. Наиболее часто заболевание выявляется в возрастной группе от 35 до 55 лет, однако в последнее время отмечается тенденция к снижению возраста заболеваемости, хотя 20% случаев приходится на пациенток старше 65 лет (там же). Основная доля случаев приходится на возрастную группу от 40 до 49 лет.

**Цель исследования:** изучение динамики заболеваемости и смертности от РШМ, возрастных особенностей пациентов за период 2014-2023 годы в РФ, Приволжском федеральном округе (ПФО) и Самарской области (СО).

**Материалы и метод.** В настоящем исследовании использованы сведения из статистического сборника ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России им. П.А. Герцена «Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность)» и формы федерального статистического наблюдения № 7 и № 35 «Сведения о злокачественных новообразованиях» по Самарской области (Приказ Росстата от 31.12.2014 № 771). Проведен анализ следующих параметров, характеризующих рак шейки матки (РШМ): количество пациенток с впервые установленным диагнозом, общее число диспансерных больных, число больных, находящихся под диспансерным наблюдением в течение пяти лет и более, количество летальных исходов среди зарегистрированных больных РШМ, а также число пациенток с I и II стадиями заболевания (Чиссов В.И. и др., 2015). Данный анализ позволит оценить динамику заболеваемости, распространенности, выживаемости и стадийности РШМ в регионе.

**Результаты исследования.** Наблюдение за колебаниями заболеваемости раком шейки матки (РШМ) с 2014 по 2023 год демонстрирует разнонаправленную динамику. В РФ зафиксировано уменьшение числа заболевших на 1,25%, в ПФО наблюдался подъем на 6,5%, а в СО – значительный рост на 31,8%. Рассматривая период 2014-2019 гг., отмечается увеличение количества пациенток: в РФ – на 6,8%, в ПФО – на 11,5%, в СО – на 21,8%. В то же время, анализ данных за 2019-2023 гг. показывает снижение заболеваемости в РФ (на 7,6%) и ПФО (на 5,8%), однако в СО продолжает наблюдаться рост числа больных (на 3%).

Анализ количества пациенток с РШМ, состоящих на диспансерном учете в конце отчетного года, выявил увеличение их числа за период с 2014 по 2023 год: в РФ – на 9,1%, в ПФО – на 12%, в СО – на 28%.

Изучение данных о числе больных РШМ, находящихся под наблюдением 5 лет и более, показывает рост данного показателя как в РФ (на 15,8%), так и в ПФО (на 9,9%) и СО (на 24,5%).

Анализ показателей смертности выявил тенденцию к ее снижению: в РФ – на 7%, в ПФО – на 15,2%, в СО – на 5,3%.

Стадия заболевания играет критическую роль в определении прогноза его развития и успешности лечения. Анализ динамики заболеваемости раком шейки матки (РШМ) в Самарской области за период с 2014 по 2023 год демонстрирует устойчивую тенденцию: преобладающее большинство пациенток (во все годы наблюдения) находилось на 1-2 стадиях заболевания. Это, безусловно, позитивный фактор, существенно повышающий вероятность благоприятного исхода и полного выздоровления. Ранняя диагностика, позволяющая выявлять РШМ на начальных стадиях, является ключевым моментом в успешной борьбе с этим заболеванием.

Однако, изучение возрастной структуры заболеваемости выявляет определённые закономерности. Наиболее высокий уровень заболеваемости РШМ в Самарской области наблюдается в возрастной группе 35-44 года. Заболеваемость среди женщин моложе 30 лет значительно ниже. После 30 лет наблюдается постепенный, но устойчивый рост заболеваемости, достигающий своего пика примерно к 69 годам, после чего начинается медленное снижение. Интересно отметить, что в 2014 году наибольшее число случаев РШМ было зарегистрировано среди женщин в возрастных группах 40-44 и 60-64 года. Это свидетельствует о возможном влиянии различных факторов, включая генетическую предрасположенность, особенности образа жизни и доступность медицинской помощи в разные периоды времени. К 2023 году картина несколько изменилась. Пик заболеваемости сместился в сторону более широкого возрастного диапазона 40-59 лет. Это может быть связано с рядом причин, требующих дальнейшего изучения. Возможно, улучшение методов диагностики привело к выявлению большего числа случаев РШМ на более ранних стадиях в более молодом возрасте. С другой стороны, изменение образа жизни, включая факторы риска, такие как курение, половое поведение и наличие инфекций, также могли внести свой вклад в наблюдаемые изменения возрастной структуры заболеваемости. Для более точного понимания причин этих изменений необходимы дополнительные исследования, учитывающие социально-экономические факторы, особенности медицинского обслуживания и доступность профилактических мер. Только комплексный подход позволит разработать эффективные стратегии профилактики и раннего выявления РШМ в Самарской области, направленные на снижение заболеваемости и повышение эффективности лечения.

**Выводы.** За последние десять лет (2014-2023) в Самарской области наблюдается значительный рост числа случаев рака шейки матки (РШМ) – более чем на 30%. Этот показатель значительно выше, чем в Приволжском федеральном округе (ПФО, +8,5%) и по России в целом (+1,4%). Несмотря на увеличение заболеваемости, смертность от РШМ в Самарской области снизилась на 5,3%. Это снижение, однако, меньше, чем в ПФО (-15,2%) и в РФ (-7%). Большинство случаев РШМ в Самарской области регистрируется у женщин в возрасте 40-59 лет. Важно отметить, что на протяжении всего рассматриваемого периода преобладало число пациенток с первой и второй стадиями заболевания. Ранняя диагностика и выявление на начальных стадиях положительно влияет на прогноз выздоровления и повышает шансы на успешное лечение.

Высокая заболеваемость РШМ подчеркивает необходимость широкого внедрения тщательно организованных скрининговых программ. Особенно важен скрининг на наличие вируса папилломы человека (ВПЧ), так как инфекции, связанные с ВПЧ, являются основным фактором, способствующим злокачественной трансформации эпителия шейки матки. Выявление ВПЧ в ходе профилактической диагностики позволяет начать раннее лечение, что способствует сокращению времени персистенции вируса и предотвращению предраковых изменений шейки матки.

Ключевым элементом в борьбе с заболеваемостью раком шейки матки является вакцинопрофилактика. В настоящее время особенно важно реализовать программы вакцинации против вируса папилломы человека на федеральном уровне.

К важнейшим аспектам эффективности программ скрининга рака шейки матки относится повышение уровня образования в сообществе. Широкое информирование женщин о важности профилактики и раннего выявления предраковых изменений шейки матки, скрининга вируса папилломы человека, а также регулярных визитов к гинекологу поможет уменьшить риск развития рака шейки матки. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, скрининг должен охватывать не менее 80% женщин.

Таким образом, ключевыми направлениями для повышения эффективности программ скрининга рака шейки матки являются увеличение числа обследуемых, внедрение современных диагностических методов (таких как тест на ДНК ВПЧ и цитологическое исследование), а также лечение предраковых состояний с последующим мониторингом. Собранные данные подчеркивают необходимость дальнейшего совершенствования методов скрининга рака шейки матки на территории Российской Федерации.

## АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ (РАК КОЖИ) В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2014-2023 ГОДЫ

Окунева И.В., Золотарева Т.Г.

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

**Актуальность:** во всем мире заболеваемость раком кожи (РК) является серьезно проблемой здравоохранения. Согласно статистическим данным, ежегодно выявляется около 1,2 миллиона случаев РК (немеланомного). Этот вид рака может поражать различные слои кожи, включая внешние слои. Чаще всего рак кожи развивается у пожилых людей не зависимо от пола. Наиболее подвержены возникновению заболевания светлокотные люди, лица, проживающие в условиях повышенной инсоляции (жаркие страны, высокогорные местности) и длительно находящиеся на открытом воздухе.

В 2023 году в Российской Федерации впервые в жизни выявлены 674 587 случаев злокачественных новообразований (в том числе 307 909 и 366 678 у пациентов мужского и женского пола соответственно). В 2023 году в России диагноз РК занимал первое место в структуре онкологической заболеваемости. Абсолютное число впервые в жизни установленного диагноза РК в России в 2023 году 91867 человек.

**Цель исследования:** изучение динамики заболеваемости и смертности от РК, возрастных особенностей пациентов за период 2019-2023 годы в Самарской области.

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

**Результаты исследования.** Проводя анализ динамики заболеваемости раком РК в Самарской области в период с 2019 по 2023 гг. мы можем отметить, что в 2019 г. впервые диагноз ЗНО был поставлен 14456 пациентам, из них диагнозом РК – 2425 пациентам (16,7% от числа впервые выявленных пациентов с диагнозом ЗНО). В 2023 году впервые диагноз ЗНО был поставлен 15468 пациентам, из них с диагнозом РК – 2253 пациентам (14,5% от числа впервые выявленных пациентов с диагнозом ЗНО). В период с 2019 по 2023 годы произошло увеличение числа пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО на 7,0%, а с диагнозом РК снижение числа пациентов на 7,0%.

Количество больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года с диагнозом ЗНО в 2019 г. - 97881 пациент, из них с диагнозом РК – 15269 пациентов (15,6% от общего числа больных). В 2023 г. количество больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года с диагнозом ЗНО – 105434 пациента, а диагнозом РК – 13305 пациентов (12,6% от общего числа больных). Соответственно, в период с 2019 по 2023 гг. произошло увеличение количества больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года с диагнозом ЗНО – на 7,7%, а с диагнозом РК снижение числа больных на 12,8%.

В 2019 г. число больных, состоящих на учете с момента установки диагноза 5 и более лет с диагнозом ЗНО – 53032 пациента, из них с диагнозом РК – 5283 пациента (9,9% от общего числа пациентов). В 2023 г. число больных, состоящих на учете с момента установки диагноза 5 и более лет с диагнозом ЗНО – 61257 пациентов, из них с диагнозом РК – 4908 пациентов (8,0% от общего числа пациентов). Соответственно, в период с 2019 по 2023 гг. произошло увеличение количества больных состоящих на учете с момента установки диагноза 5 и более лет с диагнозом ЗНО на 15,5%, из них с диагнозом РК снижение числа больных на 7,0%.

Проводя анализ смертности, можно отметить, что в 2019 г. число умерших от ЗНО (из числа учтенных) составило – 5373 пациента, из них с диагнозом РК – 21 пациент (0,3% от общего

Самарский областной клинический онкологический диспансер «Новые технологии в онкологии», 2025 год числа больных). В 2023 г. число умерших от ЗНО (из числа учтенных) составило – 5543 пациента, из них с диагнозом РК – 21 пациент (0,3% от общего числа больных).

Что касается стадии заболевания на момент постановки диагноза, то данные показывают незначительное, но все же существующее изменение. В 2019 году 97,9% зарегистрированных случаев РК находились на ранних стадиях (1-2), в то время как в 2023 году этот показатель составил 97,4%. Незначительное снижение процента пациентов с ранней стадией заболевания может быть связано с несколькими факторами, такими как улучшение методов диагностики, позволяющих выявлять заболевание на более поздних стадиях, или же увеличение доли пациентов с более агрессивными формами РК. Однако, общее число случаев на ранних стадиях остается высоким, что свидетельствует о положительной динамике раннего выявления.

**Выводы.** В период с 2019 по 2023 гг. отмечается снижение числа пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом РК – на 7,0%, оценивая смертность пациентов с диагнозом РК, можно отметить, что и в 2019 и 2023 годах показатель был на одном уровне и составляет 0,3%. Таким образом, несмотря на незначительный рост общей смертности от ЗНО с 2019 по 2023 год, доля смертей, связанных с диагнозом РК, осталась неизменной и крайне низкой. Также с 2019 по 2023 гг., произошло увеличение количества больных состоящих на учете с момента установки диагноза 5 и более лет с диагнозом ЗНО на 15,5%, и из них снижение с диагнозом РК – на 7,0%.

В 2019 г. стадии 1-2 зарегистрированы в 97,9% случаев, а в 2023 г. стадии 1-2 зарегистрированы в 97,4% случаев. Проведенный анализ свидетельствует о положительной тенденции к снижению заболеваемости РК. Вероятно, это обусловлено комплексом факторов, включая улучшение качества диагностических процедур, повышение осведомленности населения о необходимости профилактических осмотров и своевременного обращения за медицинской помощью, а также, возможно, усовершенствование методов лечения и профилактики.

## ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРОТИВ ВИРУСА КОРИ У СОТРУДНИКОВ ГБУЗ СОКОД

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

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность:** Корь является одним из наиболее заразных инфекционных заболеваний человека. Этиологическим агентом заболевания является вирус кори – высокоинфекционный вирус, который распространяется воздушно-капельным путем и приводит к возникновению системного заболевания у человека. Вирус обладает тропизмом к эпителиальным клеткам и клеткам ЦНС, эндотелию сосудов, что обуславливает поражение кожи и слизистых оболочек дыхательных путей, конъюнктивы глаз, развитие менингита и менингоэнцефалита. Вирус кори также обладает выраженным иммуносупрессивным действием, снижает активность специфических и неспецифических факторов защиты (анергия) организма, что приводит к возникновению вторичного вирусного или бактериального инфицирования и развитию осложнений, обострению хронических процессов.

Корь относится к вакциноуправляемым инфекциям. Основным методом защиты населения от кори является вакцинопрофилактика. Для обеспечения популяционного иммунитета к кори, достаточного для предупреждения распространения инфекции среди населения, охват прививками населения должен составлять: вакцинацией и ревакцинацией против кори детей в декретированных возрастах – не менее 95%; вакцинацией против кори взрослых в возрасте 18-35 лет – не менее 90%; вакцинацией против кори лиц декретированных профессий 18-55 лет – не менее 90% (СанПин 3.3686-21). Требуемый порог коллективного иммунитета (90-95%) является максимальным среди всех вакциноуправляемых инфекций. Снижение иммунной прослойки среди населения приводит к формированию вспышек заболевания. В 2022 г. масштабные и тяжело протекающие вспышки заболевания произошли в 37 странах по сравнению с 22 странами в 2021 г. (ВОЗ, 2023). В 2022 году, на территории Российской Федерации зарегистрировано 102 случая кори, показатель заболеваемости составил 0,07 на 100 тыс. населения, в 20% случаев корь была завезена с территории других государств. В 2022 году корь регистрировалась преимущественно среди детей до 18 лет, удельный вес которых составил 63,7%, на долю взрослых пришлось 36,3% заболевших. Эпидемический процесс кори поддерживался за счет лиц не привитых и лиц с неизвестным прививочным анамнезом, которые составляли 82,4%, заболевших (Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году» М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2023). В 2023 году, отмечен резкий рост заболеваемости корью во всех возрастных группах в РФ (Карпухина О.А., Арова А.А., Крамарь Л.В., 2023). Важным аспектом является вовлечение в эпидемический процесс заболевания корью социально-профессиональных групп риска, к которым относятся работники медицинских организаций, сферы образования, торговли, общественного питания и пр., что требует более пристального внимания к этим группам населения.

**Цель исследования:** Оценить коллективный гуморальный иммунитет против вируса кори среди сотрудников ГБУЗ СОКОД за период с 01.2023-01.2024 г.г.

**Материалы и методы:** За описываемый период было обследовано 1846 сотрудников, выполнено 1975 лабораторных исследований на выявление антител класса G (IgG) к вирусу кори в сыворотке крови обследуемых методом твердофазного иммуноферментного анализа. Исследования проводились на полуавтоматическом открытом иммуноферментном анализаторе Power Wave-XS ф. BioTek (США) с применением тест-системы ведущего российского производителя ЗАО «Вектор-Бест»: «Векто Корь-IgG». Тест-система «Векто Корь-IgG» предназначена для выявления и определения концентрации специфических антител класса G (IgG) в МЕ\мл к вирусу кори, и может быть использована в т.ч. и для контроля вакцинации

против кори. Минимальная достоверно определяемая набором концентрация IgG к вирусу кори не превышает 0,07 МЕ\мл, диагностическая чувствительность и специфичность 100%, линейность определяемых концентраций лежит в диапазоне 0,15-5,0 МЕ\мл. Контрольный образец, содержащий специфические IgG в концентрации (МЕ\мл), указанной в паспорте тест-системы, служит для внутрилабораторного контроля точности измерений в каждой аналитической серии. В лаборатории, по данным внутрилабораторного контроля правильности количественного определения КОРЬ-IgG, коэффициент вариации (CV)= 10,6%, значение неопределенности измерений 0,15 МЕ\мл. Окончательный положительный результат исследования КОРЬ-IgG рассчитывался по калибровочному графику, построенному в линейных координатах в зависимости от концентрации КОРЬ-IgG в калибровочных образцах, выражался в МЕ\мл. Исследуемый образец сыворотки крови считался положительным, если концентрация антител класса G (IgG) к вирусу кори в нем более или равна 0,18 МЕ\мл.

Отбор проб крови осуществлялся по стандартной методике в вакуумные системы забора венозной крови. Взятие, транспортирование и хранение исследуемого материала осуществлялось на основании действующих нормативных документов в лабораторной службе.

**Результаты:** Антитела класса G (IgG) к вирусу кори в сыворотке крови были выявлены у 1485 человек, что составило 80,4 % от общего количества обследуемых (1846 человек). Доля лиц, в сыворотке крови которых отсутствовали специфические антитела к вирусу кори, составила 19,6% (361 человек). По выраженности специфического ответа против вируса кори результаты распределились следующим образом: слабоположительный (концентрация: 0,18-1,00 МЕ\мл) – 50,2% (745 человек), положительный (1,01-3,00 МЕ\мл) – 25,6% (380 человек), сильноположительный (> 3,00 МЕ\мл) – 24,2% (360 человек). При дальнейшем анализе полученных результатов, все сотрудники были распределены на три возрастные категории: 1. молодые (18-35 лет) – 424 человека, что составило 23% от общего количества обследуемых, 2. люди среднего возраста (36-55 лет) – 976 человек (52,8%) и 3. лица старше 55 лет – 446 человек (24,2%). Среди первой категории специфические антитела против вируса кори были выявлены у 232 человек (54,7 %), причем доля сотрудников, в сыворотке которых антитела определялись в высоких концентрациях (>1.00 МЕ\мл), составила 15,5% (36 человек). У 192 человек (45,3%) антитела отсутствовали. Среди лиц второй категории специфические антитела выявлены у 829 человек (84,9%), доля лиц с высокими концентрациями антител в сыворотке крови составила 42,0 % (348 человек). У 147 человек (15,1%) антитела в сыворотке крови не определялись. Среди лиц старше 55 лет антитела класса G (IgG) против вируса кори были выявлены у 424 человек (95,1 %) и доля лиц с высокими концентрациями антител в образцах крови составила 84% (356 человек). У 22 человек этой категории (4,9%) антитела отсутствовали.

**Выводы:**

1. Доля лиц среди всех обследуемых с выявленными антителами класса G (IgG) к вирусу кори в образцах крови составила 80,4% («серопозитивные» лица).
2. Доля лиц среди всех обследуемых с отсутствием специфических антител класса G (IgG) к вирусу кори в образцах крови составила 19,6 % («серонегативные» лица).
3. Среди молодых людей (18-35 лет) доля «серопозитивных» лиц составила 54,7%, доля «серонегативных»-45,3%.
4. Среди лиц среднего возраста (36-55 лет) доля «серопозитивных» лиц составила 84,9%, «серонегативных»-15,1%.
5. Среди обследуемых старше 55 лет доля «серопозитивных» лиц составила 95,1%, «серонегативных»- 4,9%.
6. Критерием эпидемиологического благополучия при кори является выявление среди обследуемых групп в среднем не более 10% лиц, «серонегативных» к вирусу кори (МУ 3.1.2.4075-24), таким образом, поддержание уровня вакцинации против кори на уровне 90-95%, необходимое условие для предотвращения вспышек заболевания и защиты самых уязвимых членов общества. «Серонегативные» лица к вирусу кори среди молодых людей и лиц среднего возраста (сотрудники ГБУЗ СОКОД) подлежат вакцинации против кори.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФОРМАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ**

**Полетаева Д.Д., Крестьянская А.Е., Окунева И.В., Золотарева Т.Г.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Онкологические заболевания в настоящее время являются одной из ведущих причин смертности во всем мире. Наблюдается крайне тревожная тенденция – злокачественные новообразования всё чаще выявляются у людей среднего и молодого возраста, что вызывает серьёзную обеспокоенность медицинского сообщества.

Важность первичной профилактики обусловлена несколькими причинами: возможностью предотвратить болезни, многофакторностью риска, экономической эффективностью, общественной значимостью.

В контексте выполнения ключевых государственных задач, а именно – национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» и федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», приоритетное значение приобретает комплексный подход к сохранению здоровья граждан.

Основой эффективной профилактики онкологических заболеваний выступает не только следование принципам здорового образа жизни, но и формирование культуры ответственного отношения к собственному здоровью. Крайне важным элементом такой стратегии является систематическое прохождение профилактических медицинских осмотров, которые позволяют своевременно выявлять возможные риски и предотвращать развитие серьёзных патологий.

В рамках информационно-профилактического мероприятия от 04.04.2025 в ТЦ «Мега» г. Самара было проведено анкетирование населения с целью выявления факторов риска развития онкологических заболеваний. Исследование охватило 100 респондентов, что позволило получить репрезентативные данные для анализа распространенности основных факторов риска.

По результатам проведенного анкетирования были выявлены следующие группы повышенного риска развития онкологических заболеваний:

1. Онкологические заболевания женской репродуктивной системы и молочной железы – повышенный риск выявлен у 9 женщин, из которых 4 находятся в возрасте до 50 лет и 5 – старше 50 лет;
2. Рак легкого – выявлен повышенный риск у 5 мужчин старше 40 лет;
3. Рак толстой кишки – повышенный риск определен у 4 человек.

Полученные результаты демонстрируют наличие значимых факторов риска развития онкологических заболеваний в исследуемой популяции. Выявление повышенного риска развития онкологических заболеваний женской репродуктивной системы и молочной железы у женщин разных возрастных групп подчеркивает необходимость регулярного проведения профилактических осмотров и повышения осведомленности женского населения о факторах риска. Выявление риска развития рака легкого у мужчин старше 40 лет требует усиления профилактических мероприятий, направленных на отказ от курения и раннее выявление заболевания. Риск развития рака толстой кишки указывает на необходимость усиления скрининговых программ для раннего выявления данного заболевания.

**Вывод.** Проведенное анкетирование и последующий осмотр населения врачом-онкологом ГБУЗ СОКОД демонстрирует актуальность проведения информационно-профилактических мероприятий и необходимость их дальнейшего совершенствования. Своевременная профилактика является ключевым фактором в борьбе с онкологическими заболеваниями. Она позволяет не только предотвратить развитие злокачественных новообразований, но

Самарский областной клинический онкологический диспансер «Новые технологии в онкологии», 2025 год  
и значительно улучшить качество жизни населения, снизить нагрузку на систему здравоохранения и сохранить трудоспособное население.

В современных условиях, когда факторы риска становятся все более распространенными, а заболеваемость растет, первичная профилактика приобретает особую значимость как наиболее эффективный способ борьбы с онкологическими заболеваниями.

Полученные данные могут быть использованы для разработки целевых программ профилактики онкологических заболеваний с учетом выявленных факторов риска в различных возрастных и гендерных группах.

## МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ БЕЛКА В МОЧЕ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ГБУЗ СОКОД

Помогайбина А.А., Пшеничникова М.В., Ярыгина А.В., Торопова Н.Е.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Общий анализ мочи – одно из наиболее массовых исследований, выполняемых в клинико-диагностических лабораториях. Определение белка в моче – обязательная и важная составляющая общего анализа мочи. В работах Erwin D.T. (1973), Cameron J.S. et al. (1983) доказано, что величина протеинурии определяет скорость прогрессирования почечных заболеваний. Locatelli et al. в 1996 г. опубликовали исследования, в которых пришли к выводу, что только протеинурия является прогностическим фактором прогрессирования нефрита, вне зависимости от уровня АД.

**Цель исследования.** Оценить диагностические тест-полоски Уриполиан при определении общего белка в моче.

**Материалы и методы.** Диагностические полоски Уриполиан – 10U, спектрофотометр ПЭ-5300ВИ, сульфосалициловая кислота.

Тест-полоски для общего анализа мочи были внедрены в лабораторную практику ещё в начале 1960-х. Принцип метода «test-strip sieve» (от англ. sieve- сито, просеивать) позволяет достаточно быстро получить информацию о патологических изменениях в составе мочи. Метод «test-strip sieve» относится к двух-этапной процедуре анализа мочи. На первом этапе все образцы мочи анализируются с помощью тест-полосок на присутствие белка. Это позволяет выявить образцы мочи, требующие дальнейшего исследования при обнаружении положительного результата. Для качественного определения белка в моче в клинико-диагностической лаборатории ГБУЗ СОКОД используются диагностические полоски Уриполиан – 10U. В основе метода определения белка в моче лежит метод химических рН индикаторов. На диагностических полосках в качестве индикатора используется краситель бромфеноловый синий (БФС) в цитратном буфере. По интенсивности сине-зеленой окраски индикаторной зоны, которая появляется после контакта полоски с мочой, можно оценить содержание белка. По литературным данным ложноположительные результаты, полученные с использованием диагностических тест-полосок при определении белка, могут быть вызваны загрязнением посуды для сбора мочи остатками соединений четвертичного аммония, который попадает в мочу при дезинфекции посуды; наличием хлоргексидина и амидоаминов; лекарственными средствами содержащими йод, хинин, хинидин, триметоприм, феназопиридин, при приёме сульфаниламидных препаратов, больших доз пенициллина. Для исключения ложноположительных результатов сбор мочи у пациентов осуществляется в одноразовые пластиковые контейнеры. Образцы мочи при выявлении белка (>0.02г/л) с помощью диагностических полосок Уриполиан – 10U дополнительно исследуются количественным методом с сульфосалициловой кислотой (ССК) на спектрофотометре. Для измерения белка в моче в клинико-диагностической лаборатории ГБУЗ СОКОД используют спектрофотометр ПЭ-5300ВИ. В основе данного метода лежит изменение интенсивности рассеянного света реакционной смеси, измеряемое в единицах оптической плотности, величина которой зависит от количества и размеров образующихся конгломератов молекул белка.

**Результаты исследования.** Было проанализировано 880 образцов мочи, которые имели положительные результаты определения белка при исследовании тест-полосками Уриполиан – 10U. В 88.2% случаев (776 проб) были получены подтверждение результатов определение белка количественным методом. Доля несовпадения результатов составила 11,8% (104 образца).

**Выводы.** Диагностические тест-полоски Уриполиан – 10U при определении общего белка в моче имеют высокую чувствительность, соответствуют представлениям об эффективности

Самарский областной клинический онкологический диспансер «Новые технологии в онкологии», 2025 год  
процедуры «отсеивания». Применение методов качественной и количественной оценки протеинурии в общем анализе мочи способствует получению достоверных результатов лабораторных исследований.

## СИНДРОМ ТАКОЦУБО В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Родионова В.А, Шахов И.А.

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

**Актуальность.** Синдром Такоцубо является довольно редкой патологией сердечно-сосудистой системы, однако у онкологических больных эта патология – далеко не редкость. Онкологические пациенты с наличием прогрессирующего опухолевого процесса часто страдают от значительной астенизации, нарушений белково-электролитного обмена, испытывают регулярные психоэмоциональные потрясения, что отрицательным образом влияет как на метаболический, так и нейровегетативный статус сердечно-сосудистой системы.

Синдром Такоцубо – это клиническое состояние, которое проявляется обратимым неишемическим поражением миокарда левого желудочка, сходное по проявлениям с острым коронарным синдромом. Учитывая сложный многофакторный патогенетический механизм развития заболевания, причиной развития могут являться ряд состояний: высокое содержание катехоламинов в крови, повышение тонуса симпатической вегетативной нервной системы, спазм эпикардиальных коронарных артерий, действие генетических или психологических факторов, применение антидепрессантов, влияние гормональных факторов, нарушение функции эндотелия, оглушение миокарда. Часто состояние онкологического больного соответствует каждому из перечисленных факторов, что подтверждает закономерность возникновения данной патологии.

**Цель работы:** Представить клинический случай, определить ключевые и наиболее актуальные методики дифференциально диагностики синдрома Такоцубо у кардио-онкологического больного.

**Материалы и методы.** Анализ клинического случая заболевания у онкологического пациента.

**Клинический пример.** Пациент С., 58 лет. Основной диагноз: Рак верхней доли левого легкого Т2СН2М0, 2 клиническая группа. Сопутствующий диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения II ф.кл. Атеросклероз аорты с поражением аортального клапана, дегенеративные изменения митрального клапана. Гипертоническая болезнь II ст риск 3. НПА NYHA II. Исследования на амбулаторном этапе: ЭКГ: синусовый ритм ЧСС 76 в мин. Трансторакальная эхокардиография: ФВ - 64%, нарушений локальной сократимости левого желудочка не выявлено. Признаки нарушения диастолической функции левого желудочка по 1 типу. Дилатация полости левого предсердия. Кардиосклероз. Дегенеративные изменения митрального клапана. Дегенеративные изменения аортального клапана. Расчетное систолическое давление правого желудочка 22 мм.рт.ст. Общий анализ крови, биохимический анализ крови без особенностей.

На госпитальном этапе: На третий день после оперативного лечения ЭКГ: фибрилляция предсердий, тахисистолия, ЧСС 120 в мин, нормальное положение электрической оси сердца, нарушение процессов реполяризации по типу субэндокардиальной ишемии в области передней стенки (отрицательные равнобедренные Т в V2-V3). Тропониновый тест – положительный. Трансторакальная эхокардиография – акинезия в области верхушки циркулярно, гипокинезия передней и боковой стенок медиальных сегментов, фракция выброса 38%, расчетное систолическое давление правого желудочка 40,0 мм.рт.ст.

На фоне лечения через 3 дня :ЭКГ- фибрилляция предсердий, нормосистолия ЧСС 84 в мин, нормальное положение электрической оси сердца. Трансторакальная эхокардиография – нарушений локальной сократимости левого желудочка не выявлено, фракция выброса 55%, дилатация полости левого предсердия, дегенеративные изменения митрального и аортального клапана. Расчетное систолическое давление правого желудочка

Самарский областной клинический онкологический диспансер «Новые технологии в онкологии», 2025 год  
28 мм.рт.ст. Тропониновый тест – отрицательный. По данным коронарной ангиографии-гемодинамически значимых изменений коронарных артерий не выявлено. Выписан в удовлетворительном состоянии для продолжения дальнейшего специального лечения в ГБУЗ СОКОД.

**Выводы:** Своевременная диагностика «синдрома разбитого сердца» 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.

## ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО

Русских Ю.С., Сивохина Т.А., Бурмистрова С.А., Золотарева Т.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Комплаентность, приверженность пациента лечению, является одной из важных составляющих, которые определяют эффективность лечения психических и соматических заболеваний. То насколько точно пациент соблюдает рекомендации врача, зачастую становится решающим фактором, особенно при лечении хронических заболеваний, в том числе тех, которые требуют длительного лечения. Соответственно изучение уровня комплаентности и факторов влияющих на него имеет широкое практическое значение.

**Цель исследования.** Изучение уровня комплаентности больных с диагнозами рак тела матки и рак шейки матки, и его зависимости от типа отношения к болезни, а так же способов совладающего поведения.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось с использованием методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) и опросников «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова. В исследовании приняли участие 150 пациенток со злокачественными опухолями тела и шейки матки, проходившие лечение в радиотерапевтическом отделении № 2 ГБУЗ Самарского областного клинического онкологического диспансера.

**Результаты.** Согласно данным, полученным в ходе обследования по методике ТОБОЛ, преобладающими типами отношения к болезни у пациенток являются тревожный (47%), эргопатический (26%) и гармоничный (13%). Тревожный тип отношения к болезни характеризуется беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения заболевания, возможных осложнений, даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии. Для эргопатического типа отношения к болезни. свойственен «Уход от болезни в работу», стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. Для гармоничного типа отношения к болезни характерна оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни, а так же стремление во всем активно содействовать успеху лечения. При данных типах отношения к болезни психическая и социальная адаптация существенно не нарушаются, приверженность к лечению не страдает. Отдельного внимания могут требовать к себе пациентки с преобладающим тревожным типом отношения к болезни с целью снижения уровня тревоги, улучшения текущего психоэмоционального состояния и формирования более гармоничной картины болезни.

С помощью опросника «Способы совладающего поведения» было проведено исследование копинг-стратегий. Согласно данным, полученным в ходе обследования, выявлено умеренное использование стратегий стресс-преодолевающего поведения без преобладания определенной стратегии. При этом есть некоторое учащение выбора стратегий «принятия ответственности» (35%) и «конфронтации» (30%). Стратегия принятия ответственности предполагает признание своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение. Выраженность данной стратегии в поведении может приводить к излишней самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворенности собой. Что в свою очередь является фактором риска развития депрессивных состояний. Стратегия конфронтации предполагает попытки разрешения проблемы за счет поведенческой активности, направленной на изменение ситуации. При выраженном предпочтении этой стратегии поведение характеризуется импульсивностью, враждебностью.

Уровень комплаентности представлен тремя составляющими: социальная комплаентность, эмоциональная комплаентность и поведенческая комплаентность. Высокие показатели

социальной комплаентности выявлены у 65% обследованных, эмоциональной комплаентности у 75%, а поведенческой у 60% обследованных. Социальная комплаентность - стремление соответствовать предписаниям лечащего врача, обусловленное ориентацией на социальное одобрение. Эмоциональная комплаентность – склонность к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленная повышенной впечатлительностью и чувствительностью. Поведенческая комплаентность – стремление к соблюдению врачебных рекомендаций, направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие. Высокий уровень эмоциональной комплаентности у обследуемых говорит о том, что они склонны чрезмерно беспокоиться о последствиях лечения, при этом консультируются с лечащим врачом и оповещают его о своих переживаниях. Что соотносится с преобладающим тревожным типом отношения к болезни. Исследование уровня комплаентности в группе пациенток в целом показало высокий уровень общей комплаентности, что говорит о стремлении пациентов вступать в доверительные отношения с лечащим врачом, опираться на его мнение, быть зависимыми от него.

**Выводы.** Анализ результатов проведенного психологического исследования позволяет сделать выводы об отношении к болезни и стресс-совладающих стратегиях данной категории больных, а так же наметить направления психологического сопровождения. Преобладание тревожного типа отношения к болезни может стать фактором осложняющим работу специалистов и снижающим качество жизни пациентов в процессе лечения. Склонность реагировать на заболевание «уходом в работу» может стать фактором снижающим уровень комплаентности. Соответственно работа по формированию гармоничной картины болезни может быть обозначена как мишень для психокоррекционной работы. Склонность к принятию на себя излишней ответственности за свое состояние является тревожной тенденцией, за счет повышения вероятности возникновения депрессивных или тревожно-депрессивных состояний. Склонность к использованию конфронтации, как ведущей копинг-стратегии может привести к конфликтным ситуациям в диаде врач-пациент и так же влиять на снижение уровня комплаентности. Таким образом работа по формированию адекватных стратегий стресс-преодолевающего поведения так же является мишенью психокоррекционной работы.



## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ PECS II – БЛОКАДЫ В КАЧЕСТВЕ КОМПОНЕНТА АНАСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

**Сергейчев В.А., Крюкова Э.Г., Балык И.В., Шывырева Е.Б., Ламонов М.С.**

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

**Актуальность:** Рак молочной железы остается одной из наиболее актуальных проблем современной онкологии. Радикальная мастэктомия, являясь одним из основных методов лечения, относится к категории высокотравматичных вмешательств, сопровождающихся выраженным послеоперационным болевым синдромом. Неадекватный контроль острой боли не только ухудшает качество жизни пациенток в раннем послеоперационном периоде, но и является значимым фактором риска развития хронического постмастэктомического болевого синдрома, частота которого, по данным литературы, варьирует от 25% до 60%.

Традиционная фармакотерапия послеоперационной боли основана на применении опиоидных анальгетиков, что сопряжено с высоким риском развития ряда нежелательных побочных эффектов. Это диктует необходимость поиска альтернативных, эффективных и безопасных методов обезболивания, позволяющих минимизировать потребление опиоидов.

В последнее время все большее распространение получают методы регионарной анестезии, интегрированные в концепцию мультимодальной аналгезии. Одной из таких методик является блокада грудных нервов второго типа (Pectoral Nerves Block II, PECS II), впервые описанная доктором Р. Бланко в 2011 году. Данная блокада выполняется под ультразвуковым контролем и заключается во введении местного анестетика в фасциальное пространство между малой грудной (*m. pectoralis minor*) и передней зубчатой (*m. serratus anterior*) мышцами. Это позволяет заблокировать латеральные ветви межреберных нервов (Th2-Th4), а также медиальный и латеральный грудные нервы (*n. pectorales medialis et lateralis*), обеспечивающие чувствительную иннервацию молочной железы и тканей передне-боковой поверхности грудной клетки

**Цель исследования:** Оценить эффективность и безопасность ультразвуковой PECS II блокады в составе мультимодальной аналгезии во время операции на молочной железе и для контроля острой боли в раннем послеоперационном периоде.

**Материалы и методы:** В сравнительное исследование были включены 40 пациенток ASA I–III, которым была выполнена радикальная мастэктомия. Пациентки были разделены на две группы по 20 человек. Основная группа получала блокаду грудных нервов (PECS II) до начала операции (20-25мл. раствора ропивакаина 0.5%). Контрольная группа получала стандартную общую анестезию (пропофол, фентанил, севофлуран) с послеоперационной опиоидной аналгезией. Оценивались потребность в опиоидных анальгетиках во время операции и в первые 24 часа, интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в раннем послеоперационном периоде, частота тошноты и рвоты (ПОТР), а также общая удовлетворенность пациенток.

**Результаты:** Интенсивность боли: В основной группе показатели ВАШ были достоверно ниже. Среднее значение в основной группе=3.1, среднее значение в контрольной группе = 4.3.

Потребность в опиоидах: Пациентки основной группы требовали на 30% меньше опиоидных анальгетиков интраоперационно и на 45% меньше в первые 24 часа после операции.

Побочные эффекты: Частота ПОТР в основной группе составила 5%, в контрольной группе – 25%.

Удовлетворенность: Уровень удовлетворенности качеством обезболивания был значимо выше в группе PECS.

**Выводы:** Результаты исследования демонстрируют выраженный анальгетический эффект PECS II-блокады в раннем послеоперационном периоде. Снижение интенсивности

боли, уменьшение потребности в опиоидах и редкость опиоид-индуцированных побочных эффектов подтверждают целесообразность включения данного метода в стандартные протоколы мультимодальной анальгезии при операциях на молочной железе. Дополнительным преимуществом является простота выполнения блокады под УЗ-контролем и низкий риск осложнений при правильной технике.

PECS II-блокада является эффективным и безопасным методом регионарной анальгезии у пациенток, перенёвших радикальную мастэктомию. Включение блокады в схему мультимодального обезболивания позволяет достоверно снизить интенсивность боли, уменьшить потребность в опиоидах, минимизировать их побочные эффекты и повысить удовлетворённость пациенток лечением.

## МЕСТО ESP-БЛОКА В АЛГОРИТМАХ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Сергейчев В.А., Крюкова Э.Г., Хайрулина Г.Г., Саликов Э.А., Тремазова Ю.В.

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

**Введение:** Эффективное купирование боли в послеоперационном периоде после вмешательств на органах грудной полости (торакотомии и VATC) играет ключевую роль в ведении пациента. Интенсивный болевой синдром обуславливает нарушения легочной вентиляции, уменьшение глубины дыхания и затруднение отхождения мокроты, что, в свою очередь, способствует возникновению послеоперационных ателектазов, пневмонии и недостаточности функции внешнего дыхания. На протяжении многих лет торакальная эпидуральная аналгезия (ТЭА) рассматривалась в качестве наиболее эффективного метода обезболивания после подобных операций, что подтверждено обширными клиническими данными. Вместе с тем, выполнение ТЭА технически сложно и несет в себе потенциальную угрозу развития тяжелых осложнений, включая пункцию твердой мозговой оболочки, головные боли, образование гематом и абсцессов в эпидуральном пространстве. В качестве альтернативы предлагается блокада мышцы, выпрямляющей позвоночник (ESP-блок), которая, являясь более поверхностной и простой в исполнении, позволяет избежать многих из перечисленных рисков.

Механизм действия и техника выполнения: ESP-блок относится к фасциальным блокадам. Его цель – локальное введение анестетика (например, ропивакаина) в фасциальную плоскость между глубокой стороной мышцы, выпрямляющей позвоночник (*m. erector spinae*), и поперечными отростками грудных позвонков. При введении препарат распространяется краниально и каудально, проникая через межпоперечные связки к вентральным и дорсальным ветвям спинномозговых нервов, обеспечивая сенсорную блокаду на ипсилатеральной стороне.

Техника выполнения проводится под ультразвуковым контролем (УЗИ). Датчик устанавливается в сагиттальной плоскости для визуализации поперечного отростка целевого позвонка (обычно T4-T5). Игла проводится в плоскости датчика к месту назначения, и после гидропрепарирования фасциальной плоскости вводится основной объем местного анестетика.

Сравнительные преимущества ESP-блока:

**Безопасность:** Игла не проникает в эпидуральное или интратекальное пространство, что практически исключает риск нейротравмы, тотальной спинальной анестезии и гематомы. Отсутствует риск симпатической блокады, что минимизирует артериальную гипотензию.

**Техническая простота:** Ультразвуковая визуализация поперечного отростка и фасциальной плоскости является более простой задачей по сравнению с идентификацией эпидурального пространства, что особенно важно для пациентов с ожирением или деформациями позвоночника.

**Применимость у пациентов с коагулопатией:** ESP-блок может быть безопасной опцией для пациентов, получающих антикоагулянтную терапию, где выполнение ЭА противопоказано.

**Цель исследования:** Оценить эффективность ESP-блока на грудном уровне в составе мультимодальной аналгезии во время операций на грудной клетке и провести сравнительный анализ с торакальной эпидуральной анестезией.

**Материалы и методы:** В проспективное рандомизированное сравнительное исследование было включено 60 пациентов, запланированных на видеоторакоскопию или атипичную резекцию легкого. Пациенты были разделены на две группы: группа ESP (n=30), которым до индукции в анестезию выполнялся ультразвуковой ESP-блок на соответствующем уровне (Th4-Th6) с введением 20-25 мл 0.375% ропивакаина, и группа ТЭА (n=30), которым устанавливался эпидуральный катетер на том же уровне с интраоперационным дробным

введением аналогичного раствора и последующей инфузией 0.2% ропивакаина в послеоперационном периоде. Во всех случаях применялась стандартная общая анестезия и послеоперационная мультимодальная аналгезия (парацетамол, НПВП, с добавлением наркотического анальгетика по требованию). Оценивались интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в покое и при кашле, динамика потребления опиоидных анальгетиков за 24 часа, частота побочных эффектов (тошнота, рвота, артериальная гипотензия, моторный блок) и удовлетворенность пациентов.

**Результаты:** Анализ показал статистически незначимое различие в уровне послеоперационной аналгезии. Средние значения ВАШ в покое и при кашле в обеих группах соответствовали критериям эффективного обезболивания. Среднее значение в основной группе=4.5, среднее значение в контрольной группе=4.1. Однако, потребление опиоидных анальгетиков в группе ESP было на 15% выше, чем в группе ТЭА. В группе ТЭА чаще наблюдались артериальная гипотензия, требующая коррекции (30% vs 20%). Моторный блок не развился ни у одного из исследуемых пациентов. Удовлетворенность пациентов была сопоставимой в обеих группах.

**Заключение:** ESP-блок демонстрирует сопоставимую с торакальной эпидуральной анестезией эффективность в обеспечении интраоперационной и ранней послеоперационной аналгезии при торакальных операциях и может стать безопасным альтернативным компонентом сочетанной анестезии в тех случаях, когда выполнение эпидуральной анестезии противопоказано или представляет технические трудности.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛУЧЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

Сивохина Т.А., Крейндель М.Д., Бусова О.И., Золотарева Т.Г.

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

**Актуальность.** В последние десятилетия отмечается тенденция к росту злокачественных новообразований в структуре гинекологической патологии. Происходит большой прирост пациенток младшего и среднего репродуктивного возраста с данным диагнозом. Неотъемлемой частью комбинированного лечения злокачественных опухолей тазовой локализации является лучевая терапия (ЛТ). Радикальное лучевое лечение предусматривает получение длительного и стойкого эффекта в результате гибели всей опухоли в облучаемом объеме. Часто в процессе лучевой терапии наступает выраженная регрессия опухоли. ЛТ угнетает способность эпителия кожи и слизистых к регенерации, провоцирует возникновение местных повреждений и инфицирование их, способствует появлению «местного иммунодефицитного состояния» после облучения, приводящих к дерматитам, эпителиитам, лучевым язвам. Одним из частых осложнений лучевой терапии при данной патологии - лучевой (радиационный) проктит – поражение прямой и сигмовидной кишки (проктосигмоидит), вызванное воздействием ионизирующего излучения как осложнение лучевой терапии злокачественных опухолей. Ранние – острые лучевые повреждения прямой кишки обычно возникают через несколько часов или дней после проведения ЛТ и купируются на фоне консервативной терапии в течение 3 мес. Поздние – лучевые повреждения прямой кишки наиболее часто имеют мнимый светлый промежуток и клинически начинают проявляться через 6-12 мес после лучевого воздействия.

В комплексном лечении этой группы пациентов успешно применяется метод гипербарической оксигенации (ГБО) вследствие антигипоксического, антибактериального, детоксикационного свойства гипербарического кислорода.

Процедура ГБО способствует восстановлению и улучшению микроциркуляции, усилению регенераторных возможности тканей, антиоксидантной защиты крови, нормализации системной гемодинамики, ликвидации отёка, что позволяет профилактировать, снижать негативные побочные эффекты лучевой терапии, в том числе и отдалённые последствия - постлучевой фиброз мягких тканей.

Клиническая картина лучевых повреждений характеризуется: наличием патологических примесей в кале (слизи, крови), нерегулярным стулом, возможны и запоры, и поносы, тенезмы. Болевым синдромом периодическим или постоянным разной интенсивности и локализации (внизу живота, в области промежности, ануса), усиливающимся при акте дефекации. Данные симптомы значительно снижают качество жизни пациентов. Из заболевших лучевым проктитом и проктосигмоидитом многие пациенты в своих жалобах отмечают умеренное ухудшение качества жизни, большинство испытывают серьезные функциональные проблемы со стороны толстой и прямой кишки, связанные с осложнениями лучевого проктита: стриктура и рубцовая деформация кишки, свищи.

Метод ГБО оказывает целый ряд эффектов, благоприятно влияющих на состояние больного: противоотечный, противовоспалительный, восстанавливает сниженный кровоток в органах и тканях, нормализует синтез коллагена, ускоряет течение раневого процесса, обладает иммуностимулирующей функцией, улучшает сон и аппетит.

**Цель.** Оценить эффективность комплексного использования ГБО на фоне лучевой терапии как метода лечебного воздействия и профилактики лучевых поражений.

**Материалы и методы.** В кабинете ГБО за 2024 г. было пролечено 38 пациенток основной группы со злокачественными опухолями органов малого таза: шейки и тела матки, мочевого

пузыря, прямой кишки, которым проводились сеансы ГБО на аппаратах БЛКС-303, БЛКС-307 ежедневно от 7 до 10 раз, экспозицией 60 минут под давлением 1,3 АТА. Группа сравнения составляла 21 пациентка с аналогичной патологией. Процедуру ГБО пациентки этой группы не получали. Обе группы были репрезентативны по стадийности заболевания и методам лечения.

**Результаты.** У 30 пациенток основной группы воздействие ГБО способствовало уменьшению отёка, гиперемии мягких тканей в зоне облучения, снижению интенсивности болевого синдрома, резей при мочеиспускании, общей слабости уже к 4 сеансу ГБО. Отмечалось уменьшение выделения крови из прямой кишки при дефекации и урежение частоты стула до 1 раза в сутки к концу лечебного курса ГБО. У 8 пациенток не наблюдалось видимой динамики на фоне процедуры ГБО.

В контрольной группе у 21 пациентки без ГБО длительно сохранялись отёк и гиперемия мягких тканей в зоне облучения, болевой синдром, выделение крови и слизи из прямой кишки при дефекации, частота стула до 5-7 раз в сутки, общая слабость.

**Выводы.** Сочетание ГБО с лучевой терапией позволяет пройти полный курс ДЛТ не прерывая лечения; повысить эффективность лечения лучевых реакций и постлучевых осложнений. На фоне ГБО повышается эффективность комплексной терапии, оптимизируется лечебный процесс и улучшается качество жизни пациентов.

Полученные результаты позволяют рекомендовать гипербарическую оксигенацию в медицинской реабилитации онкологических больных как эффективный метод сопроводительного лечения.

## **КРИТЕРИИ ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ К ОТСРОЧЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ФАРИНГОЭЗОФАГАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ ПОСЛЕ КОМБИРИВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**Сидоренко А.О., Каганов О.И., Махонин А.А., Сагдеев Р.Р., Гаджиев М.Г.,  
Чуйкова А.Ю., Копылов А.В.**

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

**Введение:** Выявляемость рака гортани и гортанного отдела глотки на 3 и 4 стадиях в 2022 г составляла 67% и 85% соответственно. Пациенты с распространенным процессом на первом этапе получают хирургическое лечение, которое зачастую приводит к нарушению непрерывности пищевого тракта. Основной задачей реабилитации является – восстановление дигестивного тракта после проведенного комбинированного лечения. Не зависимо от сроков проведения отсроченной пластики, выбора реконструктивного материала и типа дефекта на этапе отсроченной реконструкции часто возникают послеоперационные осложнения.

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

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни пациентов, которым была проведена отсроченная реконструкция фарингеальных и фарингоэзофагеальных дефектов после комбинированного лечения распространенного рака гортани и гортаноглотки. В исследование вошли пациенты с 0, I, II типами дефектов глотки. В качестве пластического материала применяли местные ткани, дельтопекторальный и пекторальный трансплантаты.

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

**Выводы.** К наиболее частым осложнениям относились: несостоятельность анастомоза с последующим формированием свища и рефарингостом. К факторам риска возникновения данных осложнений при наличии жизнеспособности пластического материала можно отнести постлучевые изменения, воспалительный процесс, ослабленный нутритивный статус, наличие интоксикации организма и сниженный уровень общего белка и альбумина. Создание алгоритма отбора пациентов к отсроченной пластике позволит определить сроки и показания к отсроченной реконструктивно-восстановительной операции, а также обоснованно снизить риск послеоперационных осложнений.

## ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕОРГАННОЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Симонов М.В., Баландина А.В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара»

**Актуальность:** Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST) являются наиболее частыми мезенхимальными новообразованиями желудочно-кишечного тракта. Однако внеорганные (экстрагастроинтестинальные) GIST, растущие из мезенхимы брыжейки, сальника или забрюшинного пространства, представляют собой редкую и сложную диагностическую категорию. Их распространенность составляет менее 5% от всех случаев GIST.

**Цель:** Описание лучевой семиотики морфологически верифицированного случая внеорганной гастроинтестинальной стромальной опухоли (GIST).

**Материалы и методы:** Пациент 65 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастральной области и левом подреберье, тошноту, снижение массы тела. Симптомы прогрессировали в течение нескольких месяцев. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости в левой верхней половине брюшной полости выявлено объемное образование. Для уточнения характера патологии выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) брюшной полости с внутривенным болюсным контрастным усилением.

**Результаты и обсуждение:** При МСКТ в мезогастральной области слева, вне связи с органами желудочно-кишечного тракта, выявлено солидное объемное образование неправильной формы размерами 120\*85\*92 мм, с нечеткими неровными контурами. Образование оттесняло петли тонкой кишки. При контрастном усилении отмечался выраженный неоднородный характер накопления контрастного вещества по периферии и в перегородках образования, с наличием обширных участков некроза в центре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. По данным лучевой картины был заподозрен злокачественный мезенхимальный процесс. Пациенту выполнена лапаротомия с удалением опухоли. При гистологическом и иммуногистохимическом (ИГХ) исследовании: иммунофенотип и гистологическое строение опухоли соответствуют гастроинтестинальной стромальной опухоли (GIST) с низкой митотической активностью (менее 5 на 5 мм<sup>2</sup>), больших размеров, с высоким риском рецидива заболевания.

GIST – наиболее частая мезенхимальная опухоль ЖКТ, однако внеорганная (экстрагастроинтестинальная) локализация является редкой находкой. Такие опухоли, предположительно, возникают из клеток-предшественников интерстиция Кахала или из мезенхимы брыжейки. Внеорганные GIST часто достигают больших размеров, имеют выраженный некротический компонент и могут имитировать другие мезенхимальные новообразования брюшной полости и забрюшинного пространства (лейомиосаркому, шванному, солидную псевдопапиллярную опухоль). Постановка окончательного диагноза невозможна без гистологического и ИГХ-исследования.

**Выводы:** Внеорганная (экстрагастроинтестинальная) гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST) является редкой патологией и представляет значительные трудности для дооперационной лучевой диагностики. Отсутствие связи со стенкой желудка или кишечника на КТ делает ее неотличимой от других мезенхимальных новообразований брюшной полости (лейомиосаркомы, злокачественной опухоли оболочки периферического нерва, солидной псевдопапиллярной опухоли). Несмотря на отсутствие патогномичных признаков, для внеорганной GIST характерны определенные КТ-особенности: крупные размеры на момент выявления, выраженный неоднородный характер за счет кистозно-некротических изменений и участков кровоизлияний, а также интенсивное неоднородное контрастное усиление солидного компонента и перегородок. Отсутствие значимого увеличения регионарных лимфоузлов является типичным признаком.

Все случаи подобных образований, выявленные лучевыми методами, должны быть морфологически верифицированы. Диагностика и лечение внеорганных GIST требуют тесного взаимодействия рентгенологов, хирургов, морфологов и онкологов. Интеграция данных лучевых, гистологических и молекулярно-генетических методов позволяет установить точный диагноз и разработать оптимальную тактику ведения пациента, включая хирургическое лечение и назначение таргетной терапии.

## **РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НЕВИЗУАЛИЗИРУЕМЫХ ПРИ УЗ-ИССЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНИ ПОД КОНТРОЛЕМ ПДКТ**

**Скупченко А. В., Пущенко А. И., Рассудишкин А. С., Репин А. А.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность:** Пункции опухолей печени (метастазов) при выполнении РЧА в 90 % случаев выполняются под контролем УЗИ. Опухоли недоступные пункции под УЗИ контролем при потенциально выполнимой абляции чаще всего переходят в другой вид терапии ( лекарственная, протонная, лучевая), однако эффективность абляции при данной патологии сравнима с хирургическим лечением. Метастазы колоректального рака доступные к выполнению абляции отбираются по определённым критериям: не более 5 опухолей, наибольшая из которых размером до 5 см, расположенные на безопасном расстоянии от крупных сосудов и анатомических структур травма которых может привести к витальным осложнениям. Мультидисциплинарные консилиумы по тактике лечения метастазов в печень колоректального рака доступных к выполнению абляции, чаще всего рассматривают выполнение абляции как приоритетный метод лечения данной патологии. Однако есть группа пациентов, у которых УЗИ визуализация метастазов печени крайне затруднена ввиду анатомической локализации или отсутствием четкой визуализации ввиду ее изоэхогенной структуры с паренхимой печени (отсутствие при этом ее четкой дифференцировки от окружающих тканей печени). В нашем лечебном учреждении возможно выполнение ПДКТ с пункцией образований под контролем ПДКТ в режиме ExpertGuide.

**Цель:** Разработать эффективный метод пункции метастазов печени для выполнения РЧА при отсутствии УЗ визуализации.

**Материалы и методы:** 10 больных колоректальным раком IV стадии с единичными или двумя метастазами в печень, размеры от 6 мм до 34 мм с полным отсутствием УЗИ визуализации или невозможностью выполнить пункцию под контролем УЗИ ( отсутствие безопасного акустического окна). Всем пациентам ранее проведено хирургическое лечение основной опухоли.

Радиочастотная абляция выполнялась аппаратом Coviden Cool Tip E series, электроды подбирались индивидуально под каждый случай, используемые электроды RFA 1020, 1030, 1540.

Через бедренный доступ поочередно в чревный ствол устанавливался висцеральный катетер для проведения двухфазной ПДКТ. Далее проводился расчет и оценка возможности выполнения абляции метастазов в режиме ExpertGuide с расчетом зоны абляции и безопасности трассы. Всем пациентам выполнена РЧА метастазов под контролем ПДКТ с последующей контрольной интраоперационной оценкой эффективности проведенной РЧА, путем выполнения ПДКТ с контрастированием. После оценки зоны РЧА и отсутствием осложнений визуализируемых при ПДКТ, операция заканчивалась.

**Результаты:** Во всех случаях удалось достичь желаемого результата при проведении РЧА с соблюдением зоны абластики 5 мм. Всем пациентам выполнена контрольная компьютерная томография с контрастированием органов брюшной полости через 1 месяц, данных за рецидив в зоне РЧА не выявлено.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОККЛЮЗИОННОГО БАЛЛОНА ДЛЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Скупченко А.В., Репин А.А., Рассудишкин А.С., Пущенко А.И.

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

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

**Цель исследования:** Оценка результатов лечения больных с промежуточной стадией гепатоцеллюлярного рака после «цементирующей эмболизации» опухоли, включающей заполнение эмболизирующим материалом питающих артериальных сосудов, самой опухоли и ветвей воротной вены.

**Материалы и методы:** Решение о выполнении химиоэмболизации печеночной артерии принято на мультидисциплинарной комиссии. 21 пациент с промежуточной стадией гепатоцеллюлярного рака, (28 опухолей), размеры опухолей 1,3-5,1 см, суперселективная эмболизация выполнялась комплексом липиодола и раствора доксорубина после предварительной окклюзии питающего опухоль сосуда баллоном Occlusafe, Непосредственные результаты выполненной суперселективной химиоэмболизации оценивались при помощи субтракционной ангиографии по критериям Miyaama S. Степень достигнутой окклюзии по Miyaama S : Grade 0-2 опухоли ( 7%), Grade 1-4 опухоли ( 14%), Grade 2-22 опухоли ( 79%).

**Результаты:** Оценка результатов проводилась по данным 3D – СТ и критериям M. RECIST через 3 месяца, 6 месяцев и 12 месяцев. Время выявленного продолженного роста опухоли при окклюзии по Miyaama S.

Grade 0 (2 опухоль), через 12 месяцев – 100%,

Grade 1(4опухоли) 2 через 1 месяц. 50%,

Grade 2(22 опухолей) – 2 через 12 месяцев.9%

### **Выводы:**

1. Суперселективная эмболизация гепатоцеллюлярного рака размерами до 5 см с использованием окклюзионного микробаллона позволяет эффективно достигать «цементирующей эмболизации» опухоли, включающей заполнение эмболизирующим материалом питающих артериальных сосудов, самой опухоли и ветвей воротной вены.

2. Наибольшая эффективность эмболизации с использованием окклюзионного баллона достигается только при Grade 2 по шкале Miyaama S.

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ВОЗМОЖНОЙ ИНВАЗИЕЙ В СТЕНКУ ПРЯМОЙ КИШКИ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, СОПОСТАВЛЕНИЕ С РЕЗУЛЬТАТАМИ МРТ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ**

**Смирнов Е.В., Аблокова О.Н., Каганов О.И., Лужнова Т.П., Толстых Ю.Е.,  
Изгарская С.С.**

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

**Актуальность.** Рак предстательной железы (РПЖ) один из наиболее распространенных видов рака у мужчин. В мире РПЖ занимает второе место по распространенности среди онкологических заболеваний у мужского населения, уступая только раку легких. Смертность от РПЖ в мире составляет около 10% от всех случаев смерти от рака у мужского пола, а в России этот показатель составляет около 8%. В Самарской области ежегодно выявляется около 1500 новых случаев РПЖ, а смертность от этого заболевания составляет около 6% от всех случаев смерти от рака у мужчин. Ведущие методы для диагностики рака предстательной железы – ультразвуковое исследование с трепанбиопсией предстательной железы, с дальнейшим гистологическим исследованием полученного материала, и магнитно-резонансная томография.

**Цель исследования.** Оценить возможность ультразвукового исследования в сравнении с магнитно-резонансной томографией для определения распространения рака предстательной железы.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов историй болезни 20 пациентов с диагнозом рак предстательной железы. 10 пациентов, у которых установлен диагноз рак предстательной железы впервые, ПСА крови в этой группе пациентов варьировал от 39 до 1347 нг/мл. 10 пациентов находились в процессе лечения рака предстательной железы (гормонотерапия и HIFU), ПСА крови в этой группе варьировал от 1,2 до 4,3 нг/мл.

**Результаты исследования.** При ультразвуковом исследовании у всех 20 пациентов были выявлены эхографические признаки инфильтрации перипростатической клетчатки, инфильтрация параректальной клетчатки у 7 пациентов, подозрение на инвазию в стенку прямой кишки у 2 пациентов, и в 5 случаях признаки инвазии в стенку мочевого пузыря и стенку прямой кишки одновременно. При МРТ выявлены рубцовые изменения в параректальной клетчатке у 2 пациентов, без признаков инвазии в стенку прямой кишки; распространение процесса на мезоректальную фасцию было у 7 пациентов, инвазия в параректальную клетчатку с подрастанием к стенке прямой кишки в 5 случаях, у 2 пациентов выявлена инвазия в стенку прямой кишки, и у 4 пациентов выявлена инвазия в стенку прямой кишки и стенку мочевого пузыря.

По результатам консилиума 8 пациентам назначена гормонотерапия, 4 пациентам гормонотерапия совместно с химиотерапией, 8 пациентам гормонотерапия с лучевой терапией.

**Выводы.** Ультразвуковое исследование позволяет определить распространение рака предстательной железы за капсулу, но инвазию в стенку прямой кишки и мочевой пузырь не всегда возможно оценить эхографически. По результатам нашего анализа, ультразвуковая диагностика высокоэффективна для определения распространения рака предстательной железы и необходима в качестве первичного метода диагностики для выбора дальнейшей тактики лечения.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И КОММУНИКАЦИЯ С ДЕЗОРИЕНТИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ: РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАК КЛЮЧЕВОГО ЗВЕНА ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Топоркова Г.В., Латыпова М.М.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность проблемы.** После удаления опухолей головного мозга (глиом, менингиом, метастазов и др.) у 30-70% пациентов развивается послеоперационный делирий или спутанность сознания – временное нарушение когнитивных функций, ориентации, внимания и восприятия. Это состояние: увеличивает риск самоповреждений (попытки вырвать катетеры, дренажи, встать без помощи), замедляет начало реабилитации, повышает потребность в седативных и нейролептических препаратах, что ведёт к дополнительным побочным эффектам (гипотензия, запоры, задержка мочи, угнетение дыхания), вызывает тревогу и стресс у родственников, удлинняет госпитализацию и повышает стоимость лечения. Медицинская сестра – первый, кто замечает изменения в поведении пациента, и последний, кто может мягко, без лекарств, вернуть его в реальность.

**Цель** – оценить роль медицинской сестры в восстановлении пациентов нейрохирургического профиля.

**Материалы и методы:** основными методами коммуникации медицинской сестры с пациентами являются: раннее выявление дезориентации, техника реориентации и вербальной поддержки, снижение сенсорной перегрузки, вовлечение семьи, профилактика самоповреждений без физических ограничений.

**1. Раннее выявление дезориентации (медсестра оценивает):**

Острое изменение психического статуса

Нарушение внимания

Нарушение мышления

Изменённый уровень сознания

Раннее выявление дезориентации позволяет объективизировать субъективное впечатление и запустить алгоритм поддержки.

**2. Техники реориентации и вербальной поддержки (каждый контакт — возможность реориентировать):**

Например: *«Здравствуйте, Иван Петрович, вы в нейрохирургическом отделении после операции. Сегодня 15 мая, утро. Меня зовут Анна, я ваша медицинская сестра. Сейчас я проверю ваше давление – всё под контролем».*

**3. Снижение сенсорной перегрузки**

Уменьшение шума (выключение лишних звуков мониторов, групповых разговоров у кровати).

Ограничение числа посетителей одновременно.

Использование берушей или наушников с расслабляющей музыкой (если пациент адекватен к выбору).

Избегание резких движений и громкой речи.

**4. Вовлечение семьи – сила поддержки (медсестра обучает родственников):**

Как правильно общаться: спокойно, медленно, с именем, с напоминанием места и времени.

Что не делать: спорить, поправлять резко, оставлять одного в незнакомой обстановке.

Как использовать личные предметы (фото, плед, книгу) для создания ощущения безопасности.

Например: *«Мама, ты в больнице, тебе сделали операцию – всё прошло хорошо. Я рядом. Сейчас сестра Анна тебе поможет.»*

**5. Профилактика самоповреждений без физических ограничений (вместо фиксации – сопровождение)**

Частые обходы (каждые 30-60 мин для агитированных пациентов).

Отвлечение: предложить воду, одеяло, помочь с положением тела

Назначение «наблюдателя» из числа обученных младших сотрудников.

**Обсуждение:** психологическая поддержка дезориентированного пациента – не «дополнительная услуга», а неотъемлемая часть сестринского процесса в нейрохирургической онкологии.

Грамотная, системная, человеческая коммуникация сестры способна заменить таблетку, предотвратить осложнение и вернуть пациенту ощущение безопасности – что особенно ценно в период уязвимости после операции на мозге.

**Вывод:** инвестиции в обучение медсестёр и стандартизацию подходов окупаются снижением нагрузки на врачей, сокращением осложнений и повышением качества жизни пациентов и их семей.

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

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Первичные лимфомы легкого редки, тогда как вторичное вовлечение легких при генерализованной лимфоме - довольно частое явление. Одиночные узлы в легких иногда встречаются при лимфоме, возникающей из лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистыми оболочками (MALT). Лимфома Ходжкина (ЛХ) в легочной ткани встречается крайне редко.

**Цель исследования.** Проанализировать сложности и особенности диагностики лимфомы Ходжкина в легких.

С клинической точки зрения ЛХ можно разделить на классическую ЛХ (95%) и ЛХ нодулярного типа с лимфоидным преобладанием (5%). Как правило, наблюдается периферическая лимфаденопатия без вовлечения средостения или абдоминальной области. Во всех случаях классической ЛХ присутствуют клетки Рид - Штернеберга или Ходжкина с фенотипом: CD30+/CD15+/CD20-/CD79a-/pax5+/CD45-/ЭМА-. Для опухолевых клеток ЛХ нодулярного типа с лимфоидным преобладанием характерным фенотипом является: CD30-/CD15-/CD20+/CD79a+/pax5+/CD45+/Oct2+/ЭМА+.

Клинический случай. Пациентка П. 1947 г.р. в 2017г. обратилась в ГБУЗ СОКОД с жалобами на увеличение лимфатических узлов. Заключение УЗ-исследования: лимфаденопатия периферических лимфатических узлов (шейных, надключичных, подключичных, подмышечных) с обеих сторон по типу гиперплазии (дифференцировать с лимфопролиферативным заболеванием). Узловые образования обеих долей щитовидной железы – по эхографической картине многоузловой зоб. Справа и слева TI-RADS 2. Под УЗ-контролем выполнена ТАПБ лимфатических узлов боковой поверхности шеи справа и слева. Материал отправлен на цитологическое исследование. Результат цитологического исследования: лимфоидные элементы с преобладанием зрелых лимфоцитов. В ноябре 2023 г. обратилась в консультативно-поликлиническое отделение ГБУЗ СОКОД с жалобами на слабость, снижение аппетита. Предварительный диагноз: рак правого легкого cT2N3M1(легкие). 4 ст. 2 кл гр. Результат УЗ-исследования: данных за патологию периферических лимфатических узлов не выявлено. Результат рентгенологического исследования органов грудной клетки: множественные инфильтративные образования легких, нельзя исключить БАР. Выпот в правой плевральной полости. По решению врачебной комиссии показано проведение атипичной резекции правого легкого. Интраоперационно были получены мазки-отпечатки с опухоли легкого. Результат цитологического исследования: небольшие пласты клеток респираторного эпителия, разрозненные, крупные, лимфоцитоподобные злокачественные клетки с наличием многоядерных форм, выраженная лимфоидная реакция, макрофаги. Цитологически нельзя исключить лимфому Ходжкина. Гистологическое заключение: гистологических данных за рак нет. С целью дифференциальной диагностики между воспалительным лимфолиферативным заболеванием легкого возможно проведение иммуногистохимического (ИГХ) исследования. Результат ИГХ исследования: отрицательная экспрессия: CD20, CD1a, CD3, CD21, CD34, CD45, Cytokeratin8/18; положительная экспрессия: CD30, CD68, Ki67. Заключение: гистологическая картина и иммунофенотип клеток инфильтратов легких соответствует классической лимфоме Ходжкина с экстранодальным поражением. Показано химиотерапевтическое лечение (6 циклов ПХТ).

**Вывод.** Для диагностики лимфомы Ходжкина в легочной ткани необходимы дополнительные методы исследования: проточная цитометрия с фенотипированием лимфоцитов, иммуноцитохимия, поскольку специфические и неспецифические заболевания с лимфоцитарным компонентом могут вызывать значительные трудности.

## ХОРДОМА. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Хордома – это редкая (3-4% всех первичных злокачественных опухолей скелета) медленно растущая, локально деструктивная злокачественная опухоль, склонная к экспансии в мягкие ткани.

**Цель исследования.** Проанализировать сложности и особенности диагностики хордомы.

Хордомы практически всегда локализируются в аксиальном скелете: в крестцово-копчиковой области (50%), в базально-затылочной области (35%), в шейном отделе (15%). Характерными цитологическими признаками хордомы являются: обильный хондромиксоидный матрикс и фибриллярная субстанция в фоне препарата, наличие физалиформных клеток (большие эпителиоидные клетки с обильной вакуолизированной цитоплазмой, округлыми ядрами). При иммуноцитохимическом исследовании хордомы экспрессируют белок S100, ЭМА и/или низкомолекулярные кератины, Brachyury.

Клинический случай. Пациент П. 1943 г.р. обратился с жалобами на наличие образования области копчика. D36.7 Опухоль области копчика. 1а кл. гр. При рентгенографии крестцово-копчикового отдела позвоночника выставлено подозрение на остеому S4 крестца. Выполнена ТАБ образования мягких тканей крестцово-копчиковой области, материал отправлен на цитологическое исследование. Результат цитологического исследования: скопления слабо и умеренно полиморфных эпителиоподобных клеток в полях межуточного оксифильного вещества. Цитограмма опухоли соединительно-тканного генеза. Результат МРТ исследования органов малого таза: опухоль копчика с вовлечением S5 позвонка, левой большой ягодичной мышцы. Структурные изменения боковых масс крестца, левой подвздошной кости – подозрение на метастаз; реактивные изменения прилежащих отделов большой и малой ягодичных мышц слева; гиперплазия предстательной железы с формированием средней доли. Пациенту выполнена открытая биопсия опухоли. Цитологическое заключение интраоперационного материала образования крестца: цитограмма опухоли из слабо полиморфных хондроцитоподобных клеток среди бесструктурного оксифильного вещества. Результат гистологического исследования: гистологическая картина может соответствовать хордоме \ мезенхимальной хондросаркоме \ экстраскелетной миксоидной хондросаркоме high grade\ миоэпителиальной карциноме. Для уточнения гистогенеза необходимо ИГХ-исследование. Результат ИГХ исследования: положительная экспрессия: Cytokeratin 8/18 – интенсивная экспрессия в опухолевых клетках диффузно, S-100 – фокальная цитоплазматическая экспрессия, ЕМА, Ki 67 – до 25%; отрицательная экспрессия: Desmin, p 63, Synaptophysin, Actin Muscle Specific, CD 99. Заключение: гистологическая картина и иммунофенотип соответствуют хордоме, конвенциональный вариант. ICD-O код 9370/3. Лучевая терапия.

**Вывод.** При диагностике хордомы необходимо учитывать локализацию опухоли, а также наличие физалиформных клеток, которые являются определяющим признаком хордомы и помогает отличить ее от хондросаркомы.

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ ИЗ МЕЛКИХ КЛЕТОК. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

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

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** В большинстве случаев плоскоклеточной карциномы в цитологических препаратах обнаруживаются атипичные клетки, характеризующиеся ороговением и наличием межклеточных мостиков. На этом фоне плоскоклеточная карцинома из мелких клеток представляет значительные трудности в дифференциальной диагностике.

**Цель исследования.** Проанализировать сложности и особенности диагностики плоскоклеточной карциномы из мелких клеток.

Плоскоклеточный рак (ПКР) – это тип рака, который развивается из плоских клеток, выстилающих поверхность различных органов и тканей. Статистика по ПКР различается в зависимости от локализации опухоли: на ПКР кожи приходится около 25% всех случаев злокачественных новообразований кожи; ПКР пищевода, анального канала, шейки матки – это наиболее распространенный вид рака для этих локализаций (85-90%); ПКР легкого составляет 25-30% всех случаев рака легкого.

Клинический случай 1. Пациент Л. 1962 г.р. обратился в ГБУЗ СОКОД с жалобами на боли в правой половине грудной клетки и межлопаточной области. Результат КТ органов грудной клетки: центральный рак в доли правого легкого, метастазы в надключичные справа, медиастинальные, бронхопульмональные справа лимфоузлы, печень, кости. Патологический перелом тела Th7 с распространением в позвоночный канал и на паравертебральные ткани справа. Результат бронхоскопии: справа просвет верхнедолевого бронха деформирован до щелевидного бугристой опухолью плотной консистенции, кровоточащей при инструментальной пальпации. Заключение: рак правого легкого. Выполнена браш-биопсия из бронхов верхней доли правого легкого. Материал отправлен на цитологическое и гистологическое исследование. Результат цитологического исследования: комплексы рака из мелких, лимфоцитоподобных клеток с многочисленными голядерными элементами, вероятно, мелкоклеточный рак. Результат гистологического исследования: плоскоклеточный рак.

Клинический случай 2. Пациент Х. 1963 г.р. обратился с жалобами на сухой кашель, одышку, усталость, отсутствие аппетита. Результат КТ органов грудной клетки: КТ-картина может соответствовать центральному раку правого легкого, метастаз в печень. Образования правого надпочечника, подозрение на метастаз. Хронический холецистит. Липоматоз поджелудочной железы. Выполнена ТАБ образования печени: II-III сегменты печени – образование округлой формы, размерами 5,5 x 5,0 см, с неровными, нечеткими контурами, неоднородной структуры, смешанной экзогенности. Материал отправлен на цитологическое исследование. Результат цитологического исследования: цитограмма опухоли из мелких, слабо полиморфных клеток округлой формы, возможно, нейроэндокринного генеза. При бронхоскопии выявлено: справа устье н/ долевого бронха сужено, деформировано за счет давления извне и инфильтрации слизистой оболочки. Выполнена щипковая биопсия, материал отправлен на гистологическое исследование. Результат гистологического исследования: Нейроэндокринная опухоль? ИГХ-исследование. Результат ИГХ-исследования: положительная экспрессия: Cytokeratin8/18 – мембранное окрашивание 100% опухолевых клеток, p63 – ядерное окрашивание 60% опухолевых клеток, ChromograninA - клетки опухоли, Synaptophysin - клетки опухоли, Ki67 – 70%. Заключение: гистологическое строение и иммунофенотип немелкоклеточной (плоскоклеточной) карциномы с нейроэндокринной дифференцировкой. Выставлен диагноз: С34.2 Центральный рак правого легкого сT2N1M1(печень), 4ст,2 кл.гр. 3 цикл ПХТ.

Клинический случай 3. Пациент Н. 1932 г.р. наблюдается с диагнозом: Рак предстательной железы T2aH0M0Gx, ТУР, HIFU(2012г.), стабилизация процесса. Множественные кератомы волосистой части головы и лица 1б кл.гр. Обратился с жалобами на опухолевидное образование кожи головы, зудящее. При осмотре на коже волосистой части головы опухолевидное образование размером 2,0 см, розового цвета, плотное, неподвижное, безболезненное. Лимфатические узлы шеи при пальпации не увеличены. Подозрение на базальноклеточный рак кожи головы .1a клиническая группа. Выполнена резекция. Заключение: гистологическая картина может соответствовать бепигментной меланоме/карциноме из придатков кожи. ИГХ-исследование. Результат ИГХ исследования: отрицательная экспрессия – MelanA, положительная экспрессия: Cytokeratin8/18 – мембранное окрашивание клеток опухоли, p63 – диффузное ядерное окрашивание. Заключение: Иммунофенотип и гистологическое строение соответствует плоскоклеточному неороговевающему раку, G3, толщиной 5мм по Бреслоу, без инвазии за ретикулярный слой дермы, без достоверной ангиолимфатической и периневральной инвазии. Латеральные края и нижний край резекции без опухолевого роста.

**Вывод.** Для диагностики плоскоклеточной карциномы из мелких клеток необходимы дополнительные методы исследования: иммуноцит(гисто)химия. Дифференциальный диагноз: аденогенный рак, нейроэндокринные опухоли, базальноклеточный рак.

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Федулаева С.Б.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Заболевания сердца и сосудов у людей с онкологическими заболеваниями стали одной из значимых проблем современной медицины. Успешное лечение больных раком, к сожалению, порой сопровождается развитием болезней сердца и сосудов. Причины этого связывают с кардиотоксическими эффектами противоопухолевых препаратов, воздействием лучевых методов лечения, а также тем, что само онкологическое заболевание провоцирует появление сердечно-сосудистых проблем.

В современной онкологии все большее значение приобретает своевременная диагностика заболеваний сердца, перикарда и оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы. В течение последних трех десятилетий эхокардиография (ЭхоКГ) и стресс-ЭХОКГ заняли одно из основных мест в ряду многих неинвазивных методов диагностики заболеваний сердца. ЭхоКГ – это стандартное ультразвуковое исследование сердца в покое. В случаях необходимости выявления скрытой коронарной недостаточности, ишемии применяется стресс-эхокардиография (стресс-ЭхоКГ) – метод, сочетающий УЗИ сердца с нагрузочным тестом.

Онкологическим больным ЭхоКГ и стресс-ЭхоКГ проводятся для оценки состояния сердечной мышцы (миокарда) и выявления скрытой ишемии (кислородного голодания), которая может возникать на фоне проводимой противоопухолевой терапии или развиваться независимо от неё на фоне предрасполагающих факторов риска. Основная цель – выявить нарушения в работе сердца, которые имеются в покое или возникают при физической или медикаментозной нагрузке, например, при ишемической болезни сердца, когда сердечная мышца испытывает недостаток кислорода. Результаты ЭхоКГ помогают врачам корректировать противоопухолевое лечение и своевременно назначать необходимую кардиологическую терапию.

При проведении исследовании ЭХОКГ и стресс-ЭхоКГ у онкологических больных обязательно присутствие медицинской сестры, она непосредственно отвечает за подготовку пациента (инструктаж, сбор анамнеза, контроль и соблюдения рекомендаций), контроль показателей пациента во время процедуры (АД, ЧСС, самочувствие), а так-же оформляет и ведет необходимую медицинскую документацию. Так же медицинская сестра осуществляет постановку катетера для проведения фармакологической нагрузки, введение фармакологических препаратов, оказывает помощь при проведении неотложных мероприятий в случае возникновения осложнений во время исследования. Чтобы грамотно заполнить протокол ЭхоКГ-исследования, медицинская сестра должна хорошо знать анатомию сердечно-сосудистой системы и терминологию, применяемую в ЭхоКГ. При соответствии медсестры этим требованиям время, затрачиваемое на исследование, значительно сокращается. В нашем диспансере ежегодно в отделении функциональной диагностики медсестринским персоналом выполняется более 30000 ЭхоКГ исследований. Развитие современной онкологической и кардиологической служб неразрывно связано с совершенствованием методов функциональной диагностики и углублением знаний по этой дисциплине.

Очень важно, что достоинствами ЭхоКГ являются неинвазивный характер, возможность применения у постели больного, быстрота получения специфичной, количественной, воспроизводимой и надежной информации, благодаря чему эхокардиография приближается к «золотому стандарту диагностики». Методика не оказывает никаких вредных воздействий на организм, не травматична, не несет облучений, болей, побочных эффектов.

**Выводы.** Не вызывает сомнения, что ультразвуковая диагностика сердца и сосудов относится к одному из самых информативных методов исследований. Своевременная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний крайне необходима. Медицинская сестра – это «правая рука» врача, которая обеспечивает бесперебойную работу кабинетов функциональной диагностики и позволяет доктору сосредоточиться на своей основной задаче — проведении процедуры и интерпретации полученных данных для качественной и своевременной диагностики сопутствующей сердечно-сосудистой патологии у онкологического больного.

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КРР

Фролов С.А., Мешков А.В., Блинов Н.В., Денисова А.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность:** За последние два десятилетия лапароскопические технологии активно внедряются в повседневную хирургическую практику. Их эффективность в отношении колоректальной хирургии доказана во многих крупных международных рандомизированных исследованиях. Тем не менее, лапароскопическая хирургия колоректального рака не является общедоступным методом лечения. Среди причин недоверия к лапароскопическим операциям можно отметить убежденность некоторых хирургов в необходимости ручной ревизии органов брюшной полости как окончательного метода оценки распространенности опухоли, а также сомнения в соблюдении принципов радикализма подобных операций.

**Цель исследования:** Несмотря на внедрение лапароскопических технологий в хирургию колоректального рака в последние годы, большая часть оперативных вмешательств выполняется открытым способом. В данной работе представлен собственный опыт внедрения лапароскопических операций у пациентов с диагнозом КРР на базе абдоминального отделения №1 ГБУЗ СОКОД.

**Материалы и методы:** В данное исследование включены пациенты с диагнозом колоректальный рак, проходящие лечение в отделении абдоминальной онкологии №1 ГБУЗ СОКОД в период с января 2024 по август 2025 года. Всего в исследование были включены 350 пациентов. Основная группа составила: 101 пациент с диагнозом КРР, 50 женщин, 51 мужчин, которым были проведены лапароскопически-ассистированные резекции ободочной и прямой кишки. Группа сравнения: 249 пациентов (113 женщин, 136 мужчин соответственно). Средний возраст в обеих группах составил 67 лет  $\pm$  2,3 года. Степень локальной опухолевой инвазии составила рТ2-Т3. У части пациентов (32%) были получены данные о наличии измененных регионарных лимфатических узлов (сN0-2). Объем хирургического вмешательства в обеих группах составил: Правосторонняя/левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки, резекция прямой кишки (локализация опухоли в верхне/среднеампулярном отделе). Обе группы были оценены на основании среднего койко-дня, потребности в анальгезии в послеоперационном периоде, числа осложнений (по классификации Clavien-Dindo), среднего объема кровопотери, продолжительности операции, объема лимфодиссекции и достижения R0 – резекции.

**Результаты исследования:** По таким критериям, как объем лимфодиссекции, достижение R0- резекции достоверных различий между группами выявлено не было. Стоит отметить, что при выполнении лапароскопически – ассистированной резекции прямой кишки чаще, чем при идентичной операции открытым способом, удается достичь ТМЕ оптимального качества. В основной группе средний койко-день составил  $11 \pm 2$ , дней, в группе сравнения –  $17 \pm 2$  дня. Средний объем кровопотери в основной группе составил 30 мл, что существенно меньше по сравнению с контрольной группой, где кровопотеря составила в среднем 70 мл ( $p=0,05$ ). Частота осложнений больше в группе сравнения (Clavien-Dindo II – 15%, Clavien-Dindo III – 3%, Clavien-Dindo IV – 0,9%). Основная группа: Clavien-Dindo II – 10%, по Clavien-Dindo III – 1%. Продолжительность операции достоверно выше в основной группе. В среднем 2,5-3ч, в группе контроля – 1,5-2,0 часа ( $p=0,04$ ). Потребность в анальгезии в послеоперационном периоде была достоверно выше в группе сравнения ( $p=0,01$ ).

**Выводы:** Лапароскопическая хирургия в лечении колоректального рака обладает многочисленными преимуществами. Лапароскопические операции при КРР не уступают традиционным. Объем лимфодиссекции, качество исследуемого препарата остается достаточным для требуемой радикальности оперативного вмешательства. Благодаря высокому

разрешению оборудования удается более прецизионно выполнять лимфодиссекцию, следовать фасциальным слоям, что влечет за собой снижение объема кровопотери и лучшие онкологические результаты. Внедрение лапароскопических технологий в хирургию КРР позволяет в среднем сократить койко-день и ускорить сроки реабилитации пациентов. Возможность записи операции позволяет ускорить процесс обучения хирургов и осуществить стандартизацию этапов оперативного вмешательства. Более широкое применение эндовидеохирургических методик в дальнейшем открывает перспективы к участию искусственного интеллекта в анализе проведенных операций.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО ЛЕКАРСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТЬ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ (ТОРАКАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ)**

**Черная Т. К.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Лекарственная безопасность** – один из ключевых аспектов обеспечения безопасности в медицинской деятельности. В Самарском онкологическом диспансере мы уделяем этому вопросу особое внимание, стремясь сохранить здоровье наших пациентов.

Профессионализм и ответственность каждого сотрудника нашего медицинского учреждения играют центральную роль в обеспечении лекарственной безопасности. Мы придерживаемся следующих основных правил:

1. Строго соблюдаем условия хранения лекарственных препаратов и медицинских изделий.
2. Тщательно следим за сроками годности лекарственных препаратов и медицинских изделий.
3. Организуем точный учёт лекарственных средств и медицинских изделий в отделении.
4. Осуществляем постоянный контроль качества.

Условия хранения лекарственных препаратов и медицинских изделий

В ГБУЗ СОКОД медицинские сёстры строго соблюдают основные требования к хранению лекарственных препаратов и медицинских изделий:

- Учёт группы принадлежности конкретного лекарства.
- Размещение лекарственных средств в специально выделенных местах: металлических шкафах, фармацевтических холодильниках.
- Хранение препаратов, которые следует защищать от света и влаги. Воздух в помещениях должен быть сухим, допустимая влажность — до 65 %.
- Хранение лекарственных препаратов в особых температурных условиях.
- Раздельное хранение препаратов, имеющих похожие названия и/или внешний вид.
- Размещение на одной полке лекарственных препаратов с одинаковым названием, но разной дозировкой, с этикеткой жёлтого цвета «Внимание! дозировка».

### **Аптечка для экстренной помощи**

По рекомендациям Росздравнадзора в помещениях, где находится аптечка для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, на дверь приклеена табличка «Аптечка для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи». Это позволяет в экстренных ситуациях минимизировать время поиска.

### **Памятки по правилам хранения**

В местах хранения лекарственных средств и медицинских изделий размещены памятки с условиями, которые определил производитель. Благодаря наглядности медицинские сёстры правильно трактуют символы и качественно осуществляют хранение.

### **Безопасность хранения**

При получении лекарственных препаратов медицинские сёстры изучают инструкцию, условия хранения и особенности введения. Для безопасности и сохранности лекарства хранятся в процедурном кабинете, в запирающихся шкафах.

### **Контроль сроков годности**

Ежедневно старшей медицинской сестре приходит отчёт из программы «Парус» о лекарственных средствах и медицинских изделиях с ограниченным сроком годности. Это исключает возможность попадания просроченных препаратов в отделения.

Все лекарственные препараты хранятся во вторичной упаковке, сохраняя номер партии и срок годности. Контроль проводится регулярно в конце месяца: проверяются

сроки годности в манипуляционных кабинетах, в аптечках по экстренной и неотложной медицинской помощи.

С 01.09.2025 вступил в силу приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 260н от 29.05.2025 «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств для медицинского применения». Помимо этого, существуют и другие документы, устанавливающие дополнительные условия хранения лекарственных препаратов и медицинских изделий.

### **Стандартизация работы**

Правила хранения лекарственных препаратов и медицинских изделий закрепляются в локальной документации ГБУЗ СОКОД. К таким документам относятся СОПы — стандартные операционные процедуры, которые подробно описывают условия хранения, действия медицинского персонала и т. д. Благодаря внедрению СОПов работа медицинских сестёр по лекарственной безопасности стала более стандартизированной.

### **Внутренний контроль качества как основа эффективной работы медицинских сестёр.**

Внутренний контроль качества является ключевым элементом оценки деятельности медицинских сестёр и играет важную роль в обеспечении безопасности и эффективности медицинского обслуживания. В Самарском онкологическом диспансере мы придаём этому аспекту особое значение, стремясь к постоянному улучшению качества предоставляемых услуг.

Для обеспечения высокого уровня внутреннего контроля мы используем чек-листы для проведения регулярных аудитов отделения. Ежедневные проверки охватывают различные направления медицинской деятельности, что позволяет оперативно выявлять и устранять возможные ошибки. По результатам этих проверок старшая медицинская сестра анализирует выявленные недочёты, систематизирует их и вносит необходимые корректировки в работу персонала.

Обучение и развитие медицинских кадров также являются важными составляющими нашей системы контроля качества. В нашем диспансере функционирует учебно-методический кабинет, оснащённый муляжами для отработки различных манипуляций. Это позволяет медицинским сёстрам не только освоить новые технологии и методики, но и повысить свои профессиональные навыки. Молодые и вновь принятые специалисты проходят здесь подготовку, что способствует их быстрой адаптации и эффективному применению полученных знаний на практике.

Таким образом, комплексный подход к внутреннему контролю качества и постоянное обучение персонала позволяют нам поддерживать высокий уровень лекарственной безопасности и обеспечивать наилучший уход за нашими пациентами.

**Вывод:** при проведении лекарственной терапии в ГБУЗ СОКОД используется стандартизация учета, хранения, использования ЛС и МИ. Благодаря внедрению рекомендаций Росздравнадзора в работу среднего медицинского персонала повысилась качество оказания медицинской помощи и снизились ошибки при проведении лекарственной терапии медицинскими сестрами.

## МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНОКЛЕТОЧНОГО РАКА В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ

Чичканова К.Ю., Югина О.В., Зузолина М.П., Муфтахутдинова А.Р., Вышинская В.А.,  
Кузнецов А.Г., Атанов А.В., Селезнева А.В., Баканова Ю.Г.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Метастатическое поражение поджелудочной железы является крайне редкой патологией, занимающей 2-5% от всех опухолей поджелудочной железы. Пути метастазирования почечноклеточного рака (ПКР) в поджелудочную железу до конца не изучены. При динамическом наблюдении пациентов после нефрэктомий по поводу рака почки необходимо помнить об особенностях метастазирования данного вида опухолей: появления вторичных очагов после первичных операций через 5-20 лет.

**Цель исследования.** Своевременное и точное диагностирование данной патологии.

**Материалы и методы.** Был проведен анализ статей и литературы с частотой случаев метастазирования ПКР в поджелудочную железу.

**Результаты исследования.** Пациент А. 1960 г.р., обратился в феврале 2025 г. в поликлинику ГБУЗ СОКОД с жалобами на боль в области левого подреберья, левого мезогастрия и в области верхнего поясничного отдела позвоночника. Из анамнеза – В октябре 2007 г. в МСЧ № 1 выполнена нефрэктомия слева по поводу т-г почки. По результатам КТ ОБП от 09.02.2025 – МСКТ-картина образования поджелудочной железы. 19.03.2025: Под УЗ-контролем выполнена ТАБ: в проекции хвоста поджелудочной железы, по переднему контуру – образование округлой формы, размерами 36,0 x 25,6мм, с ровными, четким контурами, диффузно-неоднородной, изоэхогенной с паренхимой поджелудочной железы. 07.05.2025: была проведена дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы. По результатам гистологического исследования операционного материала (ткань поджелудочной железы с двумя инкапсулированными опухолями, 20мм и 25мм, из клеток со светлой цитоплазмой с гиперхромными округлыми мелкими ядрами, очагами кровоизлияний) морфологическая картина наиболее соответствует метастазу светлоклеточной почечно-клеточной карциномы.

**Выводы.** Метастазы почечно-клеточной карциномы в поджелудочной железе встречаются редко и часто возникают спустя десятилетия после постановки первоначального диагноза «почечно-клеточная карцинома». Отсроченное метастазирование ПКР является его особенностью, поэтому очень важно длительное наблюдение за пациентами после нефрэктомии.

## ГОЛОСОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ МЕТОДОМ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ГОЛОСОВОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Чуйкова А.Ю., Исхакова Г.Н., Махонин А.А., Габриелян А.Г., Нестеров А.Н.

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

В структуре заболеваемости всех злокачественных опухолей рак гортани занимает 11 место и 3-ее среди опухолей головы и шеи. Ежегодно в РФ регистрируются более 7 тысяч новых случаев заболеваний раком гортани, в 75 % случаев пациенты с III-IV стадией. По Самарской области ежегодно регистрируется в среднем около 180 заболевших раком гортани впервые. Пациентам с местнораспространенным раком гортани основным методом лечения является ларингэктомия и последующая голосовая реабилитация.

**Цель исследования:** Оценка результатов голосовой реабилитации у ларингэктомированных больных.

**Задачи:** Ознакомиться с существующими способами голосовой реабилитации; сформулировать преимущества и недостатки каждого метода; выявить наиболее эффективный способ.

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

**Материалы и методы:** Было обследовано 3 группы пациентов отделения опухоли головы и шеи ГБУЗ СОКОД в период с 2013 по 2024 гг. (по 30 человек каждая), критерий выделения в группу – используемый метод голосовой реабилитации после ларингэктомии. Эффективность была оценена путем анализа акустических параметров голоса (средняя и максимальная громкость (интенсивность) голоса, длительность фонации, разборчивость этой речи) субъективными методами (опросник). Были опрошены как сами больные, так и окружающие их люди (родственники, супруги).

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

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

**АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ  
НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИЙ  
ЗА ПЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД ПО ДАННЫМ ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ  
ГБУЗ СОКОД**

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

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

В последние годы отмечается неуклонная тенденция к снижению частоты выполнения пневмонэктомий у больных раком легкого благодаря увеличению числа больных с ранними стадиями опухолевого процесса. Техника пневмонэктомий отработана на протяжении десятилетий, однако частота осложнений и летальность остаются достаточно высокими.

**Цель исследования:** ретроспективный анализ послеоперационных осложнений.

В торакальном отделении ГБУЗ СОКОД за пятилетний период с января 2016 года по декабрь 2020 года выполнено 244 пневмонэктомии, из них справа 99, слева 135. Всем больным выполняли систематическую медиастинальную лимфаденэктомию согласно рекомендациям Европейского общества торакальных хирургов (ESTS). Количество осложнений соответствует числу больных, поскольку классифицировано по основному осложнению, которое явилось причиной перевода в ОРИТ, удлинению сроков пребывания в стационаре или летальному исходу.

Несостоятельность шва культи главного бронха имела место у 28 больных (11,4%), умерло 4 больных (14,2%), причем слева у 9 больных из 135 (6,6%), справа у 19 больных из 99 (19,1%). Острое послеоперационное внутри плевральное кровотечение наблюдалось у двух больных (0,8%) – умерло двое. ТЭЛА имела место у троих больных (1,2%) – умерло двое. Острая послеоперационная эмпиема плевры без несостоятельности наблюдалась у двух больных (1,2%). Перфорация пищевода наблюдалась у одного больного – умер. Пневмония единственного легкого наблюдалась у трех больных (1,2%), двое из них умерло. Нарушение сердечного ритма имело место у двух больных, у одного – летальный исход. ОНМК у одного больного – летальный исход. Свернувшийся гемоторакс – у двух больных, многокамерный фибриноторакс – у одного больного.

Таким образом, пневмонэктомия остается рискованным оперативным вмешательством, сопровождается тяжелыми осложнениями и летальностью, поэтому показания к подобным операциям должны быть четко обоснованы.

## ТЕРАПИЯ PARP-ИНГИБИТОРАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Шишкина Е.А., Волкова К.С.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** В мире ежегодно диагностируют 165000 женщин с раком яичников. Пик заболеваемости приходится на возрастной интервал 40-70 лет, средний возраст заболевших – 54 года. В России ежегодно регистрируется более 14 тысяч новых случаев рака яичников. Рак яичников – пятая причина смерти женщин от онкологических заболеваний.

Примерно 75-80% опухолей яичника диагностируется на III-IV стадии. Это затрудняет раннюю диагностику, так как нет точного, специфичного метода диагностики. В структуре гинекологического стационара общего профиля частота выявленного рака яичников – 1-3%. При ранней диагностике и наличии хорошо дифференцированной опухолевой ткани прогноз благоприятен: пятилетний рубеж переживают до 90% пациенток. Если рак диагностируется на терминальной стадии, сопровождающейся развитием отдалённых метастазов, то выживаемость в течение пяти лет варьирует от 5 до 20%. Прогноз зависит от стадии, а также от возраста пациентки, гистологического типа опухоли, объёма хирургического вмешательства и эффективности химиотерапии. Рак яичников является гетерогенным заболеванием и характеризуется высокой частотой наличия герминальных и соматических мутаций в генах-супрессорах BRCA 1 и BRCA 2, которые, по разным источникам, встречаются в 10-27 % случаев. Определение мутаций в генах BRCA 1, 2 является обязательным критерием диагностики и включает выполнение полногеномного секвенирования. Знание мутационного статуса заболевания важно не только для определения тактики лечения, но и в случае профилактики ряда злокачественных новообразований.

**Цель исследования.** Оценить результаты применения PARP-ингибиторов у больных со злокачественными новообразованиями яичников.

**Клинический пример.** Пациентка А. 1977 г.р. с 2023 г. наблюдается в ГБУЗ СОКОД с диагнозом: С56 Рак яичника рТ3сN0M0. Перитонеальный канцероматоз. Хирургическое лечение (04.12.2023 г. – двустороннее удаление придатков матки, 11.12.2023 г. релапоротомия. Резекция большого сальника.

Гистологическое заключение 2023 г.: Серозная аденокарцинома яичников high grade. Маточные трубы не определяются. Сальник с метастазами серозной аденокарциномы. Мутация гена BRCA1: 5382insC – обнаружена.

С января по май 2024 года проведено 6 циклов химиотерапии по схеме CP (Паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/в 3 часа в 1-й день, цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/в 2 часа в 1-й день 21-дневного курса).

С 06.2024 г. по настоящее время - в процессе терапии PARP - ингибитором Олапариб 600 мг сутки ежедневно. Переносимость терапии удовлетворительная, без нежелательных явлений.

По данным контрольного обследования – МРТ малого таза от 09.2025 года: состояние после оперативного лечения в объеме двухстороннего удаления придатков матки в 12.2023 г., релапоротомии, резекции большого сальника в 12.2023 года, убедительных данных за продолженный рост и изменения вторичного характера не выявлено. 09.2025 года - раковый антиген 125 (CA 125) – 6,57 Ед/мл.

**Вывод.** Выявление BRCA-ассоциированного рака яичников позволяет персонализировать подход к лечению. Применение PARP-ингибиторов улучшает результаты как безрецидивной, так и общей выживаемости. Ингибиторы PARP – это новый класс препаратов, которые показали свою эффективность при лечении рака яичников.

## ПРОФИЛАКТИКА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКТОРАКАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Щёголева М.Г., Исхакова Г.Н., Чуйкова А. Ю., Амосов Н.А., Юрченко Р.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из самых распространенных нозологий, а истинное количество пациентов с ХОБЛ значительно выше, чем число зарегистрированных в медицинских учреждениях. Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) считают, что именно ХОБЛ является одной из ведущих причин инвалидизации взрослого населения и третьей среди всех причин смерти в мире и к 2030 г. ежегодно будет погибать около 4,5 млн. чел. от этой болезни. Эксперты Глобальной инициативы по хронической обструктивной болезни легких (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD) рекомендуют учитывать ведущий синдром (treatable trait) симптомы (прежде всего одышку) или обострения у пациентов, получающих лечение по поводу ХОБЛ ( фенотипы) и лечение начинать из групп А,В, Е на основе интегральной оценки симптомов, спирографии и риска развития осложнений( опросник mMRC или шкала CAT).

Операции с торако- и стернотомией неизбежно нарушают функцию легких в течение 4-6 дней после операции. Функциональная остаточная емкость легких снижается в положении на спине и продолжает уменьшаться сразу после вводного наркоза, что приводит к развитию ателектазов и накоплению бронхиального секрета, которые могут привести к развитию послеоперационной пневмонии. Немаловажным является комплексное обследование сердечно-сосудистой системы. В частности, выявление признаков перегрузки малого круга кровообращения на ЭКГ или легочной гипертензии в ходе ЭХО-КГ позволяет идентифицировать пациентов группы риска развития ПЛО. Предложено в GOLD 2025 выделить отдельно таких пациентов в группы В+ и Е+.

**Цель исследования.** В предоперационном периоде важно выявить у больного сопутствующие легочные заболевания, оценить тяжесть функциональных расстройств, установить факторы риска и характер возможного влияния анестезии и операции на функции легких и выработать тактику ведения пациентов с ХОБЛ для профилактики легочных осложнений

**Материал и методы.** В данное исследование включено 36 пациентов с опухолями следующих локализаций: центральный рак легкого – 14 и 22 пациента с периферическим раком легких в возрасте от 47 до 82 лет, которым выполнялись открытые онкологические оперативные вмешательства на легких в объеме лобэктомии (ЛЭ) и пневмонэктомии (ПЭ) с резекцией перикарда, расширенные, комбинированные операции по поводу злокачественных новообразований легких преимущественно II-III стадий или метастазов опухолей иных локализаций. Исследование функции внешнего дыхания являлось обязательным для всех пациентов с целью объективизации вида и степени дыхательных нарушений. Согласно обновленным национальным рекомендациям по диагностике и лечению ХОБЛ в 2024 г. всем пациентам с ХОБЛ, поступающим в торакальное отделение СОКОД проводилась оценка статуса курения и индекса курящего человека, пульсоксиметрия.

Пациенты 1 группы (группа А): 12 пациентов, поступивших в отделение торакальной хирургии в виде терапии по потребности получали сальбутамол (применение КДБД). Спирометрия: параметры до/после ингаляции бронхолитика (сальбутамол 400 мкг): ЖЕЛ – 74/72% от должного, ФЖЕЛ – 67/69%, ОФВ1 – 40/47%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 47/52%. При ухудшении симптомов/обострении ХОБЛ, развитии пневмонии – вызов неотложной медицинской помощи на SpO<sub>2</sub> – менее 92% (кислородотерапия, перевод в ОРИТ) отмечали у 2 пациентов этой группы. ДДБА /МАДД в качестве базисной терапии ХОБЛ амбулаторно

получали 2 пациента с ХОБЛ групп В и один пациент с сочетанием с БА + ИГКС. Пациенты 2 гр в количестве 21 (группа В) получали бронхолитический препарат с фиксированной двойной комбинацией : инспиракс, астмасол, ипратерол (ипратропия бромид-м-холиноблокатор 200мкг\ доза + / фенотерол гидробромид -селективный b2-адреномиметик 50мкг доза) в едином ингаляторе с 2-3 кратным режимом, в послеоперационном периоде при SpO<sub>2</sub> не менее 94%, вызова неотложной медицинской помощи не отмечалось. Обострение ХОБЛ отмечалось у 1 пациента, проводилась санационная бронхоскопия с положительным эффектом. Первое введение антибиотика (препаратами выбора являются защищенные пенициллины и цефалоспорины I–II поколения) проводится за 30 мин до выполнения кожного разреза.

Пациентам, поступающим в отделение, назначались муколитики, противокашлевые ненаркотические препараты, отхаркивающие средства как неотъемлемая часть медикаментозного восстановления бронхиальной проходимости и в рекомендации входил обязательный отказ от курения сигарет. 70% пациентов в обеих группах с ХОБЛ имели коморбидную сердечную недостаточность. Назначались кардиоселективные бета-адреноблокаторы, была проведена коррекция терапии у 9 пациентов, когда впервые был назначен бисопролол 2,5 мг/сут (утром). Сопутствующие заболевания сахарный диабет, ХОБЛ, БА) в момент обследования в стадии компенсации.

Аэрозольтерапия/небулайзерная терапия является неотъемлемой частью программы реабилитации больных, перенесших оперативное лечение по поводу РЛ. По показаниям проводились ингаляции с антисептиками, муколитиками, бронхолитиками (лазолван и др.), 10 процедур на курс лечения. Пациенты в 100% случаев отметили уменьшение выраженности кашля, существенное уменьшение количества мокроты, практически не отмечали гнойной мокроты. Пациентам с хронической гипоксемией с SpO<sub>2</sub> – 90-96% на атмосферном воздухе, проводились ингаляции увлажненным кислородом в сочетании с этиотропной терапией.

Регулярное рентгенологическое исследование грудной клетки позволило своевременно диагностировать нарушения легочной вентиляции (ателектазы и гидроторакс) у 2 пациентов 1 группы. Мы придерживаемся мнения о целесообразности выполнения ранней плевральной пункции в случае обнаружения плеврального выпота, выходящего за пределы плеврального синуса более чем на одно ребро, с целью предотвращения коллапсирования легочной ткани.

В плане реабилитации в послеоперационном периоде проводится консультация физиотерапевта и пациенты осваивают упражнения послеоперационной дыхательной гимнастики, лечебной физкультуры.

Профилактика тромбоэмболических осложнений проводилась всем пациентам препаратами низкомолекулярного гепарина в стандартной профилактической дозе – эноксапарин 40 мг/сут. Адекватное обезболивание снижает риск послеоперационных легочных осложнений за счет облегчения процесса дыхания, увеличения глубины вдоха.

**Выводы.** Исследования подтвердили преимущество длительной поддерживающей терапии двухкомпонентных комбинаций – как ДДБА/ДДАХ, так и КДБА/КДАХ в отношении частоты среднетяжелых/тяжелых обострений ХОБЛ, а также динамики показателей функции легких и в плане профилактики легочных осложнений у онкоторакальных больных по сравнению с монотерапией.

Перед выпиской пациентам с ХОБЛ в связи с высоким риском развития пневмонии рекомендована вакцинация пневмококковой вакциной, против гриппа и SARS-Cov-2.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что применение любого типа легочной экспансии лучше, чем полное отсутствие профилактики.

Самарский областной клинический онкологический диспансер «Новые технологии в онкологии», 2025 год

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ. ОБЗОР МЕТОДИК И РЕЗУЛЬТАТОВ

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

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Опухоли средостения представляют собой гетерогенную группу новообразований, возникающих в анатомическом пространстве между лёгкими, грудиной, позвоночником и рёбрами. Их лечение остаётся сложной задачей из-за разнообразия гистологических типов, особенностей локализации и склонности к компрессии жизненно важных органов. Современные подходы сочетают малоинвазивные хирургические методы, высокотехнологичную диагностику и персонализированную терапию, что позволяет улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов.

**Актуальность проблемы.** Опухоли средостения составляют 3-7% от всех онкологических заболеваний, причём 20-40% из них – злокачественные. Заболевание чаще встречается у людей молодого и среднего возраста, что делает проблему социально значимой. Сложности диагностики и выбора тактики лечения обусловлены:

- Морфологическим разнообразием: опухоли могут происходить из лимфоидной ткани, тимуса, нервных элементов, мезенхимальных клеток и других структур.
- Анатомическими особенностями: близость к сердцу, крупным сосудам, трахее и пищеводу повышает риск осложнений при хирургическом вмешательстве.
- Поздним выявлением: симптомы часто неспецифичны, и опухоль обнаруживают случайно при обследовании по другому поводу.

Современные подходы к хирургическому лечению опухолей средостения включают комбинацию малоинвазивных и высокотехнологичных методов, направленных на минимизацию травматичности и повышение эффективности вмешательства. Ключевыми тенденциями являются использование видеоторакоскопии, робот-ассистированных операций и персонализированный выбор тактики в зависимости от морфологии опухоли и её распространённости.

Тактика лечения в зависимости от типа опухоли.

**Доброкачественные опухоли** – хирургическое удаление является основным методом. Цель – профилактика малигнизации, компрессионного синдрома и гнойных осложнений. Для большинства опухолей предпочтительны миниинвазивные методы.

**Злокачественные опухоли** – радикальное удаление возможно не всегда из-за местной распространённости и вовлечения критических структур. В таких случаях операция может дополняться неоадьювантной химио- или лучевой терапией для уменьшения объёма опухоли, а после операции – адьювантной терапией для уничтожения остаточных злокачественных клеток.

**Тимомы и миастения** – радикальная тимэктомия (удаление тимуса) является стандартом лечения при тимомах, ассоциированных с миастенией. Роботизированные и видеоторакоскопические методы доказали свою безопасность и эффективность в таких случаях.

**Паллиативные вмешательства.**

При неоперабельных опухолях или множественных метастазах применяются паллиативные операции, направленные на:

- частичное удаление опухоли для уменьшения компрессии органов;
- устранение симптомов (затруднение дыхания, болевой синдром, дисфагия).

**Цель исследования:** Проанализировать непосредственные результаты и оценить частоту послеоперационных осложнений и летальности после хирургического лечения опухолей средостения, выполненных в условиях торакального отделения ГБУЗ СОКОД.

**Материалы и методы:** В онкологическом торакальном отделении ГБУЗ СОКОД в период с 2022 по 2024 г. выполнено 84 хирургических вмешательства по поводу новообразований средостения. Мужчин было 30 чел. (35,7%), женщин 54 чел. (64,3%).

По гистологической структуре опухоли распределились следующим образом: Тимомы: 22 (26,1%); Лимфомы: 18 (21,4%); медиастинальная форма рака легкого: 7 (8,3%); опухоли из периферических нервов: 3 (3,6%); Доброкачественные опухоли средостения (загрудинные зобы щитовидных желез, эктопированные щитовидные и паращитовидные железы, эндометриоз, липомы) 12 (14,3%); Липосаркома 1 (1,2%); лейомимомы пищевода 2 (2,4%); Тератомы 4 (4,8%); метастатические опухоли средостения 3 (3,6%); Кисты перикарда 12 (14,3%).

Радикальное лечение проведено 57 пациентам (67,8%), диагностических операций выполнено - 24 (28,5%), паллиативных - 3 (3,7%).

В зависимости от размеров, морфологической верификации, анатомической локализации опухолей выбирались следующие доступы:

**Видеоторакоскопия (ВТС)** – минимально инвазивный метод, позволяющий удалять опухоли через небольшие разрезы. Обеспечивает быстрое восстановление пациентов и лучший косметический эффект по сравнению с традиционными доступами. Выполнено 26 операций (30,9%).

**Открытые доступы (торакотомия, стернотомия, комбинированные торакостернотомии)** – используются при значительных размерах опухоли, инфильтративном росте или вовлечении жизненно важных органов. Несмотря на большую травматичность, остаются необходимыми в случаях, когда миниинвазивные методы неприменимы. Выполнено 46 операций (54,7%).

**Парастернальная медиастиномия** – хирургический метод диагностики и лечения, применяемый для морфологической верификации опухолей средостения.

Применялся нами при неэффективности трансторакальной биопсии под контролем КТ-навигации, недостаточном количестве материала для полноценного иммуногистохимического исследования. Выраженном синдроме медиастинальной компрессии. Выполнено 8 операций (9,7%).

**Цервикотомия** – хирургический доступ через шейную область, применялся нами в основном при загрудинном распространении зобов щитовидной железы. Выполнено 4 (4,7%).

#### **Результаты:**

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 7 пациентов, что составило 8,3%. В структуре осложнений наблюдались пищеводно-плевральные свищи – 2 (2,3%); ТЭЛА – 3 (3,5%); пневмония 1 (1,1%) случай (2022г. вызвана COVID-19); острое нарушение мозгового кровообращения 1 случай (1,1%). Летальный исход наступил в 2 случаях (2,3%), причинами явились острое нарушение мозгового кровообращения и тромбоэмболия легочных артерий.

Проводя анализ, мы обнаружили, что 6 (7,1%) осложнений в послеоперационном периоде диагностированы после выполненных открытых вмешательств, при радикальном удалении опухолей. 1 (1,1%) после диагностического вмешательства

#### **Выводы.**

1. Миниинвазивные методы снижают послеоперационные риски и ускоряют реабилитацию, но требуют высокой квалификации хирургов и специализированного оборудования.

2. Персонализированный подход, учитывающий морфологию опухоли, стадию заболевания и общее состояние пациента, позволяет оптимизировать лечение и улучшить прогноз.

3. Современные тенденции в хирургии опухолей средостения направлены на минимизацию травматичности и повышение эффективности за счёт сочетания миниинвазивных технологий, робототехники и мультимодального лечения. Однако выбор метода остаётся индивидуальным и зависит от множества факторов, включая тип опухоли, её размер и локализацию. Дальнейшее развитие технологий обещает улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов.

## **ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГУБЫ И ПОЛОСТИ РТА В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 2020 ПО 2024 г.г.**

**Юсупов Р.Н., Сомов А.Н., Шабардина А.С., Романова Ю.Э.**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность:** Несмотря на рост диагностических возможностей, улучшение оснащённости медицинских организаций диагностическим оборудованием, развитие новых диагностических методик, доля больных злокачественными новообразованиями (далее – ЗНО) губы и полости рта, заболевание у которых выявлено на поздней стадии процесса, остаются достаточно высокими.

### **Цель:**

С целью разработки эффективных организационных решений, направленных на совершенствование профилактики ЗНО губы и полости рта, были изучены онкоэпидемиологические тенденции при ЗНО губы и полости рта, сложившиеся в Самарской области в период 2020–2024гг.

### **Материалы и методы:**

При анализе были изучены данные официальных государственных форм медицинской отчетности по Самарской области, содержащие информацию о заболеваемости, активном выявлении, числе ЗНО, выявленных на III и IV стадиях заболевания при ЗНО губы и полости рта в период с 2020 по 2024 гг.

### **Результаты:**

В Самарской области в 2024 году впервые выявлено 259 ЗНО губы и полости рта, показатель заболеваемости составил 8,3 на 100 тысяч населения, что на 9,2% выше по сравнению с показателем заболеваемости в 2020 году.

По итогам 2024 года доля ЗНО губы и полости рта, выявленных на III -IV стадиях составила 56,8%, что на 7,4% выше по сравнению с 2020 годом (в 2020 г. – 52,9%). В структуре выявления ЗНО в запущенной стадии процесса основной причиной являлось невыполнение клинического онкологического осмотра для исключения новообразований визуальной локализации (в том числе полости рта) специалистами медицинских организаций региона. В 2020 году доля ЗНО с причинами запущенности «не проведен онкологический осмотр» и «выполнен неполный алгоритм онкологического осмотра» зарегистрирован в 58,7% случаев, в 2021 году – 57,6%, в 2022 году – 60,6%, в 2023 году – 65,6%, в 2024 году – 61,8%. Кроме того, за последние 5 лет в структуре причин запущенности возросла доля случаев с недостатками при дифференциальной диагностике злокачественных новообразований с другими соматическими заболеваниями полости рта. В 2020 году зарегистрировано 3 случая (4,0%), в 2021 году – 6 случаев (9,1%), в 2022 году – 7 (10,6%), в 2023 году – 6 (6,5%), в 2024 году – 11 (14,5%).

Доля активно выявленных ЗНО за последние 5 лет незначительно возросла с 13,0% (32 случая) в 2020 году до 15,2% (40 случаев) в 2024 году, или на 16,9%. В структуре методов активного выявления лидирующее место занимает клинический осмотр специалиста (в 2020 г. – 75,0%, в 2021 г. – 79,3%, в 2022г. – 81,0%, в 2023г. – 92,1%, в 2024 г. – 85,0%). При осмотре в смотровом кабинете в 2020 году выявлено 6 случаев ЗНО (18,8%), в 2021 году – 5 (17,2%), в 2022 году – 6 (14,3%), в 2023 году – 3 (7,9%), в 2024 году – 3 случая (7,5%).

### **Выводы:**

По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что доля ЗНО губы и полости рта, выявленных в III и IV стадии заболевания, за исследуемый период возросла. Большинство случаев выявления ЗНО в запущенной стадии связаны с недостатками проведения клинического онкологического осмотра для исключения ЗНО визуальной

Самарский областной клинический онкологический диспансер «Новые технологии в онкологии», 2025 год

локализации (в том числе в смотровом кабинете). Также отмечается недостаточно высокий уровень активного выявления ЗНО данных локализаций.

Данная тенденция свидетельствует о необходимости совершенствования профилактических мероприятий реализуемых в области, направленных на раннее выявление данных онкологических заболеваний.

С этой целью в региональной программе «Борьба с онкологическими заболеваниями Самарской области» на 2025-2030 г.г. в план мероприятий включен пункт о необходимости организации и масштабирования проведения исследования аутофлуоресцентной стоматоскопии с целью раннего выявления ЗНО полости рта.

Также в регионе проводятся организационные мероприятия со специалистами медицинских организаций, направленных на увеличение потока пациентов в смотровые кабинеты с целью выявления ЗНО визуальной локализации, включая ЗНО губы и полости рта. Проводится обучение специалистов первичного звена по вопросам онкологической настороженности.

Кроме того, с целью стандартизации работы смотровых кабинетов в медицинских организациях первичного звена запланировано внедрение в работу унифицированных протоколов осмотра на выявление ЗНО визуальных локализаций.

**СОДЕРЖАНИЕ**

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ РАКА ВУЛЬВЫ**  
Александрова Е.Г., Щукин В.Ю.  
.....3

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ КРАНИОТОМИЯХ**  
Артемьев А.В., Крюкова Э.Г., Лозовая С.В.  
.....5

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ КРАНИОТОМИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**  
Артемьев А.В., Крюкова Э.Г., Лозовая С.В.  
.....6

**НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ: ЭВОЛЮЦИЯ КОНЦЕПЦИИ ТОТАЛЬНОЙ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНосоХРАНЯЮЩЕМУ ЛЕЧЕНИЮ**  
Блинов Н.В., Фролов С.А., Мешков А.В, Денисова А.А.  
.....8

**СИМФОНИЯ СКАЛЬПЕЛЯ: МУЗЫКА КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ТОЧНОСТИ И КОНЦЕНТРАЦИИ В ХИРУРГИИ**  
Буянов А.С., Крюкова Э.Г., Суркова И.А., Тюлюсов А.М., Фролов С.А.  
.....9

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ ОТ АППАРАТА «MAGNETO QS» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА И ШЕЙКИ МАТКИ НА ЭТАПЕ РАННЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**  
Вдовина И. А, Сивохина Т. А., Золотарева Т.Г.  
.....10

**КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ НА ШЕЕ, ОНКОнаСТОРОЖЕННОСТЬ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ**  
Веселова Т.Д., Лужнова Т.П., Аблекова О.Н., Каганов О.И., Махонин А.А.  
.....12

**КОРРЕКЦИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКСПРЕСС-ТЕСТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРБАПЕНЕМАЗ NG-TAST CARBA-5 В ОРИТ ГБУЗ СОКОД**  
Вишняков В.А., Калинович А. А., Бикинеева М. М., Мальцева Н.В.  
.....14

**ТРАНСОРАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ РАННЕГО РАКА СВЯЗОЧНОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ. ТАКТИКА ПРИ R+. ПЕРВЫЙ ОПЫТ**  
Гаджиев М.Г., Каганов О.И., Махонин А.А., Сагдеев Р.Р., Сидоренко А.О., Чуйкова А.Ю., Копылов А.В.  
.....15

**РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ  
САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СТОПЫ**

Галкин Р.А., Баландина А.В., Климентьева К.О.

..... 17

**НОВЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ: ФОРМИРОВАНИЕ ИМИДЖА.  
РОЛЬ PR-СПЕЦИАЛИСТА В ПОСТРОЕНИИ ОБРАЗА ЛИДЕРА**

Гарина А.А., Золотарева Т.Г., Каганов О.И., Шорникова А.П., Никифорова Ю.И.

..... 19

**ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ  
У СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СВЯЗЯМ С ОБЩЕСТВЕННОСТЬЮ  
В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ**

Гарина А.А., Русских Ю.С., Золотарева Т.Г., Каганов О.И., Шорникова А.П.

..... 22

**РАБОТА С ОБРАЩЕНИЯМИ, ПОСТУПАЮЩИМИ НА ЭЛЕКТРОННЫЕ  
РЕСУРСЫ ГБУЗ СОКОД**

Гарина А.А., Шорникова А.П., Каганов О.И., Золотарева Т.Г.

..... 25

**ОСОБЕННОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО  
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ  
НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Добрянина О.С., Ермакова Ю.В.

..... 27

**ПЕРВИЧНАЯ ДИФFUЗНАЯ В-КЛЕТОЧНАЯ НЕХОДЖКИНСКАЯ ЛИМФОМА  
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОБЗОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Зузолина М.П., Муфтахутдинова А.Р., Югина О.В., Вышинская В.А., Чичканов К.Ю.,  
Кузнецов А.Г., Атанов А.В., Селезнева А.В.

..... 28

**НОВЫЙ ПОДХОД К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ГОЛЕНОСТОПНОГО  
СУСТАВА**

Иванов В.В.

..... 30

**ВЛИЯНИЕ УМЕРЕННОГО ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ  
В ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
НА ПРОФИЛЬ РАННИХ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ СО СТОРОНЫ  
МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ**

Иванова О.А., Краснова Л.С., Облап А.А.

..... 33

**НУТРИТИВНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО  
ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ СО  
СФОРМИРОВАННОЙ ИЛЕОСТОМОЙ**

Исхакова Г.Н., Кузнецова Р.Н., Кожина М.В., Золотарева Т.Г.

..... 34

<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ДИАГНОЗОМ МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РАК ТЕЛА МАТКИ</b> Каганов О.И., Волкова К.С., Шаповалова А.А., Золотарева Т.Г., Кульджанов Т.С.	35
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ДИАГНОЗОМ МЕТАСТАТИЧЕСКАЯ МЕЛАНОМА КОЖИ</b> Каганов О.И., Золотарева Т.Г., Волкова К.С., Шаповалова А.А.	36
<b>ВАРИАНТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ</b> Каганов О.И., Козлов А.М., Миколенко Н.И., Швец Д.С.	37
<b>ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ EGFR-ПОЗИТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ EGFR</b> Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Волкова К.С., Шаповалова А.А., Кульджанов Т.С.	38
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК ЯИЧКА</b> Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Исаргапов Р.М., Фольц А.В., Борзенкова Е.В.	40
<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАНКРЕАТОГАСТРОАНАСТОМОЗА И ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА, ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ</b> Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Козлов А.М., Ахматалиев Т.Х., Мухамбеталиев С.А., Миколенко Н.И.	41
<b>РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ОПЫТ ГБУЗ СОКОД</b> Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Козлов А.М., Швец Д.С., Миколенко Н.И.	43
<b>МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОЧКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ</b> Каганов О.И., Козлов А.М., Исаргапов Р.М., Фольц А.В., Соколова Д.Ю., Хасанова А.К.	45

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРЦИАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ  
ЖЕЛУДКА ПРИ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛУДКА (ГИСО)  
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ И ЛАПАРТОМНЫМ ДОСТУПОМ**

Каганов О.И., Козлов А.М., Соколова Д.Ю., Хасанова А.К.

.....47

**ВНЕШНИЙ АУДИТ КАК СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ИНВЕСТИЦИЯ  
В КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, БЕЗОПАСНОСТЬ  
ПАЦИЕНТОВ И РЕПУТАЦИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО  
ДИСПАНСЕРА**

Каганов О.И., Прошина О.А., Подусова Т.Н., Вакулич Е.А.

.....49

**РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОАДЬЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ  
БАЗАЛЬНОПОДОБНЫМ ПОДТИПОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Катюшин А.А., Балык И.В., Ламонов М.С.,  
Коновалова Т.В., Колинченко В.И.

.....52

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПОФИЛИНГА ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ  
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Катюшин А.А., Балык И.В., Ламонов М.С.,  
Коновалова Т.В., Колинченко В.И.

.....53

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

Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Катюшин А.А., Балык И.В., Ламонов М.С.,  
Коновалова Т.В., Колинченко В.И.

.....54

**РАСШИРЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНОГО РАКА  
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ**

Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Катюшин А.А., Балык И.В., Ламонов М.С.,  
Коновалова Т.В., Колинченко В.И.

.....55

**ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЭЗОФАГОФАРИНГЕАЛЬНОГО  
КОМПЛЕКСА ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ЛАРИНГЭКТОМИЙ  
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕКТОРАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАТА**

Каганов О.И., Синотин А.И., Габриелян А.Г., Осокин О.В., Керосиров А.П.

.....57

**МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИГНАЛЬНОГО СТОРОЖЕВОГО  
ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ  
СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ  
НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ**

Каганов О.И., Щукин В.Ю., Шитов Е.Н.

.....58

**НЕЙРОТОКСИЧНОСТЬ ОКСАЛИПЛАТИНА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ  
К ПРОФИЛАКТИКЕ И УПРАВЛЕНИЮ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМИ  
ЭФФЕКТАМИ**

Калиновская Е.В., Ермакова Ю.В.

..... 59

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДДИТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕКОНСТРУКЦИИ  
ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Керосиров А.П., Каганов О.И., Николаенко А.Н., Габриелян А.Г.,  
Синотин А.И., Осокин О.В.

..... 61

**ЛЕЧЕНИЕ ЛИПОСАРКОМ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА.  
СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ**

Козлов А.М., Мухамбеталиев С. А., Ахматалиев Т. Х., Миколенко Н.И.

..... 62

**ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАЗНЫХ ВИДОВ ТАБАКОКУРЕНИЯ  
СРЕДИ СТУДЕНТОВ САМАРСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ  
АКАДЕМИКА С.П. КОРОЛЕВА**

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

..... 63

**ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖЕЙ г. САМАРЫ**

Козлова О.А., Чернышов Ю.П., Сидорова С.Д.

..... 65

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛАТУЗУМАБА ВЕДОТИНА В ЛЕЧЕНИИ ДИФFUЗНОЙ  
В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ**

Крестина К.О., Ермакова Ю.В.

..... 67

**ПОПУЛЯРНЫЕ ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ  
МЕРОПРИЯТИЙ**

Крестьянская А.Е., Полетаева Д.Д., Окунева И.В., Золотарева Т.Г.

..... 69

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА  
С ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМ СИНХРОННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА  
И ПИЩЕВОДА**

Круглова И.И., Кузнецова Р.Н., Юданова О.К., Морятов А.А.

..... 71

**ОТ «УЗИСТА» К ВРАЧУ-ДИАГНОСТУ. ОСОБЕННОСТИ  
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ,  
КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ И ГРАНИЦЫ  
ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

Лужнова Т.П., Аблекова О.Н., Каганов О.И.

..... 73

**КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК. ИНСТРУМЕНТАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ  
ОНКОМАРКЕРЫ В РАБОТЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ:  
ВРАЧ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ, ВРАЧ-ЭНДОСКОПИСТ,  
ВРАЧ-РЕНТГЕНОЛОГ**

Лужнова Т.П., Кузнецова Р.Н., Аблекова О.Н., Каганов О.И.

.....75

**НЕФРОПРОТЕКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА  
ЦИСПЛАТИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ:  
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

Лукьянова И.В., Парфенова Н.Ю., Попова О.О., Попова С.И., Навасардян А.С.

.....77

**АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕТАЛЬНОСТИ  
ПОСЛЕ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОБЭКТОМИИ С СИСТЕМНОЙ  
ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО:  
СТРАТИФИКАЦИЯ ПО СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОМУ  
ТИПУ**

Ляс Н.В., Попова Т.Ф., Тюлюсов А.М.

.....79

**ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНОНОЗАЛЬНОЙ  
ШВАННОМЫ**

Макаева А.А., Леонтьевский И.А.

.....81

**ОСОБЕННОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ  
ПРИ КЛАУСТРОФОБИИ**

Макаева А.А., Фролова М.С., Болтовский А.В.

.....83

**ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЗАКРЫТИЮ ОБШИРНЫХ  
ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ В ОНКОХИРУРГИИ ГОЛОВЫ,  
ШЕИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕРМАЛЬНО-ЭПИДЕРМАЛЬНОГО  
БИОЭКВИВАЛЕНТА**

Махонин А.А., Каганов О.И., Сидоренко А.О., Сагдеев Р.Р., Гаджиев М.Г.,  
Чуйкова А.Ю., Копылов А.В.

.....85

**АДЕНОКИСТОЗНАЯ КАРЦИНОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:  
ОБЗОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Муфтахутдинова А.Р., Зузолина М.П., Югина О.В., Вышинская В.А., Чичканова К.Ю.,  
Атанов А.В., Кузнецов А.Г., Баканова Ю.Г.

.....86

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АКРАЛЬНОЙ МЕЛАНОМЫ  
КОЖИ И МЕЛАНОМЫ КОЖИ ОСТАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ  
В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Неретин Е. Ю., Ульянов К.Ю., Байчорова М.Г.

.....88

<b>КОНТАМИНАЦИЯ В ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ</b> Никитина А.О., Азова М.А., Торопова Н.Е., Трухова Л.В.	90
<b>ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ</b> Никитина А.О., Трухова Л.В., Азова М.А., Торопова Н.Е.	92
<b>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЙ</b> Никитина А.О., Торопова Н.Е., Трухова Л.В., Азова М.А.	94
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: МЕТАХРОННЫЙ МЕТАСТАЗ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В СТЕНКУ АНАЛЬНОГО КАНАЛА</b> Окулевич Н.Б., Фролов С.А., Блинов Н.В., Мешков А.В., Тулупов М.С.	95
<b>АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА молочной железы В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ С 2014 ПО 2023 ГОДЫ</b> Окунева И.В., Золотарева Т.Г.	97
<b>АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ С 2014 ПО 2023 ГОДЫ</b> Окунева И.В., Золотарева Т.Г.	101
<b>АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ (РАК КОЖИ) В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2014-2023 ГОДЫ</b> Окунева И.В., Золотарева Т.Г.	104
<b>ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРОТИВ ВИРУСА КОРИ У СОТРУДНИКОВ ГБУЗ СОКОД</b> Печорская Е.А., Мальцева Н.В., Торопова Н.Е., Бикинеева М.М., Рыбалко И.С.	106
<b>ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФОРМАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ</b> Полегаева Д.Д., Крестьянская А.Е., Окунева И.В., Золотарева Т.Г.	108
<b>МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ БЕЛКА В МОЧЕ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ГБУЗ СОКОД</b> Помогайбина А.А., Пшеничникова М.В., Ярыгина А.В., Торопова Н.Е.	110

**СИНДРОМ ТАКОЦУБО В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Родионова В.А, Шахов И.А.**

..... 112

**ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И УРОВЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ  
К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО**

**Русских Ю.С., Сивохина Т.А., Бурмистрова С.А., Золотарева Т.Г.**

..... 114

**ВАРИАНТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОГО  
ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ  
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ  
ТРАНСПЛАНТАТОВ**

**Сагдеев Р.Р., Каганов О.И., Махонин А.А., Сидоренко А.О., Гаджиев М.Г.,  
Чуйкова А.Ю., Копылов А.В.**

..... 116

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ RECS II – БЛОКАДЫ В КАЧЕСТВЕ КОМПОНЕНТА  
АНАСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

**Сергейчев В.А., Крюкова Э.Г., Балык И.В., Шывырева Е.Б., Ламонов М.С.**

..... 117

**МЕСТО ESP-БЛОКА В АЛГОРИТМАХ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ  
В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**Сергейчев В.А., Крюкова Э.Г., Хайрулина Г.Г., Саликов Э.А., Тремазова Ю.В.**

..... 119

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ  
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛУЧЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ**

**Сивохина Т.А., Крейндель М.Д., Бусова О.И., Золотарева Т.Г.**

..... 121

**ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕОРГАННОЙ  
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ  
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

**Симонов М.В., Баландина А.В.**

..... 123

**ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕОРГАННОЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ  
СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

**Симонов М.В., Баландина А.В.**

..... 124

**РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА  
НЕВИЗУАЛИЗИРУЕМЫХ ПРИ УЗ-ИССЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНИ ПОД КОНТРОЛЕМ  
ПДКТ**

**Скупченко А. В., Пущенко А. И., Рассудишкин А. С., Репин А. А.**

..... 126

<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОККЛЮЗИОННОГО БАЛЛОНА ДЛЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ</b> Скупченко А.В., Репин А.А., Рассудишкин А.С., Пущенко А.И.	127
<b>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ВОЗМОЖНОЙ ИНВАЗИЕЙ В СТЕНКУ ПРЯМОЙ КИШКИ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, СОПОСТАВЛЕНИЕ С РЕЗУЛЬТАТАМИ МРТ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ</b> Смирнов Е.В., Аблекова О.Н., Каганов О.И., Лужнова Т.П., Толстых Ю.Е., Изгарская С.С.	128
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И КОММУНИКАЦИЯ С ДЕЗОРИЕНТИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ: РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАК КЛЮЧЕВОГО ЗВЕНА ВОССТАНОВЛЕНИЯ</b> Топоркова Г.В., Латыпова М.М.	129
<b>ЛИМФОМА ХОДЖКИНА В ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ</b> Трухова Л.В., Торопова Н.Е., Морошкина Г.П., Азова М.А, Никитина А.О.	131
<b>ХОРДОМА. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ</b> Трухова Л.В., Торопова Н.Е., Никитина А.О, Азова М.А.	132
<b>ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ ИЗ МЕЛКИХ КЛЕТОК. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ</b> Трухова Л.В., Торопова Н.Е., Никитина А.О, Липатова Е.Н., Азова М.А.	133
<b>РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</b> Федулаева С.Б.	135
<b>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КРР</b> Фролов С.А., Мешков А.В., Блинов Н.В, Денисова А.А.	137
<b>РЕКОМЕНДАЦИИ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО ЛЕКАРСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТЬ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ (ТОРАКАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ)</b> Черная Т. К.	139

**МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНОКЛЕТОЧНОГО РАКА  
В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ**

**Чичканова К.Ю., Югина О.В., Зузолина М.П., Муфтахутдинова А.Р., Вышинская В.А.,  
Кузнецов А.Г., Атанов А.В., Селезнева А.В., Баканова Ю.Г.**

..... 141

**ГОЛОСОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ  
МЕТОДОМ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ГОЛОСОВОГО  
ПРОТЕЗИРОВАНИЯ**

**Чуйкова А.Ю., Исхакова Г.Н., Махонин А.А., Габриелян А.Г., Нестеров А.Н.**

..... 142

**АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ  
НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИЙ  
ЗА ПЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД ПО ДАННЫМ ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ  
ГБУЗ СОКОД**

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

..... 143

**ТЕРАПИЯ PARP-ИНГИБИТОРАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ  
ЯИЧНИКОВ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Шишкина Е.А., Волкова К.С.**

..... 144

**ПРОФИЛАКТИКА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ЛЕГОЧНЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКТОРАКАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ**

**Щёголева М.Г., Исхакова Г.Н., Чуйкова А. Ю., Амосов Н.А., Юрченко Р.А.**

..... 145

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ  
СРЕДОСТЕНИЯ. ОБЗОР МЕТОДИК И РЕЗУЛЬТАТОВ**

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

..... 147

**ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ  
НОВООБРАЗОВАНИЙ ГУБЫ И ПОЛОСТИ РТА В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ  
В ПЕРИОД С 2020 ПО 2024 Г.Г.**

**Юсупов Р.Н., Сомов А.Н., Шабардина А.С., Романова Ю.Э.**

..... 149



